

**HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN MINUM OBAT DAN
KEBERHASILAN PENGOBATAN TBC**

Studi Kasus Pada BP4 Semarang Periode Januari 2009 – Desember 2009

Karya Tulis Ilmiah

Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran



Oleh:

Wina Siska Purnama

01.206.5322

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2010

KARYA TULIS ILMIAH
HUBUNGAN ANTARA KEPATUHAN MINUM OBAT DAN
KEBERHASILAN PENGOBATAN TBC
Studi Kasus Pada BP4 Semarang Periode Januari 2009 – Desember 2009

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :
Wina SiskaPurnama

01.206.5322

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada tanggal, 29 April 2010
dan dinyatakan telah memenuhi syarat
Susunan Tim Penguji

Pembimbing I



dr. Ophi Indria Desanti, MPH.

Anggota Tim Penguji



dr. Erwin Budi Cahyono, Sp. PD.

Pembimbing II



Ir. Titiek Sumarawati, M. Kes.



dr. Hj. Chodidjah, M. Kes.

Semarang, Mei 2010

Fakultas Kedokteran

Universitas Islam Sultan Agung

Dekan,



Dr. dr. H. Taufiq R. Nasihun, M.Kes., Sp.And.

PRAKATA

Assalaamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas berkat dan rahmat-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Keberhasilan Pengobatan di BP4 Semarang”

Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memenuhi tugas dan melengkapi syarat dalam menempuh program pendidikan sarjana Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang atas terselesainya penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. DR. dr. H. Taufiq R. Nasihun, M.Kes, Sp.And. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah membantu dalam pemberian ijin penelitian.
2. dr. Ophi Indria Desanti, M.PH, sebagai Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan petunjuk dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
3. Ir. Titiek Sumarawati, M.Kes, sebagai pembimbing II yang dengan sabar membimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
4. dr. Erwin Budi Cahyono, Sp.PD, sebagai penguji I atas dukungannya.
5. dr. Hj. Chodidjah, M.Kes, sebagai penguji II atas dukungannya.
6. Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) Semarang, yang telah memberikan izin dalam pengambilan data sehingga penelitian ini dapat dilaksanakan.

7. Untuk keluarga Burman, SH : papa, mama, dan adik-adikku Dana, Intan, Nanda, yang telah banyak memberikan doa restu dan dukungan baik mental maupun spiritual serta kasih sayang yang tak terhingga
8. Semua pihak yang telah membantu penulis baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan mengingat keterbatasan penulis. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran untuk perbaikan dalam penulisan di waktu mendatang.

Harapan penulis semoga karya tulis ini bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Wassalaamu'alaikum Wr. Wb.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
PRAKATA.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
INTISARI	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
I.1. Latar Belakang	1
I.2. Perumusan Masalah	3
I.3. Tujuan Penelitian	3
I.4. Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.I. Tuberkulosis	6
2.1.1. Definisi dan etiologi.....	6
2.1.2. Cara penularan	6
2.1.3. Klasifikasi.....	7
2.1.4. Diagnosa	10
2.1.5. Pengobatan tuberkulosis	12
2.1.6. Efek samping obat.....	15
2.2. Kepatuhan	17
2.2.1. Definisi.....	17
2.2.2. Faktor pendukung kepatuhan seseorang.....	17
2.2.3 Tingkat ketidak patuhan.....	19
2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan.....	20
2.2.5. Cara mengatasi ketidakpatuhan pasien.....	21

2.2.6 Cara meningkatkan kepatuhan.....	21
2.2.7 Pengaruh kepatuhan pasien terhadap pengobatan.....	22
2.3. Hubungan kepatuhan minum obat dengan pengobatan.....	22
2.4. Kerangka Teori.....	25
2.5. Kerangka Konsep.....	25
2.6. Hipotesa.....	25
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1. Jenis Penelitian	26
3.2. Variabel Dan Devinisi Operasional	26
3.3. Populasi dan Sampel.....	27
3.4. Kriteria Inklusi Dan Eksklusi	27
3.5. Instrumentasi Penelitian.....	28
3.6. Cara Penelitian.....	28
3.7. Tempat dan Waktu.....	30
3.8. Analisis Hasil.....	30
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	32
4.1. Hasil Penelitian.....	32
4.2. Pembahasan.....	34
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	37
5.1. Simpulan.....	37
5.2. Saran.....	37
DAFTAR PUSTAKA	39
LAMPIRAN	41

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Karakteristik sampel penelitian	32
Tabel 4.2. Distribusi frekuensi kepatuhan minum obat.....	32
Tabel 4.3. Frekuensi keberhasilan pengobatan.....	33
Tabel 4.4. Hasil tabulasi silang kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TBC.....	33



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Data hasil penelitian di BP 4 Semarang.....	41
Lampiran 2. Perhitungan Statistik.....	43
Lampiran 3. Surat ijin penelitian.....	44



INTISARI

Penyakit Tuberkulosis paru (TBC) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama di dunia, karena tingginya morbiditas dan mortalitas penyakit. Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa tuberkulosis merupakan penyebab kematian no 3 setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua golongan usia dan no 1 dari golongan infeksi. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TBC

Jenis penelitian adalah penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini berjumlah 129 pasien, dengan jumlah sampel sebanyak 51 pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eklusi. Uji hasil penelitian di analisis dengan uji chi square dan koefisien kontingensi.

Hasil penelitian dari jumlah sampel tersebut terdiri dari pasien yang patuh minum obat sebanyak 26 pasien (51%), dan yang tidak patuh minum obat adalah 25 pasien (49%). Hasil analisis statistik dengan uji square dengan menggunakan continuity correction karena total n_1 dan n_2 tidak sama. Dengan menggunakan continuity correction didapatkan nilai signifikansi $p=0,000$ ($p<0,005$) menunjukkan ada hubungan antara kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan. Hasil uji keamatan hubungan keduanya dengan menggunakan koefisien kontingensi, didapatkan hasil 0,477 yang menunjukkan hubungan yang sedang.

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan antara kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TBC.

Kata kunci : Kepatuhan Minum Obat, Keberhasilan Pengobatan TBC

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar belakang

Penyakit TBC paru (TBC) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama di dunia, karena tingginya morbiditas dan mortalitas. Pada tahun 1993, *World Health Organization* (WHO) mencanangkan kedaruratan global penyakit TBC paru, karena diperkirakan sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi kuman TBC. Di Indonesia masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, bahkan berdasarkan Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995, diketahui bahwa TBC penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi (Depkes, 2007).

Menurut WHO tahun 2004 terdapat 8,8 juta kasus baru TBC, dan tahun 2002 3,9 juta adalah kasus Basil Tahan Asam (BTA) positif (Aditama, 2006). Pada tahun 1995, diperkirakan setiap tahunnya terjadi 9 juta penderita baru TBC dengan angka kematian 3 juta orang di seluruh dunia dan di negara berkembang terdapat 95% kasus TBC dan kematian TBC merupakan 25% dari seluruh kematian (Depkes, 2007). Menurut WHO pada tahun 1999 di Indonesia angka kematian akibat TBC mencapai 140.000 orang pertahun atau

8 persen dari korban meninggal dunia di seluruh Indonesia. Risiko penularan setiap tahun dianggap cukup tinggi, yakni diantara 100.000 penduduk, 100 orang akan terinfeksi dan 50%-nya akan menularkan lagi jika tidak mendapat penanganan yang tepat (Feretny, 2007). Di Jawa Tengah, jumlah penderita TB BTA positif rata-rata meningkat 30% atau lebih dari 2.000 orang per tahun. Peningkatan ini karena ditemukan penderita baru rata-rata 33% pertahun (Kompas, 2006).

Keterlambatan dan ketidakpatuhan dalam penderita minum obat mempunyai dampak yang besar karena penderita TBC akan menularkan penyakitnya kepada lingkungan, sehingga jumlah penderita semakin bertambah. Pengobatan TBC berlangsung cukup lama sehingga sering terjadi penderita putus berobat atau menjalankan pengobatan secara tidak teratur. Kedua hal itu mempunyai dampak meningkatkan terjadinya resistensi. Lebih berbahaya lagi bila terjadi kasus dengan resistensi bermacam-macam obat (*Multi Drug Resistance/MDR*) (Aditama, 2006). Semakin meningkatnya prevalensi TBC terlebih akibat infeksi kuman TBC resisten terhadap Obat Anti TBC (OAT) maka akan mendatangkan problem yang sangat serius. Kuman TBC resisten terhadap OAT karena disebabkan oleh banyak faktor, antara lain faktor mutasi kuman, faktor kepatuhan minum penderita terhadap OAT yang diberikan (teratur minum obat/tidak), faktor lain termasuk perilaku dokter atau pelaksanaan pengobatan lainnya (Rahmatullah, 1997). Kepatuhan merupakan masalah utama, maka sejak 1995 WHO menyarankan pengawasan

langsung terhadap penderita. Pengawasan ini bisa dilakukan oleh petugas kesehatan, kader pos pelayanan terpadu (posyandu), bidan, ketua RT atau anggota keluarga yang sudah mendapatkan pelatihan. Strategi pengobatan ini disebut *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS). Seperti penelitian yang dilakukan Ekaningtyas (2007) di puskesmas Welahan periode Januari 2005 sampai dengan Desember 2006, diketahui bahwa kepatuhan minum obat merupakan salah satu faktor keberhasilan pengobatan TBC.

Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) Semarang merupakan balai rujukan TBC di kota Semarang. Oleh karena itu lokasi ini dipilih karena jumlah penderitanya hingga tahun 2005 mencapai 2309 penderita. Dari uraian diatas ini maka perlu diadakannya penelitian untuk membuktikan apakah ada hubungan kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TBC di BP4 Semarang.

1.2. Perumusan Masalah

“Bagaimanakah hubungan antara kepatuhan minum obat dan keberhasilan pengobatan TBC di BP4 Semarang?”

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan minum obat dan keberhasilan pengobatan TBC di BP4 Semarang.

1.3.2. Tujuan khusus

1.3.2.1. Untuk mengetahui jumlah penderita yang berobat TBC di BP4 Semarang periode Januari 2009 – Desember 2009

1.3.2.2. Untuk mengetahui seberapa besar keeratan hubungan kepatuhan minum obat dan keberhasilan pengobatan TBC di BP4 Semarang.

1.4. Manfaat

1.4.1. Pengembangan ilmu

Dapat menambah wawasan dan pengetahuan mengenai penyakit TBC dengan BTA positif dan menjadi bahan masukan bagi penelitian-penelitian sejenisnya.

1.4.2. Bagi masyarakat

1.4.2.1. Memberikan informasi kepada masyarakat pada umumnya dan penderita TBC pada khususnya, akan arti pentingnya keteraturan minum obat untuk mencapai kesembuhan pengobatan

1.4.2.2. Dapat menjadi evaluasi dalam rangka meningkatkan angka keberhasilan pengobatan TBC, sehingga penyakit TBC tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.TBC

2.1.1. Definisi dan Etiologi

TBC adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC. Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Depkes, 2007).

Kuman TBC berbentuk batang lurus atau sedikit melengkung, tidak berspora dan tidak berkapsul. Bakteri ini berukuran panjang 1-4 Um dan lebar 0,3-0,6 Um. Bakteri TBC ini mempunyai sifat mudah menular, kuman berbentuk batang (-), tahan asam (BTA), dapat mati dengan pemanasan (direbus), panas matahari atau dengan bahan kimia, dapat diwarnai dengan pengecatan *Ziehl Nielsen (ZN)*, *kinyoun Gabbet*, *Tan Thian Hok* dan dapat dibiakkan dengan media *Lowensten Jensen*, *Kudoh dan Ogawa* (Aditama, 2006).

Sebagian besar kuman terdiri dari asam lemak (lipid), kemudian peptidoglikan dan arabinomanan. Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisis. Kuman dapat tahan hidup pada udara kering maupun keadaan dingin. Hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat dorman. Dari sifat dorman ini kuman dapat bangkit kembali

dan menjadikan kuman TBC aktif lagi. Sifat lain kuman ini adalah aerob, sehingga kuman ini lebih suka jaringan yang tinggi kandungan oksigennya. Bagian apikal paru kandungan oksigennya lebih tinggi dari bagian lainnya sehingga bagian apikal merupakan tempat predileksi penyakit TBC (Bahar, 2001).

2.1.2. Cara Penularan

Sumber penularan adalah penderita TBC BTA positif melalui *contact person*. Penularan TBC terjadi karena kuman dibatukkan atau dibersihkan keluar menjadi droplet nuklei dalam darah. Droplet yang mengandung kuman ini dapat bertahan di udara pada suhu kamar 1-2 jam tergantung ada tidaknya sinar ultraviolet, kelembaban, dan ventilasi yang buruk (Price, 2006).

Orang yang terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup dalam saluran pernafasan. Setelah kuman TBC masuk kedalam tubuh melalui saluran pernafasan, kuman TBC tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Depkes, 2007).

Daya penularan dari seseorang penderita ditentukan oleh jumlah kuman yang terdapat di dalam paru, persebaran dalam udara bebas berupa droplet nuklei dan keadaan-keadaan seperti jumlah kuman di dalam dahak, luas dan bentuk kerusakan jaringan paru serta frekuensi batuk dari

penderita. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular (Depkes, 2007).

Penyakit TBC bukan dikarenakan penyakit turunan atau disebabkan oleh kutukan atau guna-guna. Penyakit ini juga tidak menular melalui serangga, tranfusi darah atau minum air. Orang yang tinggal serumah dengan penderita TBC juga rentan terhadap penyakit ini, karena penularan penyakit TBC melalui percikan ludah yang keluar saat penderita TBC batuk atau bersin. Jadi, keluarga perlu untuk memperhatikan pergantian udara dirumah atau lingkungan sekitar, seperti mengusahakan agar sinar matahari masuk ke dalam ruangan, menutup hidung dan mulut jika ada yang batuk, rajin berolahraga dan mengkonsumsi makanan bergizi supaya tubuh dalam kondisi bugar dan tidak mudah tertular penyakit (Aditama, 2006).

2.1.3. Klasifikasi

Sampai saat ini belum ada kesepakatan antara para klinikus, ahli radiologi, ahli patologi, mikrobiologi, dan ahli kesehatan masyarakat tentang keseragaman klasifikasi TBC (Bahar, 2001).

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe penderita TBC memerlukan suatu definisi kasus yang memberikan batasan baku setiap klasifikasi dan tipe penderita (Depkes, 2007).

Berdasarkan klasifikasi organ yang terkena TBC dibagi menjadi dua yaitu TBC paru dan ekstra paru. TBC paru adalah kuman TBC yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk pleura (selaput paru). TBC ekstra paru adalah kuman TBC yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

Sedangkan berdasarkan hasil pemeriksaan dahak (BTA) TBC paru dibagi menjadi dua yaitu TBC paru BTA positif dan TBC BTA negatif. Dikatakan TBC BTA positif jika sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak Sewaktu Pagi Sewaktu (SPS) hasilnya BTA positif, satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran TBC, satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif, satu 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. TBC paru BTA negatif jika kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif, foto toraks abnormal menunjukkan gambaran TBC, Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, ditentukan oleh dokter untuk diberi pengobatan.

Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita yaitu: kasus baru yaitu Penderita yang belum pernah diobati dengan OAT atau pernah menelan OAT kurang dari satu bulan, kasus kambuh (relaps) yaitu penderita TBC yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan TBC dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif atau biakan positif, Kasus *defaulted* atau *drop out* jika penderita yang telah menjalani pengobatan paling kurang 1 bulan atau 2 bulan sebelumnya masa pengobatan selesai dan umumnya penderita tersebut kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif, kasus gagal adalah penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke-5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan) atau akhir pengobatan, kasus kronik adalah penderita dengan hasil pemeriksaan BTA masih positif setelah selesai pengobatan ulang dengan pengobatan kategori 2 dengan pengobatan kategori 2 dengan pengawasan baik, kasus bekas TBC jika hasil pemeriksaan BTA negatif (biakan juga negatif bila ada) dan gambaran radiologis paru menunjukkan lesi TBC yang tidak aktif atau foto serial menunjukkan gambaran yang menetap. Riwayat pengobatan OAT adekuat akan lebih mendukung. Pada kasus dengan gambaran radiologi meragukan dan telah mendapatkan pengobatan OAT 2 bulan serta pada foto toraks ulang tidak ada perubahan gambaran radiologi.

2.1.4. Diagnosa

2.1.4.1. Gejala Klinis

Menurut Bahar (2001) gejala klinis TBC adalah sebagai berikut:

2.1.4.1.1. Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tetapi kadang-kadang panas badan dapat mencapai 40-41°C. serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi demikian dapat sembuh kembali. Begitulah seterusnya hilang timbulnya demam influenza ini, sehingga penderita merasa tidak pernah terbebas dari serangan demam influenza. Keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman TBC yang masuk.

2.1.4.1.2. Batuk/ batuk darah

Gejala ini banyak ditemukan. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Karena terlibatnya bronkus pada setiap penyakit tidak sama, mungkin saja batuk baru ada setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula. Sifat batuk bermula dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah

timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). Keadaan yang lanjut berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah. Kebanyakan batuk darah pada TBC terjadi pada kavitas, tetapi dapat juga terjadi pada ulkus dinding bronkus.

2.1.4.1.3. Sesak nafas

Pada penyakit yang ringan (baru tumbuh) belum dirasakan sesak nafas. Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

2.1.4.1.4. Nyeri dada

Gejala ini agak jarang dijumpai. Nyeri dada timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu penderita menarik/melepaskan nafasnya.

2.1.4.1.5. Malaise

Gejala ini dapat ditemukan berupa anoreksia tidak nafsu makan, badan makin kurus (berat badan turun), sakit kepala, meriang, nyeri otot, keringat malam dll. Gejala malaise ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara teratur.

2.1.5. Pengobatan TBC

Menurut Aditama (2006) jenis obat yang dipakai adalah : obat primer (OAT tingkat satu) dan obat sekunder (OAT tingkat dua). Obat primer terbagi menjadi Isoniazid/INH (H), rifampisin (R), Pirazinamid (Z), streptomisin (S), etambutol (E). Sedangkan obat sekunder terbagi menjadi kanamisin, amikasin, kuinolon, dan obat lain yang masih dalam penelitian yaitu makrolid, amoksisilin dan asam klavunamat.

Beberapa obat belum tersedia di Indonesia yaitu: kapreomisin, sikloferin, PAS (dulu tersedia), devivate rifampisin dan INH, thiomides (ethionamide dan prothionamide).

Dosis obat dan Panduan OAT

Tabel 2.1. Jenis dan Dosis OAT

Obat	Dosis (Mg/KgBB/hari)	Dosis yang dianjurkan		Dosis maks (Mg)	Dosis (mg)/berat badan (kg)	
		Harian (mg/KgBB/hari)	Intermet ten (mg/Kg/BB/kali)		<40	40-60 >60
R	8-12	10	10	600	300	450 600
H	4-6	5	10	300	150	300 450
Z	20-30	25	35		750	1000 1500
E	15-20	15	30		750	1000 1500
S	15-18	15	15	100	Sesuai	750 1000
				0	BB	

Sumber : Aditama, 2006

Tabel 2.2. Dosis Obat AntiTBC Kombinasi Dosis Tetap

BB	Harian (RHZE) 150/75/400 /275	Fase intensif 2 bulan		Fase lanjutan 4 bulan	
		Harian (RHZ)15 0/75/400	3x/minggu (RHZ) 150/150/500	Harian (RH) 150/75	3x/minggu (RH)150/1 50
30-37	2	2	2	2	2
38-54	3	3	3	3	3
55-70	4	4	4	4	4
>71	5	5	5	5	5

Sumber : Aditama, 2006

2.1.5.1. Paket Obat Untuk Masing-masing Kategori

Paket pengobatan TBC berdasarkan Aditama, 2006 adalah sebagai berikut :

2.1.5.1.1. Kategori I

Yang termasuk kategori ini adalah kasus TBC paru BTA (+), BTA (-) dan lesi luas. Panduan pengobatan yang dianjurkan adalah 2 RHZE/4RH atau 2 RHZE/6HE, dan terdapat juga obat yang disediakan oleh Program Nasional TBC 2 RHZE/4R3H3

2.1.5.1.2. Kategori II

Kategori ini terbagi menjadi dua kasus yaitu kasus kambuh dan kasus gagal pengobatan. Untuk kasus kambuh panduan obat yang

dianjurkan adalah RHZES/1RHZE/sesuai hasil uji resistensi atau 2RHZES/1RHZE/5RH, bila streptomisin alergi, dapat diganti dengan kanamisin. Untuk kasus gagal pengobatan, panduan obat yang dianjurkan adalah 3-6 kanamisin, ofloksasin, etionamid, sikloserin/ 15-18 ofloksasin, etionamid, sikloserin atau 2RHZES/1RHZE/5RHE

2.1.5.1.3. Kategori II

Yang termasuk dalam kategori ini adalah kasus TBC putus obat, dan panduan obat yang dianjurkan sesuai dengan lamanya pengobatan sebelumnya, lama berhenti minum obat dan keadaan klinis, bakteriologi dan radiologi saat ini atau 2RHZES/1RHZE/5R3H3E3.

2.1.5.1.4. Kategori III

Yang termasuk dalam kategori ini adalah TB paru BTA negative lesi minimal, dan panduan minum obat adalah 2RHZE/4RH atau 6 RHE atau 2RHZE/4R3H3

2.1.5.1.5. Kategori IV

Kategori ini termasuk dalam kategori kasus kronik, dengan panduan minum obat RHZES atau sesuai dengan hasil uji resistensi (minimal OAT yang sensitif) ditambah obat lini 2 (pengobatan minimal 18 bulan).

2.1.5.1.6. Kategori IV

Kategori ini termasuk kasusu *Multidrug Resisten Tuberculosis* (MDR), dengan panduan obat sesuai dengan uji resisten + OAT lini 2 atau seumur hidup.

2.1.6. Efek samping Obat

Semua obat anti TBC mempunyai efek samping yang kadarnya berbeda-beda pada tiap individu (Bahar, 2001).

Menurut Aditama (2006), efek samping masing-masing obat meliputi :

2.1.6.1. Isoniazid

Efek samping ringan dapat berupa tanda-tanda keracunan pada saraf tepi, kesemutan, rasa terbakar di kaki dan nyeri otot. Efek samping beratnya dapat berupa hepatitis imbas obat yang dapat timbul pada kurang lebih 0,5% penderita.

2.1.6.2. Rifampisin

Efek samping rifampisin terbagi menjadi dua yaitu :

2.1.6.2.1. Efek samping ringan yang dapat terjadi dan hanya memerlukan pengobatan simptomatis ialah : Sindrom flu berupa demam, menggigil dan nyeri tulang; Sindrom perut berupa sakit perut, mual, tidak nafsu makan, muntah kadang-kadang diare; Sindrom kulit seperti gatal-gatal kemerahan

2.1.6.2.2. Efek samping yang berat tetapi jarang terjadi yaitu : hepatitis imbas obat atau ikterik, purpura, anemia hemolitik yang akut, syok dan gagal ginjal, sindrom respirasi yang ditandai dengan sesak nafas.

2.1.6.3. Pirazinamid

Efek samping utama ialah hepatitis imbas obat (penatalaksanaan sesuai pedoman TBC pada keadaan khusus).

2.1.6.4. Etambutol

Dapat menyebabkan gangguan penglihatan berupa berkurangnya ketajaman, buta warna untuk warna merah dan hijau.

2.1.6.5. Streptomisin

Efek samping utamanya adalah kerusakan saraf kedelapan yang berkaitan dengan keseimbangan dan pendengaran. Risiko efek samping tersebut akan meningkat seiring dengan peningkatan dosis yang digunakan dan umur penderita.

2.2. Kepatuhan

2.2.1. Definisi

Kepatuhan adalah perilaku penderita yang mentaati semua nasihat dan petunjuk yang dianjurkan oleh kalangan tenaga medis, seperti dokter dan apoteker. Segala sesuatu yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan pengobatan, salah satunya adalah kepatuhan minum obat. Hal ini merupakan syarat utama tercapainya keberhasilan pengobatan yang dilakukan (Dina, 2009).

2.2.2. Faktor pendukung kepatuhan seseorang

Menurut Niven (2002) ada lima faktor yang mendukung kepatuhan penderita adalah sebagai berikut :

2.2.2.1. Pendidikan

Pendidikan penderita dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh penderita secara mandiri.

2.2.2.2. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian penderita yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Penderita yang lebih mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam

program pengobatan, jika tingkat ansietas terlalu rendah atau terlalu tinggi maka akan berkurang kepatuhan seseorang penderita tersebut.

2.2.2.3. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman. Kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program-program pengobatan seperti pengurangan BB, berhenti merokok, dan menurunkan konsumsi alkohol.

2.2.2.4. Perubahan model terapi

Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin, dan penderita terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut. Dengan cara ini komponen sederhana dalam program ini dapat diperkuat, dan selanjutnya dapat mematuhi komponen yang lebih kompleks.

2.2.2.5. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan penderita

Adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada penderita setelah memperoleh informasi tentang diagnosis.

2.2.3. Tingkat ketidakpatuhan

Menurut Niven (2002) ketidakpatuhan adalah sejauh mana perilaku penderita sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional

kesehatan. Penderita mungkin tidak mematuhi tujuan atau mungkin melupakan begitu saja atau salah mengerti intruksi yang diberikan.

Menurut Niven (2002) menjelaskan bahwa derajat ketidakpatuhan ditentukan oleh beberapa faktor yaitu : kompleksitas prosedur pengobatan ; derajat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan; lamanya waktu dimana penderita harus mematuhi nasihat tersebut; apakah penyakit tersebut benar-benar menyakitkan; apakah pengobatan tersebut terlihat berpotensi menyelamatkan hidup; keparahan penyakit yang dipersepsikan sendiri oleh penderita dan bukan oleh profesional kesehatan

Derajat ketidakpatuhan bervariasi sesuai dengan apakah pengobatan tersebut kuratif atau preventif, jangka panjang atau pendek (Niven, 2002) sebagaimana mengutip Sackett dan Snow menemukan bahwa ketaatan terhadap 10 hari jadwal pengobatan sejumlah 70-80% dengan tujuan pengobatan adalah mengobati, dan 60-70% dengan tujuan pengobatannya adalah pencegahan. Kegagalan untuk mengikuti program pengobatan jangka panjang, yang bukan dalam kondisi akut, dimana derajat ketidakpatuhannya rata-rata 50% dan derajat tersebut bertambah buruk sesuai waktu.

2.2.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan

Menurut Niven (2002) faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian:

2.2.4.1.Pemahaman tentang intruksi

Tak seorang pun dapat mematuhi intruksi jika ia salah paham tentang intruksi yang diberikan padanya. Sebagaimana mengutip Ley dan Spelman menemukan lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang intruksi yang diberikan pada mereka.

2.2.4.2.Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan penderita merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Sebagaimana mengutip Ley telah merumuskan petunjuk-petunjuk untuk menghasilkan kepuasan dan kepatuhan penderita dalam konteks pediatrik : lebih ramah dibandingkan urusan bisnis; ikuti sedikitnya percakapan yang tidak langsung berhubungan dengan masalah; sediakan waktu untuk bercakap-cakap dengan anak; temukan harapan-harapan ibu dan menjelaskan mengapa harapan tersebut tidak tercapai, bila harapan ini memang tidak terpenuhi; temukan keprihatinan-keprihatinan ibu dan lakukan tindakan yang sesuai; berikan informasi sesuai pertanyaan.

2.2.4.3.Isolasi sosial dan keluarga

keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima

2.2.4.4. keyakinan, sikap dan kepribadian

model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan.

2.2.5. Cara mengatasi ketidakpatuhan penderita

Menurut Niven (2002) ada lima titik rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan penderita: mengembangkan tujuan kepatuhan; perilaku sehat sangat dipengaruhi oleh kebiasaan; pengontrolan perilaku ; dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain, teman, waktu dan uang merupakan faktor-faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis; dukungan dari profesional kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan.

2.2.6. Cara meningkatkan kepatuhan

Menurut Dina (2009) cara meningkatkan kepatuhan adalah sebagai berikut: memberikan informasi kepada penderita akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan.; mengingatkan penderita untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lain; menunjukkan kepada penderita kemasan obat yang sebenarnya atau dengan cara menunjukkan obat aslinya; memberikan keyakinan kepada penderita akan efektivitas obat dalam penyembuhan; memberikan informasi resiko ketidakpatuhan; memberikan layanan

kefarmasian dengan observasi langsung, mengunjungi rumah penderita dan memberikan konsultasi kesehatan; menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multikompartemen atau sejenisnya; adanya dukungan dari pihak keluarga teman dan orang – orang disekitarnya untuk selalu mengingatkan penderita, agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan; Apabila obat yang digunakan hanya dikonsumsi sehari satu kali, kemudian pemberian obat yang digunakan lebih dari satu kali dalam sehari mengakibatkan penderita sering lupa, akibatnya menyebabkan tidak teratur minum obat.

2.2.7. Pengaruh kepatuhan penderita terhadap pengobatan

Menurut Bahar (2001) diagnosa yang tepat, pemilihan obat serta pemberian obat yang benar dari tenaga kesehatan ternyata belum cukup untuk menjamin keberhasilan suatu terapi jika tidak diikuti dengan kepatuhan penderita dalam mengkonsumsi obatnya. Menurut laporan WHO pada tahun 2003, kepatuhan rata-rata penderita pada terapi jangka panjang terhadap penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50% sedangkan di negara berkembang, jumlah tersebut bahkan lebih rendah. Kepatuhan penderita sangat diperlukan untuk mencapai keberhasilan terapi utamanya pada terapi penyakit TB.

2.3. Hubungan kepatuhan dengan keberhasilan pengobatan

Kepatuhan penderita dalam menjalani pengobatan dan keteraturan dalam minum obat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: faktor pendidikan; penderita merasa telah sembuh dan tidak perlu meneruskan minum obat lagi; merasa hasil pengobatan yang dijalani selama ini tidak ada kemajuan, bahkan merasa sakitnya tambah parah; terdapat efek samping obat sehingga memberi rasa takut penderita untuk meneruskan pengobatan; faktor ekonomi penderita berkurang; kurangnya petugas kesehatan sebagai pengunjung rumah untuk mengingatkan penderita bila lalai berobat dan minum obat; jarak yang jauh antara rumah penderita dengan puskesmas atau klinik kesehatan.

Menurut Senewa (2002) kepatuhan penderita dalam menjalankan program-program TBC Paru mempunyai pengaruh yang besar dalam keberhasilan pengobatan/kesembuhan penderita. Untuk mencapai kesembuhan diperlukan keteraturan/kepatuhan berobat setiap penderita. Pengobatan yang berlangsung cukup lama harus dilakukan secara teratur, artinya pengobatan tidak boleh terputus-putus. Untuk itu diperlukan strategi untuk menjamin kesembuhan penderita yaitu penggunaan panduan obat anti TBC dan penerapan pengawasan menelan obat atau *Directly Observed Treatment Short Course (DOTS)*.

Menurut Depkes (2007) berhasil tidaknya pengobatan TBC dapat dilihat dari hasil pengobatan penderita yang dikategorikan sebagai berikut:

2.3.1. Sembuh

Penderita telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow-up*) hasilnya negatif pada akhir pengobatan dan pada satu pemeriksaan *follow-up* sebelumnya

2.3.2. Pengobatan Lengkap

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

2.3.3. Meninggal

Adalah penderita yang meninggal dalam masa pengobatan karena sebab apapun.

2.3.4. Pindah

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

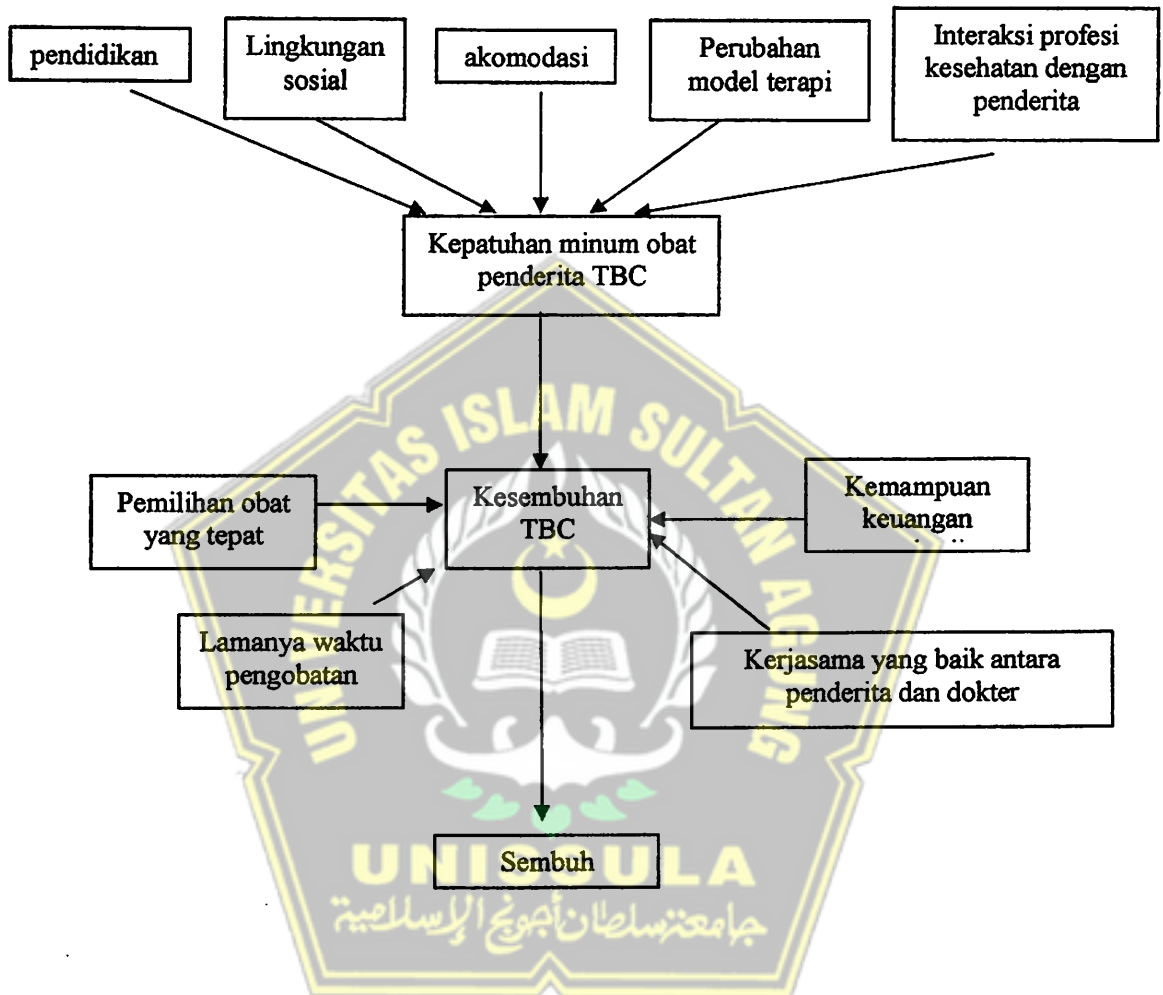
2.3.5. *Default* (Putus berobat)

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

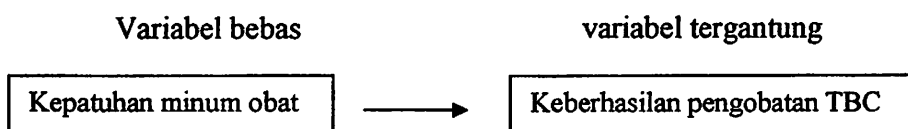
2.3.6. Gagal

Hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

2.4. Kerangka teori



2.5. Kerangka konsep



2.6. Hipotesis

Ada hubungan kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TBC

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah metode analitik observasional dengan pendekatan secara *cross sectional*.

3.2. Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1. Variabel yang diteliti :

Variabel bebas : kepatuhan minum obat

Variabel terikat : keberhasilan pengobatan TB paru

3.2.2. Definisi Operasional

3.2.2.1. Kepatuhan minum obat adalah perilaku penderita yang mentaati jadwal minum obat yang dianjurkan oleh dokter. Penderita tersebut masuk kedalam kategori kasus baru dengan paket pengobatan 2RHZE/4R3H3 selama 6 bulan. Adapun kategori terapi terbagi atas : patuh, teratur minum obat sesuai dengan anjuran dan waktunya, yang dilihat dari kartu TB 01 di BP4 Semarang. Tidak patuh apabila selama pengobatan penderita pernah tidak minum obat di BP4 Semarang.

Skala : nominal

3.2.2.2.Keberhasilan Pengobatan hasil akhir dari pengobatan penderita TBC

dilihat dari kartu TB 01 yang diisi oleh BP4. Dikatakan sembuh apabila penderita telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap, dilakukan pemeriksaan dahak sebanyak tiga kali dan pemeriksaan ulang dahak terakhir (*follow-up*) hasilnya negatif. Dan dikatakan tidak sembuh apabila penderita yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif.

Skala : nominal

3.2.3. Populasi dan sampel

3.2.3.1. Populasi

Populasi adalah penderita TBC paru BTA positif kasus baru yang menjalani pengobatan TBC paru di BP4 Semarang dari 1 Januari 2009 – 31 Desember 2009 sebanyak 129 penderita .

3.2.3.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah 51 orang, yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Balley menyatakan bahwa untuk penelitian yang akan menggunakan analisis data statistik, ukuran sampel yang paling minimum adalah 30. Gay berpendapat bahwa ukuran minimal sampel yang dapat diterima berdasarkan pada metode

penelitian yang digunakan yaitu metode deskriptif korelasional 30 subjek.

Kriteria inklusi:

- Penderita TB paru yang terdaftar di BP4 Semarang
- Penderita yang telah mendapatkan pengobatan tetap TB paru di BP4 Semarang
- Penderita dengan kasus baru
- Lamanya waktu pengobatan yaitu 6 bulan yang dilakukan di BP4 Semarang dengan paket 2RHZE/4R3H3

Kriteria eksklusi:

- Penderita yang telah mendapatkan pengobatan lain selain di BP 4 Semarang
- Penderita gagal berobat, pindah, dan meninggal.

3.4. Instrumen

Instrumen penelitian adalah berupa data sekunder dari kartu TB 01 BP4 dengan pemeriksaan BTA (+) pada awal pemeriksaan di BP 4 Semarang periode 1 Januari 2009 - 31 Desember 2009.

3.5. Cara penelitian

3.5.1. Persiapan Penelitian

Dengan merumuskan masalah, mengadakan studi pendahuluan, menentukan populasi dan sampel penelitian, rancangan penelitian serta merumuskan teknik pengumpulan data.

3.5.2. Pelaksanaan Penelitian

3.5.2.1. Mencatat data sekunder yang didapat kartu TB 01 di BP4 Semarang berupa keteraturan penderita dalam minum obat, tipe penderita, klasifikasi penyakit, dan hasil akhir pengobatan pada tahun 2009.

3.5.2.2. Membaca hasil penelitian

3.5.3. Pelaporan Penelitian

Data yang telah diperoleh kemudian melalui beberapa tahap, yaitu :

3.5.3.1. Editing

Melakukan pemeriksaan kembali apakah data yang diperoleh lengkap.

3.5.3.2. Tabulating

Kegiatan mengelompokkan data-data hasil penelitian yang selanjutnya dimasukan ke dalam tabel.

3.5.3.3. Pemasukan Data

Proses pemasukan data ke dalam computer untuk dilakukan pengolahan data sesuai kriteria. Selanjutnya data dapat dilaporkan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI).

3.6. TEMPAT DAN WAKTU

3.6.1. Tempat Penelitian

Lokasi penelitian adalah di BP4 Semarang.

3.6.2. Waktu Penelitian

Rentang waktu penelitian adalah bulan September 2009 - April 2010.

3.7. ANALISIS DATA

Analisa data yang digunakan untuk mengolah data yang diperoleh setelah data terkumpul adalah dengan menggunakan analisa diskriptif kuantitatif yaitu mendiskripsikan hasil penelitian melalui prosentase tabulasi, kemudian ditabulasi silang, sedangkan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TB paru dengan *chi square* dan untuk mengetahui keeratan hubungan dilakukan uji Koefisien Kontingensi.

Hubungan dinyatakan bermakna jika nilai signifikansi kurang dari 0,05 ($p= 0,05$). Nilai keeratan hubungan berkisar antara -1 s/d +1, adapun kriterianya sebagai berikut (Sarwono, 2006) :

- 0 - 0,25 : hubungannya sangat lemah (dianggap tidak ada)
- > 0,2 - 0,5 : hubungan cukup
- > 0,5 - 0,75 : hubungan kuat
- > 0,75 - 1 : hubungan sangat kuat



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Hasil penelitian di BP 4 Semarang didapatkan populasi sebanyak 129 penderita, kemudian setelah dilakukan pemilihan sampel didapatkan 78 penderita yang tereksklusi karena penderita yang gagal berobat, pindah, dan meninggal tidak bisa masuk kedalam sampel, sehingga sampel yang digunakan sebanyak 51 penderita.

Tabel 4.1. Karakteristik Sampel Penelitian

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
12-19 tahun	4	7,8%
20-39 tahun	26	50,9%
40-60 tahun	18	35,5
>60 tahun	3	5,8%
Total	51	100 %

Dari tabel 4.1 dapat dilihat karakteristik usia penderita paling banyak adalah usia 20-39 tahun (50, 9%), sedangkan penderita paling sedikit adalah usia >60 tahun (5,8%).

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Kepatuhan Minum Obat

	Frekuensi	Persentase (%)
Patuh	26	51,0%
Tidak Patuh	25	49,0%
Total	51	100 %

Dari tabel 4.2. dapat dilihat bahwa dari 51 kasus penderita TB Paru yang patuh minum obat sebanyak 26 orang atau 51,0% dan yang tidak patuh minum obat adalah sebanyak 25 orang atau 49,0%.

Tabel 4.3. Frekuensi Keberhasilan pengobatan

	Frekuensi	Persentase (%)
Sembuh	32	62,7%
Tidak Sembuh	19	37,3%
Total	53	100 %

Dari tabel 4.3. dapat dilihat bahwa dari 51 kasus penderita TBC yang sembuh adalah sebanyak 32 orang atau 62,7%, dan yang tidak sembuh sebanyak 19 orang atau 37,3%.

Tabel 4.4. Hasil Tabulasi Silang Kepatuhan Minum Obat dengan Keberhasilan Pengobatan TBC

	Keberhasilan Pengobatan		Total
	Sembuh	Tidak Sembuh	
Patuh	23 (45,1%)	3 (5,9%)	26 (51,0%)
Tidak Patuh	9 (17,6%)	16 (31,4%)	25 (49,0%)
Total	32 (62,7%)	19 (37,3%)	51 (100,0)

Dari tabel 4.4. dapat dilihat dari 51 penderita, 23 penderita sembuh (45,1%) karena patuh minum obat, namun terdapat 3 penderita yang tidak sembuh walaupun patuh minum obat (5,9%). Dari total 25 penderita yang tidak patuh

minum obat 16 penderita (31,4%) diantaranya tidak sembuh, tetapi 9 lainnya (17,6%) sembuh.

Uji Chi-Square dengan menggunakan *continuity correction* karena total n_1 dan n_2 tidak sama. Dengan menggunakan *continuity correction* didapatkan hasil $p=0,000$, karena nilai $p<0,005$ sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TBC. Untuk mengetahui keeratan hubungan keduanya digunakan koefisien kontingensi, didapatkan hasil 0,477 yang menunjukkan hubungan sedang karena angkanya berkisar antara 0,40-0,599. Tidak adanya tanda negatif (-) menunjukkan arah hubungan yang positif yaitu semakin patuh minum obat maka keberhasilan pengobatan semakin tinggi.

4.2. Pembahasan

Dari hasil penelitian didapatkan hubungan yang sedang antara kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TBC dan memiliki hubungan yang searah yaitu semakin tinggi tingkat kepatuhan minum obat maka keberhasilan pengobatan semakin tinggi. Hal ini sesuai dengan teori Senewa (2002) bahwa kepatuhan penderita dalam menjalankan program-program TBC Paru mempunyai pengaruh yang besar dalam keberhasilan pengobatan/kesembuhan penderita.

Hasil penelitian yang di analisis dengan uji *chi-square* didapatkan hasil yang searah, di mana hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi kepatuhan

minum obat penderita maka semakin besar tingkat angka keberhasilan pengobatan TBC. Sebagaimana penelitian Ekaningtyas (2007) yang dilakukan di Puskesmas Welahan menunjukkan hasil penderita TBC yang tidak patuh minum obat mempunyai resiko kegagalan kesembuhan 14,833 dan interval kepercayaan 95% antara 6,894 sampai 32,123. Dengan demikian maka rasio prevalensi tersebut dikatakan bermakna, berarti ketidakpatuhan merupakan faktor risiko kegagalan pengobatan atau dengan kata lain penderita yang tidak patuh mempunyai resiko kegagalan pengobatan 14,833 kali lebih besar daripada penderita yang patuh minum obat. Dan untuk mencapai kesembuhan diperlukan keteraturan/kepatuhan berobat setiap penderita, sehingga semakin patuh penderita maka semakin besar angka kesembuhan penderita.

Adanya perbedaan yang signifikan pada keberhasilan pengobatan antara penderita yang patuh dan yang tidak patuh menunjukkan bahwa kepatuhan merupakan faktor resiko pada keberhasilan pengobatan. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan pendapat Smet (1994) yang menyatakan bahwa keberhasilan terapi sangat erat hubungannya dengan kepatuhan penderita dalam menjalankan pengobatan baik berupa patuh minum obat, patuh datang ketempat pelayan kesehatan, patuh minum obat sesuai dengan dosis yang dianjurkan dan mengikuti petunjuk medis.

Kepatuhan minum obat merupakan kunci keberhasilan pengobatan TB paru. Menurut Aditama (2006) tidak berhasilnya pengobatan TBC ini erat sekali hubungannya dengan lama pengobatan, dan penderita yang tidakpatuh minum

obat mulai timbul dan meningkat cepat setelah 2-3 bulan pertama dari pengobatan. Namun di penelitian ini menunjukkan hasil hubungan antara kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TBC tidak erat tetapi hanya sedang, hal ini bisa dikarenakan jumlah sampel yang sedikit (51 sampel) sehingga hasil yang didapatkan kurang akurat.

Ketidak patuhan penderita bisa di sebabkan karena beberapa hal antara lain pendidikan penderita yang tidak terlalu tinggi sehingga kesadaran akan kesembuhan masih kurang, selain itu bisa juga disebabkan karena kemalasan penderita minum obat akibat lamanya waktu pengobatan yang menyebabkan penderita menjadi bosan. Tingkat ekonomi yang rendah dari penderita bisa menjadi faktor yang menyebabkan ketidaksembuhan penderita, karena untuk mencapai ke fasilitas pengobatan (BP4 Semarang) penderita membutuhkan biaya apalagi jika jarak antara rumah penderita dengan BP4 Semarang jauh. Disamping itu interaksi antara penderita dan dokter juga bisa mempengaruhi kesembuhan penderita, karena kurangnya interaksi dapat menyebabkan penderita malas berobat yang berakibat ketidaksembuhan penderita (Niven, 2002).

Untuk mendapatkan hasil peneitian yang lebih akurat hendaknya peneliti menggunakan data primer berupa kuisisioner yang berisi tentang identitas, lingkungan, sosial ekonomi, riwayat pendidikan, dan keteraturan minum obat penderita kemudian dihubungkan dengan hasil data dari BP4 Semarang apakah penderita sembuh atau tidak.

Pada penelitian ini memiliki beberapa kelemahan yaitu sulitnya menyingkirkan faktor-faktor yang berasal dari penderita itu sendiri, misalnya penderita sebenarnya tidak patuh minum obat tetapi tetap rutin mengambil obat sesuai jadwal di BP4 Semarang. Kelemahan lainnya yaitu banyaknya penderita yang masuk ke dalam kriteria eksklusi seperti misalnya penderita yang meninggal, pindah berobat, gagal pengobatan, yang menyebabkan jumlah sampel menjadi sedikit dan menjadikan penelitian menjadi kurang akurat.



BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Ganbaran distribusi kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TBC adalah :

- 5.1.1. Jumlah penderita yang berobat di BP4 Semarang periode Januari 2009-Desember 2009 adalah 129 penderita.
- 5.1.2. Adanya hubungan antara kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TBC di BP4 Semarang.
- 5.1.3. Keeratan hubungan antara kepatuhan minum obat dengan keberhasilan pengobatan TBC di BP4 Semarang didapatkan hasil sedang dengan hasil 0,477.

5.2. Saran

- 5.2.1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk memperbaiki kelemahan penelitian ini yaitu dengan cara memberikan kuisisioner tentang kepatuhan minum obat penderita di rumah, karena form TB 01 sebagai instrument penelitian hanya mencantumkan kepatuhan pengambilan obat sesuai jadwal, sehingga tidak bias ditelusuri apakah penderita tersebut patuh minum obat atau tidak.
- 5.2.2. Untuk penelitian lebih lanjut bisa digunakan jumlah sampel yang lebih banyak sehingga hasil penelitian lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y., 2006, *Pedoman Diagnosis dan penatalaksanaan di Indonesia*, Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, Jakarta.
- Bahar, A., 2007, *TBC Paru*, dalam Soeparman, Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid II Edisi ketiga, Balai Penerbit FK UI, Jakarta, 819-892.
- Depkes, RI., 2007, *Pedoman Nasional Penanggulangan TBC*, Depkes, Jakarta.
- Dina, 2009, *Kepatuhan Minum Obat (Compliance)*, Farmakologi, Jakarta.
- Ekaningtyas, L., 2007, *Kepatuhan Minum Obat Sebagai Faktor Resiko Keberhasilan Pengobatan TBC di Puskesmas Welahan*, KTI, FK Unissula, Semarang, 62-64.
- Ferietny., Hasan, B., Lazuardi, L., 2007, *Kontinuitas Pelayanan Dalam Pengobatan Penderita TBC Paru di Kabupaten Tanah Datar Provinsi Sumatra Barat*, Yogyakarta.
- Kompas, 2006, *Harapan Sembuh Penderita TBC Terbuka*, Jawa Tengah.
- Misnadiarly., 2006, *Penyakit Infeksi TB Paru dan Ekstra Paru : Mengenal, mencegah, Menanggulangi, TBC Paru, Ekstra Paru, Anak, dan Kehamilan*, Pustaka Obor, Jakarta.
- Niven, N., 2002, *Psikologi Kesehatan*, edisi kedua, EGC, Jakarta, 192-198.
- Price, S.A., Wilson, L.M., 2006, *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, Edisi 6, Volume 2, EGC, Jakarta, 183-184.
- Rachmatullah, P., 1997, *Perilaku Penderita TBC dan Dokter dalam Terjadinya Resistensi Terhadap OAT*, Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK UNDIP RSU Pusat dr. Kariadi Semarang, Semarang, 279, 286-288.
- Sastroasmoro, S., Ismael, S., 1995, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Binapura Aksara, Jakarta, 67-77.

Sarwono, J., 2006, *Analisis Riset dengan SPSS*, Andi, Yogyakarta.

Senewa, P. F, 2002, *Buletin Penelitian Kesehatan*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, 31-38.

Smet, B., 1994, *Psikologi Kesehatan*, PT.Grasindo, Jakarta, 250-259.

