

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Tuberkulosis Paru

2.1.1 Definisi Tuberkulosis Paru

Secara umum, penyakit tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan dalam masyarakat kita. Penyakit tuberkulosis paru dimulai dari tuberkulosis, yang berarti suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri berbentuk batang (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium Tuberculosis*. Penularan penyakit ini melalui perantara ludah atau dahak penderita yang mengandung basil berkulosis paru. Pada saat penderita batuk, butir-butir air ludah berterbangan di udara dan terhisap oleh orang sehat, sehingga masuk ke dalam paru-parunya, yang kemudian menyebabkan penyakit tuberkulosis paru.

Jika seseorang telah terjangkit bakteri penyebab tuberkulosis, akan berakibat buruk seperti, menurunkan daya kerja atau produktivitas kerja, menularkan kepada orang lain terutama pada keluarga yang bertempat tinggal serumah, dan dapat menyebabkan kematian. Pada penyakit tuberkulosis, jaringan yang paling sering diserang ialah paru-paru (95,9%). Tuberkulosis mampu bertahan di udara kering maupun basah, bahkan dapat hidup bertahun-tahun dalam lemari es. Hal ini dapat terjadi apabila kuman dalam sifat *dormant* (tidur).

2.1.2 Tanda-Tanda Tuberkulosis Paru

Ada beberapa tanda saat seseorang terjangkit tuberkulosis paru, di antaranya :

- a. Batuk-batuk berdahak lebih dari dua minggu,

- b. Batuk-batuk dengan mengeluarkan darah atau pernah mengeluarkan darah,
- c. Dada terasa sakit atau nyeri, dan
- d. Dada terasa sesak pada waktu bernapas.

Bakteri tuberkulosis paru mempunyai masa inkubasi, mulai dari terinfeksi sampai pada lesi primes muncul, kurang lebih 4-12 minggu. Sedangkan untuk *pulmonair progressif* dan *extrapulmonair*, tuberkulosis biasanya memakan waktu yang lebih lama, sampai beberapa tahun.

Secara umum, tingkat atau derajat penularan penyakit ini tergantung pada banyaknya basil tuberkulosis dalam sputum, virulensi atas, basil dan peluang adanya pencermaran udara dari batuk, bersin, dan berbicara keras. Penyakit ini sangat peka dan tidak pandang bulu. Tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan, tua muda, bayi, maupun balita. Akan tetapi menurut penelitian, tingkat kepekaan yang paling tinggi terdapat pada anak kurang dari tiga tahun. Sedangkan, tingkat kepekaan paling rendah terjadi pada anak akhir usia 12-13 tahun, dan dapat meningkatkan lagi ada saat remaja dan awal masa tua.

2.1.3 Penularan Kuman Tuberkulosis

Banyak kuman dalam paru-paru penderita menjadi satu indikasi tercepat penularan penyakit tuberkulosis ini kepada seseorang. Penyebaran kuman tuberkulosis ini terjadi di udara melalui dahak yang berupa *droplet*. Bagi penderita tuberkulosis paru yang memiliki banyak sekali kuman, dapat terlihat langsung dengan mikroskop pada pemeriksaan daaknya. Hal ini tentunya sangat menular dan berbahaya bagi lingkungan penderita.

Pada saat penderita batuk atau bersin, kuman TB paru dan BTA positif yang berbentuk droplet sangat kecil ini akan beterbangan di udara. Droplet yang sangat kecil ini kemudian mengering dengan cepat dan menjadi droplet yang mengandung kuman tuberkulosis. Kuman ini dapat bertahan di udara selama beberapa jam lamanya, sehingga cepat atau lambat droplet yang mengandung unsur kuman tuberkulosis akan terhirup oleh orang lain. Apabila droplet ini telah terhirup dan bersaang di dalam paru-paru seseorang, maka kuman ini akan mulai membelah diri atau berkembang biak. Dari sinilah akan terjadi infeksi dari satu penderita ke calon penderita lain (mereka yang telah terjangkit penyakit).

2.1.4 Klasifikasi Penyakit Tuberkulosis

Banyak penyakit tuberkulosis ini dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu tuberkulosis paru dan tuberkulosis ekstra paru.

a. Tuberkulosis Paru

Penyakit ini merupakan bentuk yang paling sering dijumpai, yaitu 80% dari semua penderita. Tuberkulosis yang menyerang jaringan paru-paru ini merupakan satu-satunya bentuk dari TB yang mudah tertular kepada manusia lain, asal kuman bisa keluar dari si penderita.

b. Tuberkulosis Ekstra Paru

Penyakit ini merupakan bentuk penyakit TBC yang menyerang organ tubuh lain, selain paru-paru, seperti pleura, kelenjar limfe, persendian tulang belakang, saluran kencing, dan susunan sistem saraf pusat. Oleh karena itu, penyakit TBC ini kemudian dinamakan penyakit yang tidak pandang bulu, karena dapat menyerang seluruh organ tubuh manusia secara bertahap.

Dengan kondisi organ tubuh yang telah rusak, tentu saja dapat menyebabkan kematian bagi penderitanya.

2.1.5 Faktor-Faktor Penyebab Penyakit Tuberkulosis

Kondisi sosial ekonomi, status gizi, umur, jenis kelamin, dan faktor toksis pada manusia, ternyata menjadi faktor penting dari penyebab penyakit TBC. Berikut penjelasannya.

a. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial ekonomi di sini sangat erat kaitannya dengan kondisi rumah, kepadatan hunian, lingkungan perumahan, serta lingkungan dan sanitasi tempat bekerja yang buruk. Semua faktor tersebut dapat memudahkan penularan TBC. Pendapatan keluarga juga sangat erat kaitannya dengan penularan TBC, karena pendapatan yang kecil memuat orang tidak dapat hidup layak, yang memenuhi syarat-syarat kesehatan.

b. Status Gizi

Kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi, dan lain-lain (malnutrisi), akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang, sehingga rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk tuberkulosis paru. Keadaan ini merupakan faktor penting yang berpengaruh di negara miskin, baik pada orang dewasa mauppun anak-anak.

c. Umur

Penyakit tuberkulosis paru paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif, yaitu 15-50 tahun. Dewasa ini dengan terjadinya transisi demografii, menyebabkan usia arapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut, lebih dari 55 tahun sistem imunologis seseorang menurun,

sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit tuberkulosis paru.

d. Jenis Kelamin

Menurut WHO, sedikitnya dalam periode setahun ada sekitar 1 juta perempuan yang meninggal akibat tuberkulosis paru. Dari fakta ini, dapat disimpulkan bahwa kaum perempuan lebih rentan terhadap kematian akibat serangan tuberkulosis paru dibandingkan akibat proses kehamilan dan persalinan. Pada laki-laki, penyakit ini lebih tinggi, karena rokok dan minuman alkohol dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh. Sehingga, wajar jika perokok dan peminum beralkohol sering disebut sebagai agen dari penyakit tuberkulosis paru.

2.1.6 Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Paru

Banyak hal yang bisa dilakukan untuk mencegah terjangkitnya TBC paru. Pencegahan-pencegahan berikut dapat dikerjakan oleh penderita, masyarakat, maupun petugas kesehatan:

- a. Bagi penderita, pencegahan penularan dapat dilakukan dengan menutup mulut saat batuk, dan membuang dahak tidak di sembarangan tempat.
- b. Bagi masyarakat, pencegahan penularan dapat dilakukan dengan meningkatkan ketahanan terhadap bayi, yaitu dengan pemberian vaksinasi BCG.
- c. Bagi petugas kesehatan, pencegahan dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit TBC, yang meliputi gejala, bahaya, dan akibat yang ditimbulkan terhadap kehidupan masyarakat pada umumnya.

- d. Petugas kesehatan juga harus segera melakukan pengisolasian dan pemeriksaan terhadap orang-orang yang terinfeksi, atau dengan memberikan pengobatan khusus kepada pasien TBC. Pengobatan dengan cara menginap di rumah sakit hanya dilakukan bagi penderita dengan kategori berat dan memerlukan pengembangan program pengobatannya, sehingga tidak dikehendaki pengobatan jalan.
- e. Pencegahan penularan juga dapat dicegah dengan melakukan desinfeksi, seperti cuci tangan, kebersihan rumah yang ketat, perhatian khusus terhadap muntahan atau ludah anggota keluarga yang terjangkit penyakit ini (piring, tempat tidur, pakaian), dan menyediakan ventilasi rumah dan sinar matahari yang cukup.
- f. Melakukan imunisasi orang-orang yang melakukan kontak langsung dengan penderita seperti keluarga, perawat, dokter, petugas kesehatan, dan orang lain yang terindikasi dengan vaksin BCG dan tidak lanjut bagi yang positif tertular.
- g. Melakukan penyelidikan terhadap orang-orang kontak. Perlu dilakukan Tes Tuberculin bagi seluruh anggota keluarga. Apabila cara ini menunjukkan hasil yang negatif, perlu diulang pemeriksaan tiap bulan selama 3 bulan dan perlu penyelidikan intensif.
- h. Dilakukan pengobatan khusus penderita dengan TBC aktif perlu pengobatan yang tepat, yaitu obat-obatan kombinasi yang telah diterapkan oleh dokter untuk diminum dengan tekun dan teratur selama 6-12 bulan. Perlu diwaspadai adanya kebal terhadap obat-obat dengan pemeriksaan penyelidikan oleh dokter.

2.1.7 Prognosa

Secara umum penderita-penderita yang tidak begitu parah dapat diobati. Paling tidak, prosesnya bisa dihambat oleh kinerja obat-obat kemoterapi modern yang dikonsumsi. Tetapi, selain dari kegagalan paru atau hematoe, pada beberapa kasus, perjalanan penyakit terus memburuk sehingga terjadi *destroyed lung*, suatu keadaan yang dahulu disebut *phthisis gallopans* (sangat kurus dan lemah).

Secara teoritis, pada penyakit tuberkulosis terdapat 10-100 juta basil. Satu di antaranya 100 ribu basil akan resisten terhadap salah satu obat anti tuberkulosis. Bila kita menggunakan kombinasi tiga macam obat, maka kemungkinan terjadi resistensi pada strain tersebut akan menjadi $1:(100.000)^3$.

Pada tiga bulan pertama, penderita diberi terapi secara intensif, yaitu dengan pemberian kombinasi Isoniazid dan Etambutol, dengan Streptomisin atau Rifampisin. Kemudian, selama 1,5-2 tahun hanya diberi Isoniazid dan Ethambutol. Ada beberapa orang yang cenderung pada cara pengobatan yang lebih singkat, dikarenakan terbatasnya biaya.

2.1.8 Pengobatan

Pengobatan tuberkulosis di Indonesia mengimplementasi strategi pengobatan tuberkulosis dengan strategi DOTS (*Direct Observed Treatment Shortcourse*). Strategi DOTS ini telah berhasil membantu meningkatkan presentase keberhasilan pengobatan pasien TB.

Tujuan pengobatan TB adalah :

- a. Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta peningkatan kualitas hidup

- b. Mencegah kematian dan komplikasi selanjutnya
- c. Mencegah kekambuhan
- d. Memutuskan rantai penularan
- e. Mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Obat Anti Tuberkulosis).

Tahap pengobatan tuberkulosis dibagi menjadi dua fase yaitu fase awal (fase intensif) dan fase lanjutan.

a. Tahap awal (Intensif)

Pengobatan setiap hari. Pengobatan pada tahap ini berguna untuk mengurangi jumlah kuman TB yang ada dalam tubuh pasien secara efektif dan juga meminimalkan pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan pada fase ini diberikan selama 2 bulan.

b. Tahap

Tabel 2.0.1 OAT lini pertama

Jenis	Sifat	Efek Samping
Isoniazid (H)	Bakterisidal	Neuropati perifer, psikosis toksik, gangguan fungsi hati, kejang.
Rifampisin (R)	Bakterisidal	<i>Flu syndrome</i> , gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, <i>skin rash</i> , sesak nafas, anemia hemolitik

Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, <i>gout arthritis</i>
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anafilaktik, anemia, agranulositosis, trombositopeni.
Etambutol (E)	Bakteriostatik	Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer.

Pengobatan tahap lanjutan merupakan tahap untuk membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada pada tubuh pasien, khususnya *persister* sehingga pada pasien dapat sembuh total dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Obat Anti Tuberkulosis

Panduan OAT yang digunakan di Indonesiaa (sesuai rekomendasi WHO dan ISTC)

- a. Kategori 1 : 2(HRZE)/4(HR) atau 2(HRZE)4(HR).

Panduan OAT ini diberikan pada penderita baru TB paru BTA positif, TB paru BTA negatif foto thoraks positif dan TB ekstra paru.

- b. Kategori 2 : 2(HRZE)S / (HRZE) / 5(HR)E3 atau 2(HRZE)S / (HRZE) / 5(HR)3.

Panduan OAT kategori 2 ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah diobati sebelumnya meliputi penderita kambuh (*relaps*), penderita gagal (*failure*), dan penderita dengan pengobatan setelah putus obat (*default*).

- c. Kategori anak : 2(HRZ)/4(HR) atau 2HRZA(S)/4-10HR.

- d. Obat yang digunakan dalam tatalaksana pasien TB resisten obat di Indonesia terdiri OAT lini ke-2 yaitu Kanamisin, Kapreomisin, Levofloksasin, Etionamide, Sikloserin, Moksifloksasin dan PAS, serta OAT lini-1 yaitu Pirazinamid dan Erambutol.

Tabel 2.0.2 Dosis untuk panduan OAT dan KDT untuk kategori 1

Berat Badan	Tahap Intensif selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150)
30-37kg	2 Tablet 4KDT	2 Tablet 4KDT
38-54kg	3 Tablet 4KDT	3 Tablet 4KDT
55-70kg	4 Tablet 4KDT	4 Tablet 4KDT
>71kg	5 Tablet 4KDT	5 Tablet 4KDT

(Kemenkes RI, 2016)

Tabel 2.0.3 Panduan OAT-Kombipak untuk kategori 1

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Dosis per hari/kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet Isoniasid @300mg	Tablet Rifampisin @450mg	Tablet Pirazina mid @500mg	Tablet Etambutol @250mg	
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	4 bulan	2	1	-	-	48

(Kemenkes RI, 2016)

Tabel 2.0.4 Dosis untuk Panduan OAT dan KDT untuk kategori 2

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275) + S	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E (400)
-------------	--	---

30-37kg	Selama 56 hari 2 Tab 4KDT + 500mg Streptomisin Inj.	Selama 28 hari 2 Tab 4KDT	Selama 20 minggu 2Tab 4KDT + 2 Tab Etambutol
38-54kg	3 Tab 4KDT + 750mg Streptomisin Inj.	3 Tab 4KDT	2Tab 4KDT + 3 Tab Etambutol
55-70kg	4 Tab 4KDT + 1000mg Streptomisin Inj.	4 Tab 4KDT	4Tab 2KDT
>71kg	5 Tab 4KDT + 1000mg Streptomisin Inj.	5 Tab 4KDT	5Tab 2KDT + 5 Tab Etambutol

(Kemenkes RI, 2016)

Tabel 2.0.5 Dosis Panduan OAT Kombipak untuk kategori 2

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Tablet Isoniazid @300 mg	Kaplet Rifampisin @450 mg	Tablet Pirazinamid @500mg	Etambutol		Streptomisin Inj.	Jumlah hari menelan obat
					Tablet @250mg	Tablet @400mg		
Tahap Intensif (dosis harian)	2Bulan	1	1	3	3	-	0,75gr	56
	1Bulan	1	1	3	3	-	-	28
Tahap lanjutan (dosis 3x seminggu)	4Bulan	2	1	-	1	2	-	60

(Kemenkes RI, 2016)

2.2 Konsep Kepatuhan Obat

2.2.1 Definisi Kepatuhan Obat

Tujuan dari pengobatan tuberkulosis adalah mencegah kematian, mencegah kekambuhan, menyembuhkan penderita dan menurunkan tingkat penularan. Penderita yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatannya secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulann sampai dengan 8 bulan, sedangkan penderita yang tidak patuh datang berobat dan minum obat bila frekuensi minum obat tidak dilaksanakan sesuai rencana yang telah ditetapkan. Penderita dikatakan lalai jika tidak datang lebih dari 3 hari sampai 2 bulan dari tanggal perjanjian dan dikatakan *dropout* jika lebih dari 2 bulan berturut-turut tidak datang berobat setelah dikunjungi petugas kesehatan (Depkes RI, 2002).

Menurut Smet (1994), kepatuhan atau ketaatan adalah tingkat pasien dalam melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau orang lain. Sedangkan menurut Niven (2002), kepatuhan pasien adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Daulay, 2013).

Kepatuhan terhadap pengobatan membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam manajemen keperawatan diri dan kerja sama antara pasien dengan petugas kesehatan. Ketidakpatuhan penderita TB dalam minum obat menyebabkan angka kesembuhan penderita rendah, angka kematian tinggi dan kekambuhan meningkat serta yang lebih fatal adalah terjadinya resisten kuman terhadap beberpa obat anti tuberkulosis atau *multi drug resistance*, sehingga penyakit TB paru ssangat sulit disembuhkan (Depkes RI, 2007).

Menurut Depkes RI (2002), pengobatan TB paru membutuhkan waktu 6 sampai 8 bulan untuk mencapai penyembuhan dan dengan paduan (kombinasi) beberapa macam obat, namun masih ada pasien berhenti minum obat sebelum masa pengobatan selesai yang berakibat pada kegagalan dalam pengobatan TB. WHO menerapkan strategi DOTS (*Direct Observed Treatment Short course*) dalam manajemen penderita TB untuk menjamin pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung oleh seorang pengawas minum obat (PMO). Dengan strategi DOTS angka kesembuhan pasien TB menjadi >85%. Obat yang diberikan juga dalam bentuk kombinasi dosis tetap karena lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan. Walaupun demikian angka penderita mangkir untuk meneruskan minum obat tetap cukup tinggi (Bagiada, 2010).

Kepatuhan adalah salah satu faktor potensial untuk meningkatkan kesembuhan penderita TB dan ketidak patuhan disamping menurunka tingkat kesembuhan penderita juga merupakan ancaman terhadap terjadinya TB MDR. Menemukan faktor-faktor yang berperan dalam menghambat penyembuhan penderita TB akan memperbaiki efektivitas pengobatan TB (Bagiada, 2010).

2.2.2 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien

TB Paru

Menurut teori Modifikasi Lawrence Freen dalam Notoatmodjo (2012) perilaku kesehatan ditentukan oleh 3 faktor yaitu *predisposing factors*, *enabling factors*, dan *reinforcing factors*.

2.2.2.1 Faktor Predisposisi (Predisposing Factors)

Faktor-faktor predisposisi, faktor sebelum terjadinya suatu perilaku, yang termasuk dalam faktor predisposisi adalah demografi.

a. Usia

Usia sebagai salah satu sifat karakteristik tentang orang yang dalam studi epidemiologi merupakan variabel yang cukup penting karena cukup banyak penyakit ditemukan dengan berbagai variasi frekuensi yang disebabkan oleh umur (Noor, 2008).

Di negara berkembang mayoritas individu yang terinfeksi TB adalah golongan usia di bawah 50 tahun, sedangkan di negara maju prevalensi TB sangat rendah pada mereka yang berusia di bawah 50 tahun, namun masih tinggi pada golongan yang lebih tua. Di Indonesia sekitar 75% penderita TB adalah kelompok usia produktif secara ekonomis, yakni usia 15 hingga 50 tahun (Depkes RI, 2011).

Berdasarkan penelitian Kondoy dkk (2014), umur responden sebagian besar usia menengah yaitu 25-49 tahun sebanyak 84 responden (49,1%), tergolong dalam usia yang masih produktif. Hal yang sama terjadi pada tahun 2005 dimana kasus TB Paru di Indonesia lebih banyak terjadi pada usia produktif karena pada usia produktif manusia cenderung mempunyai mobilitas yang tinggi sehingga kemungkinan untuk terpapar kuman TB lebih besar, selain itu setelah pubertas tubuh lebih mampu mencegah penyebaran penyakit melalui darah, tetapi kemampuan untuk mencegah penyakit didalam paru berkurang jauh.

Hasil penelitian Mus (2001) dalam Rahmansyah (2012) menyatakan mengenai kepatuhan berobat penderita TB paru dikatakan bahwa umur produktif lebih tidak

patuh berobat dibandingkan dengan penderita TB usia tidak produktif, hal ini disebabkan usia produktif ini mempunyai tingkat mobilitas yang tinggi, karena pada usia ini adalah usia sekolah dan usia pekerja produktif sehingga lebih mementingkan atau mengutamakan aktivitasnya daripada penyakit yang dideritanya dengan tidak patuhnya berobat pada usia produktif ini merupakan resiko terjadinya DO pada penderita TB paru.

b. Jenis Kelamin

Prevalensi tuberkulosis paru cenderung cenderung meningkat di semua usia baik laki-laki maupun perempuan. Angka prevalensi pada perempuan masih lebih rendah dan peningkatannya juga lebih sedikit dibanding laki-laki. Umumnya pada perempuan ditemukan tuberkulosis paru setelah melahirkan (Crofton, 2002). Sementara itu angka kematian wanita karena tuberkulosis lebih banyak daripada kematian wanita karena kehamilan, persalinan dan nifas (Depkes RI, 2011).

Berdasarkan penelitian Kondoy dkk (2014) jumlah pasien lebih banyak laki-laki 63,2% dibandingkan perempuan 36,8%. Tingginya angka pasien laki-laki memungkinkan penularan yang luas. Hal ini dikarenakan kelompok laki-laki kebanyakan keluar rumah mencari nafkah, dengan frekuensi keluar rumah yang memungkinkan terjadinya penularan penyakit TB Paru, mobilitas yang tinggi dari pada perempuan laki-laki dapat menurunkan kekebalan tubuh sehingga mudah terkena TB paru, sehingga kemungkinan lebih besar, selain itu kebiasaan merokok dan mengonsumsi alkohol pada laki-laki dapat menurunkan kekebalan tubuh sehingga mudah terkena TB paru.

Erawatningsih dkk (2009) menyatakan bahwa pada pengobatan TB laki-laki cenderung lebih tidak patuh dan tidak tertatur dalam meminum obat di bandingkan perempuan di karenakan laki-laki cenderung memiliki aktivitas yang lebih tinggi sehingga cenderung tidak memperhatikan kesehatannya.

c. Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Sedangkan pendidikan kesehatan secara konseptual adalah upaya untuk mempengaruhi atau mengajak orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat agar melaksanakan perilaku hidup sehat, dan secara operasional pendidikan adlaah semua kegiatan untuk memberikan atau meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Adnani, 2011).

Tingkat pendidikan formal merupakan landasan seseorang dalam berbuat sesuatu, membuat lebih mengerti dan memahami sesuatu, atau menerima dan menolak sesuatu. Tingkat pendidikan formal juga memungkinkan perbedaan pengetahuan dan pengambila keputusan. Berdasarkan penelitian kebanyakan pasien yang tidak patuh berobat adalah pasien dengan pendidikan rendah hal ini membuktikan bahwa memang benar tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang, seperti mengenali rumah yang memenuhi syarat kesehatan yang cukup maka seseorang akan menciba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat (Kondoy dkk, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian Kondoy dkk (2014), menunjukan bahwa pendidikan memiliki hubungan yang bermakna dengan tingkat kepatuhan berobat

oasien TB Paru $p=0,000$. Pendidikan rendah yaitu terdiri dari tidak tamat SD, SD atau SMP mempunyai pengetahuan yang kurang akan pengetahuan mengenai TB Paru, sehingga responden dengan pendidikan tinggi yaitu SMA dan D3/S1/S2/S3 lebih patuh terhadap pengobatan dibandingkan responden dengan pendidikan rendah.

Berdasarkan hasil penelitian Erawatyingsih dkk (2009) didapatkan mayoritas penderita pada kelompok yang patuh berpendidikan SMA sebanyak 47,6%, sedangkan yang tidak patuh tingkat pendidikannya tidak tamat SD sebanyak 31,8%. Hal ini berarti semakin rendah tingkat pendidikan maka semakin tidak patuh penderita untuk berobat karena rendahnya pendidikan seseorang sangat mempengaruhi tingkat pemahaman tentang penyakit TB paru, cara pengobatan, dan bahaya akibat minum obat tidak teratur.

d. Status Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah. Untuk melakukan pekerjaan tentunya diperlukan waktu, dengan mempunyai pekerjaan yang membutuhkan waktu yang relatif lama, kemungkinan untuk memperhatikan lingkungan cenderung menurun. Selain itu, dengan kondisi pekerjaan yang menyita banyak waktu ditambah dengan pendapatan yang relatif rendah masyarakat akan cenderung untuk lebih memikirkan hal-hal pokok antara lain pangan, sandang, papan (Rahmansyah, 2012).

Menurut penelitian Rokhmah (2013), penderita TB yang memiliki pekerjaan tidak tetap dapat lebih patuh terhadap pengobatan karena mereka mempunyai lebih banyak waktu luang sehingga dapat memanfaatkan layanan kesehatan dengan

maksimal. Hal ini juga bisa terjadi bagi mereka responden Ibu Rumah Tangga, responden yang tidak bekerja atau responden yang memiliki pekerjaan.

2.2.2.2 Faktor Pendukung (Enabling Factors)

Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), agar terjadi perilaku tertentu diperlukan perilaku pemungkin suatu motivasi, yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.

a. Efek Samping OAT

Penderita TB paru sebagian besar dapat menyelesaikan pengobatan tanpa efek samping. Namun sebagian kecil dapat mengalami efek samping. Oleh karena itu pemantauan kemungkinan terjadinya efek samping sangat penting dilakukan selama pengobatan. Pada umumnya gejala efek samping obat yang ditemukan pada penderita adalah sakit kepala, mual-mual, muntah, serta sakit sendi tulang. Gejala efek samping obat dapat terjadi pada fase intensif atau awal pengobatan bahwa obat yang harus diminum penderita jumlah banyak sehingga membuat penderita malas untuk minum obat (Erawatyningsih dkk, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian Erawatyningsih skk (2009), menyatakan ada pengaruh yang signifikan antara efek samping terhadap ketidakpatuhan berobat pada pasien TB paru dengan $p=0,009$. Hasil penelitian menunjukkan hubungan negatif bermakna artinya semakin penderita memiliki banyak keluhan semakin tidak patuh penderita untuk berobat.

Adanya efek samping OAT merupakan salah satu penyebab terjadinya kegagalan dalam pengobatan TB paru. Hal ini bisa berkurang dengan adanya penyuluhan terhadap penderita sebelumnya, sehingga penderita akan

mengetahui lebih dahulu tentang efek samping obat dan tidak cemas apabila pada saat pengobatan terjadi efek samping obat. Beberapa penelitian mengkonfirmasi bahwa ada hubungan yang bermakna antara efek samping obat dengan kepatuhan pengobatan bahwa semakin berat gejala efek samping obat semakin tidak patuh penderita dalam pengobatan.

b. Tipe Pasien

Pada pengobatan ulang penderita TB paru BTA positif dengan kategori 2 dapat menimbulkan resistensi kuman TB terhadap OAT yang diberikan (Depkes RI, 2008). Hal tersebut tentu akan mempengaruhi kesembuhan penderita TB paru BTA positif karena pengobatannya akan lebih lama dari pada penderita yang mendapatkan OAT kategori 1 (penderita yang baru).

Suparini (1999) dalam Kartika (2009), dalam penelitiannya menemukan bahwa tipe penderita yang tidak teratur menelan obat lebih banyak pada penderita tipe baru dibandingkan dengan tipe kambuh.

c. Kepemilikan Kartu Asuransi Kesehatan

Sistem pembiayaan yang sering digunakan ke pelayanan kesehatan di Indonesia, antara lain ada biaya sendiri atau umum dan asuransi kesehatan. Menurut pasal 19 ayat (2) Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 dinyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dasar, hal ini merupakan salah satu bentuk atau cara agar masyarakat dapat dengan mudah melakukan akses ke fasilitas kesehatan atau mendapatkan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian Xu et al (2009), menunjukkan bahwa pasien yang tidak memiliki asuransi kesehatan lebih mungkin tidak patuh dengan nilai OR 1,89(95% CI: 1,07-3,32).

d. Akses ke Pelayanan Kesehatan

Akses geografis diukur dengan jarak, lamanya perjalanan, biaya perjalanan, jenis transportasi, dan/atau hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang memperoleh layanan kesehatan. Menurut Anies (2006) dalam Siswanto (2012), tidak tersedianya alat transportasi menuju tempat berobat dan tidak tersedianya biaya untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang jauh dari rumah ytempat tinggal penderita dapat menjadi hambatan untuk terjadinya perilaku kepatuhan pengobatan penderita. Seseorang yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan Puskesmas yang ada, mungkin bukan karena dia tidak tahu akan bahaya penyakitnya atau karena tidak percaya pada Puskesmas, tetapi karena rumahnya jauh, sedangkan sarana transportasi umum untuk menuju Puskesmas sulit dan mahal. Menurut Notoadmodjo (2003), meskipun jauh tempat tinggalnya dari pelayanan kesehatan, namun jika ada kemudahan transportasi menuju tempat pelayanan kesehatan , maka mereka akan datang tepat waktu.

e. Wilayah Tempat Tinggal

Tempat tinggal adalah suatu bangunan, tempat seseorang atau beberapa orang tinggal secara menetap dalam jangka waktu tertentu, disuatu tempat tertentu. Penelitian Mediana (2002) dalam Kartika (2009) mengenai default pengobatan penderita TB paru, dikemukakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jarak yang jauh dari tempat pelayanan kesehatan dengan

terjadinya default pengobatan. Hal ini terjadi karena penderita TB paru memerlukan waktu yang lama untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan serta memerlukan biaya yang besar untuk transportasi. Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan juga menjadi penyebab ketidakpatuhan dalam berobat. Semakin jauh jarak tempat tinggal dari fasilitas kesehatan, semakin besar risiko terjadinya ketidakpatuhan berobat.

2.2.2.3 Faktor Pendorong (Reinforcing Factors)

Faktor-faktor pendorong (reinforcing factors), merupakan faktor perilaku yang memberikan peran domain bagi menetapnya suatu perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

a. Dukungan Keluarga Sebagai PMO

Keluarga merupakan orang yang dekat dengan pasien. Peran keluarga sangat dibutuhkan dalam memperhatikan pengobatan anggota keluarganya. Sehingga keluarga harus memberi dukungan agar penderita dapat menyelesaikan pengobatannya sampai sembuh. Penelitian Pare dkk (2012), menemukan bahwa pasien yang tidak teratur berobat lebih banyak ditemukan dukungan keluarga yang kurang sebanyak 14 orang (63.6%) daripada untuk kategori baik 8 orang (36.4%). Pasien yang teratur berobat lebih banyak ditemukan dukungan keluarga yang baik sebanyak 33 orang (63.5%) dan kategori kurang 19 orang (36.5%). Hasil tabulasi silang variabel dukungan keluarga dengan perilaku pasien TB paru diperoleh nilai $OR=3.039$ yang berarti penderita TB paru yang memiliki dukungan keluarga yang kurang berisiko 3.039 kali untuk tidak teratur berobat

dibandingkan dengan penderita TB paru yang memiliki dukungan keluarga yang baik. Peran keluarga yang baik merupakan motivasi atau dukungan yang ampuh dalam mendorong pasien untuk berobat teratur sesuai anjuran. Adanya dukungan atau motivasi yang penuh dari keluarga dapat mempengaruhi perilaku minum obat pasien TB paru secara teratur. Pada umumnya dukungan keluarga yang diberikan dalam bentuk memberikan motivasi untuk teratur berobat, bantuan dana untuk kebutuhan sehari-hari, serta bantuan transportasi untuk pasien TB paru. Tetapi masih ada anggota yang menghindari pasien yang menyebabkan pasien merasa malu untuk menjalani pengobatan. Peran keluarga menentukan pasien untuk menjalani pengobatan (Pare dkk, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian dari Junarman, menyatakan bahwa proporsi TB paru berdasarkan PMO yang terbesar adalah keluarga sebesar 89,2% dan petugas kesehatan 10,8%. PMO merupakan salah satu komponen penting dari strategi DOTS, dimana PMO sangat dibutuhkan untuk mendampingi penderita TB paru menyelesaikan pengobatan secara teratur, dan mampu memberikan penyuluhan kepada keluarga penderita yang mempunyai gejala tersangka TB paru untuk segera memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan (Junarman, 2009).

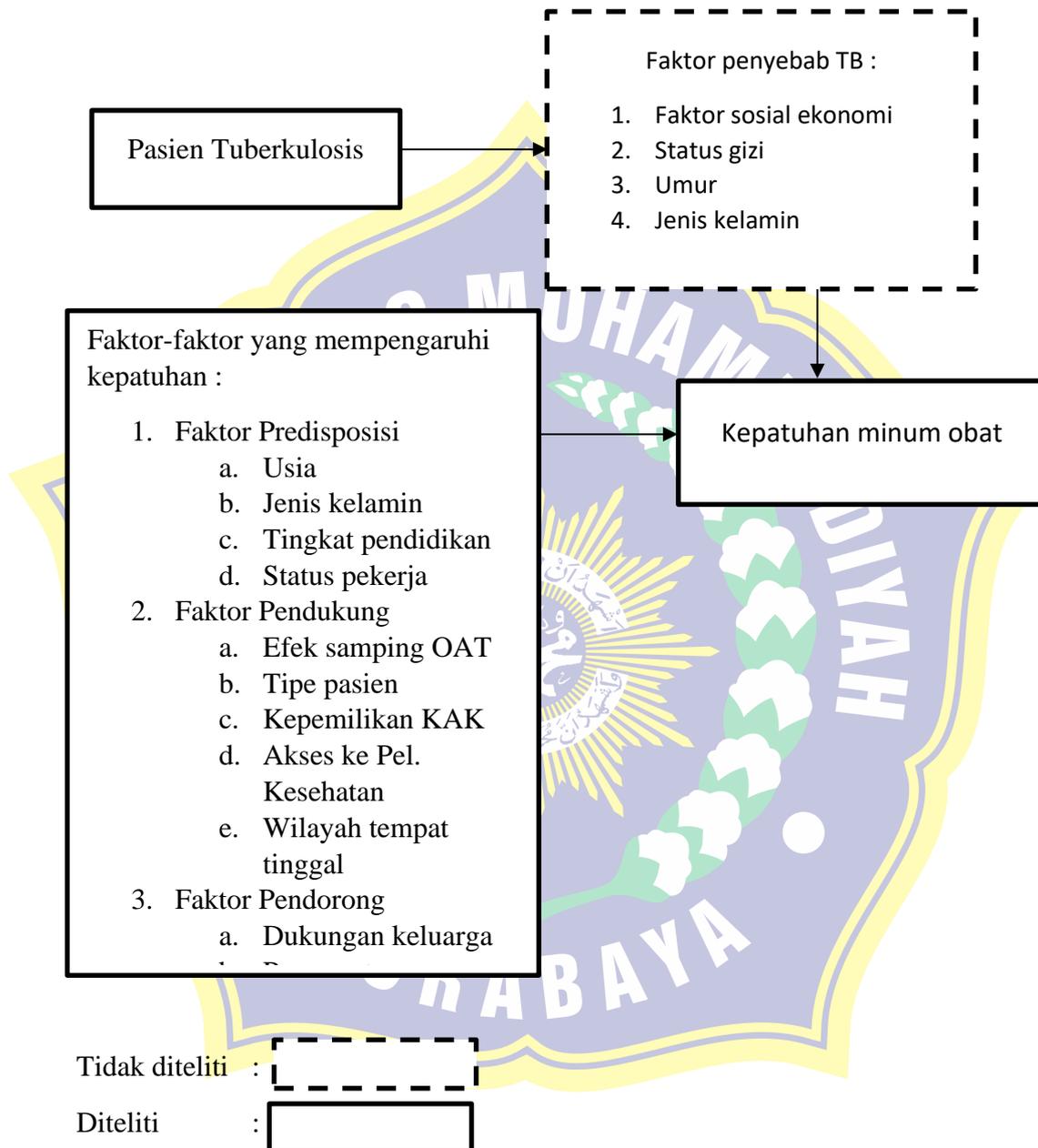
b. Peran Petugas Kesehatan

Peran petugas kesehatan adalah suatu sistem pendukung bagi pasien dengan memberikan bantuan berupa informasi atau nasehat, bantuan nyata, atau tindakan yang mempunyai manfaat emosional atau berpengaruh pada perilaku penerimanya (Depkes, 2002). Dukungan

emosional sehingga merasa nyaman, merasa diperhatikan, empati, merasa diterima dan ada kepedulian. Dukungan kognitif dimana pasien memperoleh informasi, petunjuk, saran atau nasehat. Interaksi petugas kesehatan dengan penderita TB terjadi di beberapa titik pelayanan yaitu poliklinik, laboratorium, tempat pengambilan obat dan pada waktu kunjungan rumah. Peranan petugas kesehatan dalam penyuluhan tentang TB perlu dilakukan, karena masalah tuberkulosis banyak berkaitan dengan masalah pengetahuan dan perilaku masyarakat. Tujuan penyuluhan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan penyakit tuberkulosis (Depkes, 2002). Penyuluhan tuberkulosis dapat dilaksanakan dengan menyampaikan pesan penting secara langsung ataupun menggunakan media.

Peranan petugas kesehatan dalam melayani pasien TB paru diharapkan dapat membangun hubungan yang baik dengan pasien. Unsur kinerja petugas kesehatan mempunyai pengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan terhadap pasien TB paru yang secara langsung atau tidak langsung akan berpengaruh terhadap keteraturan berobat pasien yang pada akhirnya juga menentukan hasil pengobatan (Pare, 2012). Menurut Niven (2002) dalam Ulfah (2013), dukungan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang mempengaruhi perilaku kepatuhan.

2.3 Kerangka Konsep



Gambar **Error! Use the Home tab to apply 0 to the text that you want to appear here.**1 Kerangka konsep gambaran kepatuhan minum obat pada pasien TB