

**“THE RELATIONSHIP OF TB PATIENT CHARACTERISTICS TO THE  
LEVEL OF TREATMENT IN PUSKESMAS BAROMBONG MAKASSAR”**

**“HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN TB TERHADAP TINGKAT  
KETAATAN BEROBAT DI PUSKESMAS BAROMBONG MAKASSAR”**



*Skripsi Ini Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh  
Gelar Sarjana Kedokteran*

**TURI PUJI CORA GAU  
10542 0214 10**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR  
2015**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
MAKASSAR**

**TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK**

**Judul Skripsi :**

**“HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN TB TERHADAP TINGKAT  
KETAATAN BEROBAT DI PUSKESMAS BAROMBONG MAKASSAR”**

**MAKASSAR, 23 APRIL 2015**

**PEMBIMBING**

  
**dr. Dara Ugi, M.Kes.**

**PANITIA SIDANG UJIAN**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
MAKASSAR**

Skripsi dengan judul **“HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN TB TERHADAP TINGKAT KETAATAN BEROBAT DI PUSKESMAS BAROMBONG MAKASSAR”** telah diperiksa, disetujui, serta dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar pada :

Hari/Tanggal : Jumat/13 Maret 2015  
Waktu : 09.00 – 17.00 WITA  
Tempat : Ruang Seminar Lantai 2 Fak. Kedokteran Unismuh

**Ketua Tim Penguji :**



**(dr. Dara Ugi, M.Kes)**

**Anggota Tim Penguji :**

**Anggota I**

**Anggota II**



**(dr. Sri Asriyani, Sp.Rad. M.Med.Ed.)**



**(Prof. Dr. H. Abd Rahman Getteng, MA)**

## KATA PENGANTAR



Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanahu wa ta'ala yang telah memberikan rahmat dan hidayah-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Karakteristik Pasien TB Terhadap Tingkat Ketaatan Berobat Pasien Di Puskesmas Barombong Makassar”.Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh derajat Sarjana Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah dan wawasan, khususnya faktor – faktor yang mempengaruhi angka kejadian putus berobat pasien tuberkulosis.

Skripsi ini dapat penulis selesaikan dengan bantuan berbagai pihak, sehingga sudah sepantasnya penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Rektor (DR. Irwan Akib, M. Pd) dan segenap birokrasi institusi Universitas Muhammadiyah Makassar yang telah menyediakan fasilitas dan kemudahan berupa instrument – instrument dimana penulis penulis menimba ilmu.
2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar; dr. H. Mahmud Ghaznawie, PhD., Sp.PA (K) beserta staf pegawai yang telah

memberikan bantuan kepada penulis selama menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar.

3. Segenap Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar atas ilmu yang telah diberikan kepada penulis, semoga bermanfaat dunia dan akhirat.
4. dr. Dara Ugi, M.kes selaku pembimbing yang dengan kesediaan, keikhlasan dan kesabaran meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis mulai dari penyusunan proposal sampai pada penulisan skripsi ini.
5. Bapak Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan, Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah yang telah memberikan izin/rekomendasi penelitian.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kesehatan Kota Makassar, beserta seluruh staf, Pegawai Dinas Kesehatan Kota Makassar
7. Kepala Puskesmas Barombong Makassar, beserta seluruh staf, Pegawai atas kerjasama dan bimbingannya.
8. dr. Sri Asriyani, Sp.Rad. M.Med.Ed selaku penguji yang telah memberikan bimbingan dan masukan yang positif selama penyusunan skripsi.
9. Prof.Dr.H.Abd Rahman Getteng, MA atas bimbingan dan arahan yang diberikan selama proses penyusunan skripsi

10. Ayahanda Abdul Karim Rachman dan Ibunda Sarialang Nuhung for bringing me into this world, for being my number one supporter since day one, for always believing in me, always pray for me, attention, patience, for advice and loving me.
11. Adikku tersayang Mahathir Muhammad Sarka dan Subi Khatul Fadhika for being the best brother and sister anyone could have.
12. Kak Agus atas bantuan serta dukungan kakak, special thanks to Sidiq atas hiburannya selama proses penyusunan skripsi.
13. Buat Saudaraku bukan sahabatku Iin alfriani amfran Dachniar dwi astuti Diyah sasmi kurina panoet for the friendship all the time we have spent together in hypothalamus class, for making Makassar my very warm second home.
14. Semua teman – teman angkatan HYPOTHALAMUS'10, Yang tidak dapat disebut satu persatu, teman seperjuangan yang menguatkan dan menyenangkan.
15. Kak aksa thanks for coming into my world in the right time giving spirit
16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu selesainya skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diharapkan. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan. Amin.

Makassar, 23 April 2015

Penulis

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR  
SKRIPSI, MARET 2015**

**TURI PUJI CORA GAU (10542 0214 10)  
dr. Dara Ugi, M.kes**

**"THE RELATIONSHIP OF TB PATIENT CHARACTERISTICS TO THE  
LEVEL OF TREATMENT IN PUSKESMAS BAROMBONG MAKASSAR".**

**Background:** Tuberculosis is a contagious disease caused by germs (*Mycobacterium Tuberculosis*) most tuberculosis attacks the lungs, but also other parts. Source of transmission is positive tuberculosis BTA (acid-resistant bacillus) patient, at the time of coughing and sneezing, the patient spread the germs into the air in spark form (droplet nuclei). Once a cough can produce about 3000 sparks. Generally transmission occurs in a room where sputum splashes are in a long time. Ventilation can reduce the amount of spark, while direct sunlight can kill germs. Splashes can last for several hours in a dark and humid state. Characteristics of TB patients is very important to know whether there is a correlation between the characteristics of TB patients to the level of observation of treatment at Puskesmas Barombong Makassar. **Objective:** This study aims to determine the relationship of TB patient characteristics to the level of observance of medication at Puskesmas Barombong Makassar. **Method:** This research was conducted at Puskesmas Barombong Makassar. The design of this research is analytic observational with cross sectional approach, the measurement of the variables is done only 1 time at 1 time. The data used are primary and secondary data where the primary data obtained by using questionnaires while secondary data obtained in medical records data of TB patients. **Results:** Distribution of respondents by age shows that from 40 respondents who are categorized as high medication, the number of adult respondents is more than 28 people (70,0%) than respondent which is category of adolescent that is 12 person (30,0%). Of the 40 respondents who are categorized as low medication, the number of adult respondents is still more than 36 people (90.0%) than the respondent which is in the category of children is 4 people (10,0%). The result of statistical test with chi square obtained p value = 0,025 ( $p < 0,05$ ) means  $H_0$  is rejected. This indicates that there is a relationship between age with treatment compliance. Distribution of respondents by sex shows that from 40 respondents who are categorized as high medication, the number of female respondents is more than 27 people (67,5%) than male respondents 13 people (32,5%). Of the 40 respondents who were categorized as low medication, the number of male respondents was 25 persons (62.5%) compared to female respondents ie 15 people (37.5%)

The result of statistical test with chi square obtained p value = 0,007 ( $p < 0,05$ ) means  $H_0$  is rejected. This shows that there is a relationship between the sex with the

observance of treatment. Distribution of respondents based on education shows that from 40 respondents who are categorized as high medication, the number of respondents with higher education is 22 persons (55.0%) than the low educated respondents, 18 persons (45.0%). Of the 40 respondents who were categorized as low medication, the number of respondents with low education was more than 30 people (75.0%) than the respondents who had high education, 10 people (25.0%). Result of statistical test with chi square obtained p value = 0,006 ( $p < 0,05$ ) means  $H_0$  rejected. This shows that there is a correlation between education and treatment compliance. Distribution of respondents based on employment shows that from 40 respondents who are categorized as high medication, the number of respondents who do not work more than is 26 people (65,0%) than respondent work that is 14 people (35,0%). As for the 40 respondents who are categorized as low treatment, the number of respondents who work more is 28 people (70.0%) than the respondents who do not work is 12 people (30.0%) .The result of statistical test with chi square obtained p value = 0.002 ( $p < 0.05$ )  $H_0$  is rejected. This shows that there is a relationship between the work with the observance of treatment. Distribution of respondents by income shows that from 40 respondents who are categorized as high medication, the number of respondents who have income below Rp.1.000.000, - more than is 32 people (80,0%) than respondents who have income above or equal to Rp.1.000.000, - that is 8 people (20,0%). As for 40 respondents belonging to low treatment category, the number of respondents who have income below Rp.1.000.000, - still remain more than is 38 people (95,0%) than respondents who have income above or equal to Rp.1.000 , - ie 2 people (5.0%). The result of statistical test with chi square obtained p value = 0,043 ( $p < 0,05$ ) means  $H_0$  is rejected. This indicates that there is a relationship between income with treatment compliance. Distribution of respondents based on marital status indicates that from 40 respondents belonging to high medication category, the number of respondents who have married more is 28 people (70.0%) than the unmarried respondents is 12 people (30.0%). Of the 40 respondents who are categorized as low medication, the number of respondents who have not married more is 28 people (70.0%) than the respondents who have married is 12 people (30.0%). The result of statistical test with chi square obtained p value = 0.000 ( $p < 0,05$ ) means  $H_0$  is rejected. This shows that there is a relationship between marital status with the observance of treatment.

**Conclusion:** This study concludes that there is a correlation between age, sex, education, occupation, income, marital status with the level of observance of TB treatment patients at Puskesmas Barombong Makassar.

**Keywords:** *Characteristics of TB Patients, Degree of Obedience Medication*

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR  
SKRIPSI, MARET 2015**

**TURI PUJI CORA GAU (10542 0214 10)**

**dr. Dara Ugi, M.kes**

**“HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN TB TERHADAP TINGKAT KETAATAN  
BEROBAT DI PUSKESMAS BAROMBONG MAKASSAR”.**

**Latar belakang** : *Tuberkulosis* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman (*Mycobacterium Tuberculosis*) kebanyakan *tuberkulosis* menyerang paru, namun juga bagian lainnya. Sumber penularan adalah pasien *Tuberkulosis* BTA (basil tahan asam) positif, pada waktu batuk dan bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Karakteristik pasien TB sangat penting untuk mengetahui apakah ada hubungan antara karakteristik pasien TB terhadap tingkat ketaatan berobat di Puskesmas Barombong Makassar. **Tujuan** : Penelitian ini bertujuan Untuk mengetahui hubungan karakteristik pasien TB terhadap tingkat ketaatan berobat di Puskesmas Barombong Makassar. **Metode** : Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Barombong Makassar. Desain penelitian ini adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional*, yang pengukuran variabel-variabelnya dilakukan hanya 1 kali pada 1 waktu . Data yang digunakan adalah *data primer* dan *sekunder* yang dimana data primer didapatkan dengan menggunakan kuesioner sedangkan data sekunder didapatkan pada data catatan medik pasien TB. **Hasil** : Distribusi responden berdasarkan umur menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden orang dewasa lebih banyak yaitu 28 orang (70,0%) dibandingkan responden yang termasuk kategori anak-remaja yaitu 12 orang (30,0%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah responden orang dewasa tetap masih lebih banyak yaitu 36 orang (90,0%) dibandingkan responden yang termasuk kategori anak-remaja yaitu 4 orang (10,0%). Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,025$  ( $p<0,05$ ) berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara umur dengan ketaatan berobat. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden perempuan lebih banyak yaitu 27 orang (67,5%) dibandingkan responden yang laki-laki 13 orang (32,5%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah

responden laki-laki lebih banyak yaitu 25 orang (62,5%) dibandingkan responden perempuan yaitu 15 orang (37,5%). Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,007$  ( $p<0,05$ ) berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan ketaatan berobat. Distribusi responden berdasarkan pendidikan menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden yang berpendidikan tinggi lebih banyak yaitu 22 orang (55,0%) dibandingkan responden yang berpendidikan rendah yaitu 18 orang (45,0%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah responden yang berpendidikan rendah lebih banyak yaitu 30 orang (75,0%) dibandingkan responden yang berpendidikan tinggi yaitu 10 orang (25,0%). Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,006$  ( $p<0,05$ ) berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan ketaatan berobat. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden yang tidak bekerja lebih banyak yaitu 26 orang (65,0%) dibandingkan responden yang bekerja yaitu 14 orang (35,0%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah responden yang bekerja lebih banyak yaitu 28 orang (70,0%) dibandingkan responden yang tidak bekerja yaitu 12 orang (30,0%). Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,002$  ( $p<0,05$ )  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pekerjaan dengan ketaatan berobat. Distribusi responden berdasarkan pendapatan menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden yang memiliki pendapatan di bawah Rp.1.000.000,- lebih banyak yaitu 32 orang (80,0%) dibandingkan responden yang memiliki pendapatan di atas atau sama dengan Rp.1.000.000,- yaitu 8 orang (20,0%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah responden yang memiliki pendapatan di bawah Rp.1.000.000,- masih tetap lebih banyak yaitu 38 orang (95,0%) dibandingkan responden yang memiliki pendapatan di atas atau sama dengan Rp.1.000.000,- yaitu 2 orang (5,0%). Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,043$  ( $p<0,05$ ) berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendapatan dengan ketaatan berobat. Distribusi responden berdasarkan status perkawinan menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden yang telah kawin lebih banyak yaitu 28 orang (70,0%) dibandingkan responden yang belum kawin yaitu 12 orang (30,0%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah responden yang belum kawin lebih banyak yaitu 28 orang (70,0%) dibandingkan responden yang telah kawin yaitu 12 orang (30,0%). Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,000$  ( $p<0,05$ ) berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara status pernikahan dengan ketaatan berobat.

**Kesimpulan** : Penelitian ini menyimpulkan bahwa ada hubungan antara umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status perkawinan dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di Puskesmas Barombong Makassar.

**Kata kunci** : *Karakteristik Pasien TB, Tingkat ketaatan Berobat*

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>vii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
A. Tinjauan umum tentang TB Paru .....	6
1. Sejarah TB Paru .....	6
2. Pengertian Kuman Tuberkulosis.....	7
3. Patogenesis.....	8
4. Tatalaksana Pasien Tuberkulosis .....	15
B. Ketaatan Berobat Pada Pasien Tuberkulosis.....	25
1. Pengertian.....	25
2. Faktor Yang Mempengaruhi Ketaatan Berobat Pada Pasien Tuberkulosis.....	26
C. Strategi Nasional Program Pengendalian TB Nasional (DOTS) .....	38
1. Pengertian DOTS .....	38

2. Kunci Utama DOTS .....	39
3. Alasan Perlunya DOTS .....	39
4. Tujuan Program DOTS .....	40
D. Faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Perilaku Pengobatan Pasien TB .....	40
E. Kerangka Teori.....	42
F. Dasar Pemikiran .....	43
<b>BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFENISI OPERASIONAL .....</b>	<b>44</b>
A. Kerangka Konsep .....	44
B. DEFENISI OPERASIONAL .....	45
C. HIPOTESIS.....	49
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>51</b>
A. Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	51
B. Desain Penelitian.....	51
C. Populasi dan Sampel Penelitian .....	51
D. Besar Sampel.....	52
E. Teknik Pengumpulan Data.....	52
F. Analisis Data .....	53
G. Penyajian Data .....	54
H. Etika Penelitian .....	54
<b>BAB V HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>56</b>
A. Gambaran umum lokasi penelitian.....	56
1. Letak Geografis .....	56
2. Sosial Budaya.....	57
3. Kesehatan.....	57
4. Hasil Penelitian .....	58

<b>BAB VI PEMBAHASAN.....</b>	<b>69</b>
A. Hubungan antara Umur Terhadap Ketaatan Berobat .....	70
B. Hubungan antara Jenis Kelamin Terhadap Ketaatan Berobat.....	70
C. Hubungan antara Pendidikan Terhadap Ketaatan Berobat .....	72
D. Hubungan antara Pekerjaan Terhadap Ketaatan Berobat.....	75
E. Hubungan antara Pendapatan Terhadap Ketaatan Berobat .....	76
F. Hubungan antara Status Perkawinan Terhadap Ketaatan Berobat.....	77
<b>BAB VII TINJAUAN KEISLAMAN .....</b>	<b>79</b>
<b>BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>84</b>
A. KESIMPULAN.....	84
B. SARAN .....	84

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Jenis, Sifat dan Dosis OAT .....	18
2. Dosis Untuk Pasien OAT KDT Untuk Kategori 1 .....	19
3. Dosis untuk panduan OAT KDT kategori 2 .....	20
4. Tindak Lanjut Hasil pemeriksaan Ulang Dahak .....	23
5. Efek Samping Ringan OAT .....	33
6. Efek Samping Berat OAT .....	34
7. Hubungan Karakteristik Pasien Berdasarkan Ketaatan di Puskesmas Barombong Makassar.....	58
8. Hubungan Karakteristik Pasien Berdasarkan Umur di Puskesmas Barombong Makassa.....	59
9. Hubungan Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Barombong Makassar.....	59
10. Hubungan Karakteristik Pasien Berdasarkan Pendidikan di Puskesmas Barombong Makassar.....	60
11. Hubungan Karakteristik Pasien Berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Barombong Makassar.....	60
12. Hubungan Karakteristik Pasien Berdasarkan Pendapatan di Puskesmas Barombong Makassar.....	61
13. Hubungan Karakteristik Pasien Berdasarkan Status Perkawinan di Puskesmas Barombong Makassar.....	61
14. Hubungan Karakteristik Umur Berdasarkan Ketaatan di Puskesmas Barombong Makassar.....	62
15. Hubungan Karakteristik Jenis Kelamin Berdasarkan Ketaatan di Puskesmas Barombong Makassar .....	63

16. Hubungan Karakteristik Pendidikan Berdasarkan Ketaatan di Puskesmas Barombong Makassa.....	64
17. Hubungan Karakteristik Pekerjaan Berdasarkan Ketaatan di Puskesmas Barombong Makassar.....	65
18. Hubungan Karakteristik Pendapatan Berdasarkan Ketaatan di Puskesmas Barombong Makassar.....	66
19. Hubungan Karakteristik Status Perkawinan Berdasarkan Ketaatan di Puskesmas Barombong Makassar .....	67

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

*Tuberkulosis* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman (*Mycobacterium Tuberculosis*) kebanyakan *tuberkulosis* menyerang paru, namun juga bagian lainnya. Sumber penularan adalah pasien *Tuberkulosis* BTA (basil tahan asam) positif, pada waktu batuk dan bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab<sup>6</sup>.

Pada tahun 2012, dilaporkan terdapat 9.951 kasus baru tuberkulosis di United States, dengan insiden 3.2 kasus per 100,000 populasi. Ini pertama kali dalam sejarah United State terjadi penurunan kasus TB di bawah 10.000 sejak dilaporkan pada tahun 1953<sup>4</sup>.

Saat ini Indonesia merupakan negara kelima dengan beban terbesar TB dunia setelah India, Cina, Afrika Selatan dan Nigeria. Menurut WHO (2009), estimasi prevalensi TB semua kasus adalah 566.000 atau 244 per 100.000 population dan estimasi angka insiden berjumlah 528.000 kasus baru per tahun

(228 per 100.000 population). Insiden kasus TB BTA+ diperkirakan sebesar 102 per 100.000 population, sekitar 236.000 pasien TB dengan BTA+ per tahun<sup>7</sup>.

Beberapa provinsi yang diantaranya mempunyai angka prevalensi di atas angka nasional, yaitu provinsi NAD, Sumatra Barat, Riau, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Banten, NTB, NTT, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Papua Barat, dan Papua<sup>5</sup>.

Pengobatan TB yang tidak tuntas, dapat menyebabkan penyakit tidak sembuh, atau bahkan menjadi berat. Selain kemungkinan dapat menularkan penyakit pada orang lain, penyakit semakin sukar diobati. Kemungkinan kuman menjadi kebal sehingga diperlukan obat yang lebih kuat dan mahal. Jika sudah terjadi kekebalan obat, perlu waktu lama untuk sembuh dan berisiko tinggi menularkan kuman yang sudah kebal obat pada orang lain (WHO,2006). Resistensi obat anti tuberkulosis terjadi akibat pengobatan tidak sempurna, putus berobat atau karena kombinasi obat anti tuberkulosis tidak adekuat<sup>10</sup>.

Studi Kasus Hasil Pengobatan Tuberkulosis Paru di 10 Puskesmas di DKI (Departemen Kesehatan Indonesia) Jakarta pada tahun 1996-1999 menunjukkan bahwa kasus putus pengobatan OAT adalah cukup besar yakni sebanyak 20,4% (53 kasus) dari 220 kasus.

Strategi DOTS pengobatan jangka pendek dengan pengawasan langsung minum obat belum banyak diterapkan Rumah Sakit yang ada di Indonesia. Hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh tim TB External Monitoring Mission

pada tahun 2005 dan evaluasi yang dilakukan oleh WHO serta program nasional TB menunjukkan bahwa meskipun angka penemuan kasus TB di rumah sakit cukup tinggi, angka keberhasilan pengobatan masih rendah yaitu 50% dengan angka putus berobat yang mencapai 50% sampai 80%<sup>5</sup>. Berbagai program telah dicanangkan demi menuntaskan masalah yang timbul akibat TB Paru dan salah satunya adalah strategi DOTS (*Direct Observed Treatment Short-course*). Program ini telah terbukti dengan menunjukkan angka kesembuhan pasien menjadi >85%<sup>6</sup>. Walaupun demikian, muncul kasus TB yang lebih rumit dan lebih kompleks dalam pengobatan TB Paru di dunia dan termasuk Indonesia, antara lain riwayat pengobatan pasien TB yang berpindah tempat berobat, kegagalan pengobatan, putus pengobatan, pengobatan yang tidak benar sehingga mengakibatkan terjadinya kemungkinan resistensi primer kuman TB terhadap obat anti Tuberkulosis atau Multi Drug Resistance (MDR)<sup>3,8</sup>

Kota Makassar yang berpenduduk sekitar 1,3 juta jiwa merupakan daerah yang memiliki jumlah penderita Tuberkulosis (TB) terbanyak di Sulawesi Selatan yakni 1.532 orang dari sekitar 18.000 penderita yang tersebar di 23 kabupaten/kota di Sulsel<sup>1</sup>.

Penentu paling penting menular atau tidaknya pasien yakni kepatuhan terapi. Kepatuhan pasien TB terhadap terapi yang ia jalani memiliki peran yang besar dalam memutuskan mata rantai penularan TB paru<sup>5</sup>. Kesembuhan yang ingin dicapai diperlukan keteraturan berobat bagi setiap penderita. Panduan OAT jangka pendek dan peran peran Pengawas minum obat (PMO) strategi untuk menjamin kesembuhan

penderita<sup>2</sup>. walaupun obat yang digunakan baik tetapi apabila penderita tidak berobat dengan teratur maka umumnya hasil pengobatan akan mengecewakan<sup>2,13</sup>. pasien yang patuh berobat sebanyak 86,48% dengan karakteristik usia 20-tahun, laki-laki, pendidikan terakhir SMA-sederajat, memiliki pengetahuan baik tentang penyakit TB paru, dan tidak mengeluhkan adanya efek samping obat. Pasien TB paru yang tidak patuh berobat sebanyak 13,51% dengan karakteristik usia 20-49 tahun, perempuan, pendidikan terakhir SD, memiliki pengetahuan buruk tentang penyakit TB paru, dan mengeluhkan adanya gejala efek samping obat<sup>9</sup>.

## **B. Rumusan Masalah**

1. Untuk mengetahui hubungan karakteristik pasien TB terhadap tingkat ketaatan berobat di Puskesmas Barombong Makassar.
2. Apakah ada hubungan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status perkawinan dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di Puskesmas Barombong Makassar.

## **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan Umum :  
Untuk mengetahui hubungan karakteristik pasien TB terhadap tingkat ketaatan berobat di Puskesmas Barombong Makassar.
2. Tujuan Khusus :

Apakah ada hubungan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status perkawinan dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di Puskesmas Barombong Makassar.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Bagi Peneliti

Diperolehnya wawasan pengetahuan dan pengalaman tentang cara melakukan penelitian khususnya tentang karakteristik pasien tuberculosis terhadap ketaatan berobat.

##### 2. Bagi Ilmu Pengetahuan (Ilmiah)

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasana ilmu pengetahuan Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar. Sebagai bahan atau sumber yang digunakan sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan tuberculosis.

##### 3. Bagi Puskesmas

Sebagai bahan evaluasi program dalam penatalaksanaan program TB serta meningkatkan kualitas dan efektifitas ketaatan berobat pasien *tubekulosis*

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan umum tentang TB paru**

##### **1. Sejarah TB Paru**

Penyakit Tuberkulosis Paru sudah sejak lama ada di muka bumi ini. Peninggalan tertua penyakit ini antara lain seperti tampak pada tulang-tulang vertebra manusia di Eropa dan juga mummi-mummi di Arab yang diperkirakan berasal dari sekitar tahun 3700 SM. Catatan yang paling tua dari penyakit ini di Indonesia adalah seperti yang didapatkan pada salah satu relief di Candi Borobudur, yang nampaknya menggambarkan suatu kasus Tuberkulosis Paru. Artinya pada masa itu (tahun 750 SM) orang sudah mengenal penyakit ini yang terjadi di antara mereka<sup>11</sup>. Basil Tuberkulosis Paru telah lama ditemukan oleh Robert Koch dan dilaporkannya di Berlin pada tanggal 24 Maret 1882. Publikasi asli tentang penemuan ini pertama kali dimuat di suatu media mingguan di Berlin pada tanggal 10 April 1882. Kendati telah sekitar 100 tahun berlalu setelah ditemukannya basil TB ini, dan hampir 40 tahun setelah penemuan streptomisin. WHO telah mengomentari bahwa negara-negara maju telah berhasil dalam pemberantasan selama lebih dari tiga dekade terakhir serta penyakit TB Paru mulai dilupakan orang karena jumlah penderitanya sudah kian sedikit, namun sebaliknya di kebanyakan negara-negara berkembang Tuberkulosis Paru masih merupakan masalah kesehatan masyarakat karena perbaikan dalam bidang epidemiologi masih sangat kurang<sup>14</sup>.

## **2. Pengertian Kuman Tuberkulosis**

Tuberkulosis paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium Tuberculosis*). *Mycobacterium*

*tuberculosis* adalah kuman yang sangat spesifik berbentuk seperti batang sedikit bengkok dan bila diwarnai dengan metode pewarnaan *Ziehl-Neelsen*, akan terlihat jelas bentuk panjangnya. Kuman ini pada umumnya mempunyai panjang 1-4 mikron dan lebar 0.2 sampai 0.8 mikron. Dengan pewarnaan yang benar dan tepat kuman ini akan terlihat berwarna pink atau sedikit kemerahan dan sering sendiri-sendiri atau bergerombol. Bakteri tahan asam aktif (BTA), yang disebut *Droplet Nuclei* yang sangat halus dan tidak dapat dilihat oleh mata. *Droplet Nuclei* tersebut melayang-layang di udara untuk waktu yang lama sampai terhisap oleh orang lain yang ada disekitar pasien TB<sup>15</sup>.

Kuman ini bersifat lebih tahan terhadap pengeringan dan desinfektankimia. Dapat dilenyapkan dengan menggunakan suhu 60° C selama 20 menit. Dapat pula segera mati pada pemanasan basal pada suhu 100° C. Jika terkena sinar matahari, kuman akan mati dalam waktu 2 jam. Pada dahak, kuman ini dapat bertahan 20 sampai 30 jam walaupun disinari matahari. Kuman ini mati oleh tincture iodii dalam 5 menit dan oleh etanol 80 % dalam waktu 2 sampai 10 menit. Kuman ini dapat dimatikan juga oleh larutan fenol 5 % dalam waktu 24 jam.

### 3. Patogenesis

Patogenesis penyakit Tuberkulosis dapat di bagi dalam 2 jenis Tuberkulosis yaitu:

a. Tuberkulosis primer.

TB paru primer adalah penyakit infeksi menyerang pada orang yang belum mempunyai kekebalan spesifik, sehingga tubuh melawan dengan cara tidak spesifik. Pada fase ini kuman merangsang tubuh sensitized sel yang khas. Di paru terdapat focus primer dan pembesaran kelenjar getah bening hilus atau regional yang disebut kompleks primer. Pada infeksi ini biasanya masih sulit ditemukan kuman dalam dahak<sup>5</sup>.

Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman TB. Droplet yang terhirup sangat kecil ukurannya sehingga dapat melewati sistem pertahanan mukosillerbronkus, dan terus berjalan hingga sampai di alveolus dan menetap disana. Infeksi dimulai saat kuman TB berhasil berkembang biak dengan cara membelah diri pada paru yang mengakibatkan peradangan di dalam paru, saluran limfe akan membawa kuman TB ke kelenjar limfe di sekitar hilus paru, dan ini disebut kompleks primer. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan kompleks primer adalah 4 - 6 minggu<sup>16</sup>.

Pada waktu berbicara, meludah, bersin ataupun batuk, penderita TBC akan mengeluarkan kuman TBC yang ada di paru-parunya ke udara dalam bentuk percikan dahak. Tanpa sadar atau tanpa sengaja, orang lain akan menghirup udara yang mengandung kuman TBC itu hingga masuk ke paru-paru dan kemudian menyebar ke bagian tubuh lainnya<sup>29</sup>.

b. Tuberkulosis Post Primer

Tuberkulosis post primer biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun sesudah infeksi primer dan dalam tubuh penderita sudah ada reaksi hipersensitif yang khas. Infeksi ini berasal dari reinfeksi dari luar atau reaktivasi dari infeksi sebelumnya. Misalnya karena daya tahan tubuh menurun akibat terinfeksi HIV atau status gizi yang buruk ciri khas dari Tuberkulosis Pasca primer adalah kerusakan jaringan paru yang luas dengan terjadinya kavitas atau efusi pleura. Proses awalnya berupa satu atau lebih pneumonia lobuler yang dapat sembuh sendiri atau menjadi progresif (meluas), melunak, pengejuan, timbul kavitas yang menahun dan penyebaran di beberapa tempat.

c. Gejala dan Penularan Tuberkulosis

Pasien pada TB paru umumnya mempunyai gejala batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Dengan gejala tambahan yaitu dahak

bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat di malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan.

Selain pada penyakit TB, gejala-gejala tersebut juga bisa dijumpai pada penyakit lain seperti bronkiektasis, bronkitis kronik, asma, kanke paru, dan lain-lain. Mengingat prevalensi TB di Indonesia saat ini masih terbilang tinggi, maka setiap orang yang datang ke UPK dengan gejala tersebut diatas, dianggap sebagai seorang tersangka (suspek) Pasien TB, dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopik langsung.

Sumber penularan Tuberkulosis adalah pasien TB BTA positif. Hal ini terjadi sewaktu pasien TB BTA positif batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Dalam sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikdahak. Penularan biasanya terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Adanya ventilasi di dalam ruangan dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.

Daya penularan seorang pasien ditentukan banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Sementara faktor

yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya orang tersebut menghirup udara yang terkontaminasi percikan itu. Resiko tertular tergantung dari tingkat pajanan dengan percikan dahak. Pasien TB paru dengan BTA positif memberikan kemungkinan risiko penularan lebih besar dari pasien TB paru dengan BTA negatif. Resiko penularan setiap tahunnya ditunjukkan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection (ARTI)* yaitu proporsi penduduk yang berisiko terinfeksi TB selama satu tahun. ARTI sebesar 1%, berarti 10 (sepuluh) orang diantara 1000 penduduk terinfeksi setiap tahun. ARTI di Indonesia bervariasi antara 1-3%. Infeksi TB dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberkulin negatif menjadi positif.

d. Risiko Menjadi Sakit TB

Daya tahan tubuh yang rendah, yang diakibatkan diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk) merupakan faktor yang ikut berpengaruh terhadap terjadinya TB pada seseorang. HIV adalah faktor risiko yang paling kuat bagi yang terinfeksi TB menjadi sakit TB. Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas sistem daya tahan tubuh seluler (*cellular immunity*), sehingga jika terjadi infeksi oportunistik, seperti tuberkulosis, maka yang bersangkutan akan menjadi sakit parah bahkan bisa mengakibatkan kematian. Jadi bisa dikatakan jika jumlah

orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TB akan meningkat, dengan demikian penularan TB di masyarakat meningkat pula.

e. Diagnosis

Diagnosis TB paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya BTA Pada pemeriksaan dahak secara mikroskopik. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga spesimen SPS (sewaktu – pagi - sewaktu ) hasil BTA nya positif. Bila hanya 1 spesimen yang positif perlu diadakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto rontgen dada atau pemeriksaan SPS di ulang .

- 1) Kalau hasil SPS positif , di diagnosis sebagai penderita TB BTA positif.
- 2) Kalau hasil SPS negatif, lakukan pemeriksaan foto rontgen dada untuk mendukung diagnosis TB.
- 3) Kalau hasil rontgen mendukung TB, maka penderita didiagnosis sebagai penderita TB BTA positif.
- 4) Kalau hasilrontgen tidak mendukung TB, maka pemeriksaan dahak SPS di ulangi. Apabila fasilitas memungkinkan, maka dapat dilakuka pemeriksaan lain seperti biakan. Bila ketiga specimen dahaknya negatif, diberikan antibiotik spectrum luas (misalnya kotrimoksasol atau amozillin) selama 1- 2 minggu.

Bila tidak ada perubahan, namun gejala klinis tetap mencurigakan TB, ulangi pemeriksaan dahak SPS .

- 5) Bila hasil rontgen tidak mendukung TB, penderita tersebut bukan TB untuk UPK (Unit Pelayanan Kesehatan) yang tidak memiliki fasilitas rontgen penderita dapat dirujuk untuk foto roentgen dada.

Untuk memastikan bahwa seseorang menderita penyakit TB paru atau tidak, dapat dilakukan pemeriksaan sebagai berikut :

- a. Untuk mengetahui secara pasti seseorang menderita penyakit TBC, dilakukan pemeriksaan dahak dan bukan ludahnya.
- b. Pemeriksaan dahak dilakukan sebanyak 3 kali selama 2 hari yang dikenal dengan istilah SPS (Sewaktu, Pagi, Sewaktu)

- 1) Sewaktu (hari pertama)

Dahak penderita diperiksa di laboratorium sewaktu penderita datang pertama kali

- 2) Pagi (hari kedua)

Sehabis bangun tidur keesokan harinya ,dahak penderita ditampung dalam pot kecil yang diberi petugas laboratorium, ditutup rapat, dan dibawa ke laboratorium untuk diperiksa.

- 3) Sewaktu (hari kedua)

Dahak penderita dikeluarkan lagi dilaboratorium (penderita datang ke laboratorium) untuk diperiksa. Jika hasilnya positif, orang tersebut dapat dipastikan menderita penyakit TBC<sup>15</sup>.

Adapun klasifikasi diagnostik TB adalah :

a. TB paru

- 1) BTA mikroskopis langsung (+), kelainan foto toraks menyokong TB, dan gejala klinis sesuai TB.
- 2) BTA mikroskopis langsung atau biakan (-), tetapi kelainan rontgen dan klinis sesuai TB dan memberikan perbaikan pada pengobatan awal anti TB (initial therapy)

b. TB paru tersangka

Diagnosis pada tahap ini bersifat sementara sampai hasil pemeriksaan BTA didapat (paling lambat 3 bulan). Pasien dengan BTA mikroskopis langsung (-) atau belum ada hasil pemeriksaan atau pemeriksaan belum lengkap, tetapi kelainan rontgen dan klinis sesuai TB paru. Pengobatan dengan anti TB sudah dapat dimulai.

c. Bekas TB (tidak sakit)

Ada riwayat TB pada pasien di masa lalu dengan atau tanpa pengobatan atau gambaran rontgen normal atau abnormal tetapi stabil pada foto serial dan sputum BTA (-). Kelompok ini tidak perlu diobati<sup>30</sup>.

#### **4. Tatalaksana Pasien Tuberkulosis**

##### **a. Tujuan Pengobatan**

Adapun tujuan pengobatan TBC adalah (1) Menyembuhkan penderita; (2) Mencegah kematian; (3) Mencegah kekambuhan; (4) Menurunkan tingkat penularan. Dengan prinsip pengobatan dengan kombinasi beberapa jenis obat dalam jumlah cukup dan dosis yang tepat selama 6-8 bulan. Segala daya perlu diupayakan agar setiap penderita tuberkulosis yang diobati pasti menyelesaikan pengobatannya. Karena jika pengobatan yang tidak memadai akan berdampak pada: membudidayakan kuman kebal, mempermudah kambuhnya penyakit di kemudian hari, mengakibatkan destroyed lungs (paru-paru digerogeti habis).

Sebab-sebab kegagalan pengobatan pada pasien dapat terjadi karena beberapa faktor, antara lain: (1) Faktor Obat. Hal ini dapat terjadi bila paduan obat tidak sama kuat, dosis obat tidak cukup, minum obat tidak teratur atau tidak sesuai dengan petunjuk yang diberikan, jangka waktu pengobatan kurang dari semestinya dan terjadinya resistensi obat; (2) Faktor Drop - Out, misalnya kekurangan biaya pengobatan, merasa sudah sembuh, atau malas berobat karena kurangnya motivasi; (3) Faktor penyakitnya sendiri, misalnya daerah yang sakit terlalu luas, adanya gangguan imunologis, adanya penyakit lain yang menyertai seperti diabetes mellitus, alkoholisme, dan lain-lain<sup>31</sup>.

Untuk itu apabila Anda, keluarga, tetangga atau orang-orang di sekitar kita yang mempunyai penyakit dengan gejala-gejala seperti di atas segeralah memeriksakan kesehatan ke unit-unit pelayanan kesehatan untuk mendeteksi sesegera mungkin penyakitnya dan apabila telah terdeteksi bahwa itu penyakit TBC ikutilah aturan pengobatan yang telah ditetapkan secara teratur. Kesabaran dan keteraturan dalam menjalankan pengobatan TBC sangat diperlukan karena pengobatan tuberculosis memerlukan waktu yang lama.

Untuk pengendalian atau control TB secara internasional, WHO merekomendasikan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy*) yang merupakan strategi penyembuhan TB jangka pendek dengan pengawasan langsung. Dalam strategi ini ada tiga tahapan penting yaitu: mendeteksi pasien, melakukan pengobatan, melakukan pengawasan langsung. Pengontrolan penyakit TB dapat juga dilakukan melalui imunisasi pada anak. Imunisasi yang dikenal dengan nama BCG ini akan memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit TB. Namun, imunisasi ini tidak sepenuhnya melindungi kita dari serangan TB, tingkat efektivitas vaksin ini berkisar antara 70-80%. Oleh karena itu, walaupun telah diimunisasi kita masih harus waspada terhadap serangan TB ini<sup>31</sup>.

## b. Prinsip Pengobatan

Prinsip pengobatan tuberkulosis adalah, OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT- Kombinasi Dosis Tetap (OAT - KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan. Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh Pengawas Menelan Obat (PMO).

Pengobatan TB dilakukan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan tahap lanjutan. Pada tahap intensif (awal) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi terhadap obat. Bila pengobatan tahap intensif itu diberikan secara tepat biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan. Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, dalam jangka waktu yang lebih lama tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persister* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

Pembagian Tuberkulosis menurut WHO didasarkan pada terapi yang terbagi menjadi 4 kategori yaitu :

a) Kategori I, ditujukan terhadap :

- Kasus baru dengan dahak positif
  - Kasus baru dengan bentuk TB berat
- b) Kategori II, ditujukan terhadap :
- Kasus kambuh
  - Kasus gagal dengan dahak BTA positif
- c) Kategori III, ditujukan terhadap :
- Kasus BTA negatif dengan kelainan paru yang tidak luas
  - Kasus TB ekstra paru selain dari yang disebut dalam kategori I
- I
- d) Kategori IV, ditujukan terhadap : TB kronik

*Tabel 1 Jenis, Sifat dan Dosis OAT*

Jenis OAT	Sifat	Dosis Yang Direkomendasikan (mg/kg)	
		Harian	3xSeminggu
Isoniazid(H)	Bakterisid	5 (4-6)	10 (8-12)
Rifampicin(R)	Bakterisid	10 (8-12)	10 (8-12)
Pyrazinamide(Z)	Bakterisid	25 (20-30)	35 (30-40)
Streptomycin(S)	Bakterisid	15 (12-18)	15 (12-18)
Ethambutol(E)	Bakteriostatik	15 (15-20)	30 (20-35)

( Depkes, 2007. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Edisi 2*)

c. Panduan OAT yang digunakan di Indonesia

Panduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia, Kategori-1 (2HRZE/

4H3R3), Kategori-2 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR) 3E3 dan Kategori-3 2HRZ/4HR.

Kategori-1 (2HRZE/ 4H3R3), panduan OAT ini berikan untuk pasien baru yaitu, pasien baru TB paru BTA positif, pasien TB baru BTA negatif foto thoraks positif dan pasien TB ekstra paru.

*Tabel 2. Dosis Untuk Pasien OAT KDT Untuk Kategori 1*

Berat Badan	Tahap Intensif Tiap hari selama 56 hari RHZE 150/74/400/275)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 mingguRH (150/150)
30 – 37 kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT
38 -54 kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55 – 70 kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 2KDT
>71 kg	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

Kategori-2 (2HRZES/ HRZE / 5H3R3E3) panduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah diobati sebelumnya yaitu, pasien kambuh, pasien gagal dan pasien dengan pengobatan setelah *default* (terputus).

Tabel 3. Dosis untuk panduan OAT KDT kategori 2

Berat Badan	Tahap Intensif		Tahap Lanjutan
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
	Tiap hari RHZE (150/75/400/275) + S		3 kali seminggu RH (150/150) + E(275)
30-37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg streptomycin inj.	2 tab 4KDT	2 tab 2KDT + 2 tab Etambutol
38-54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg streptomycin inj.	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol
55-70 kg	4 tab 4KDT + 1000 mg streptomycin inj.	4 tab 4KDT	4 tab 2KDT + 4 tab Etambutol
>71 kg	5 tab 4KDT + 1000 mg streptomycin inj.	5 tab 4KDT	5 tab 2KDT + 5 tab Etambutol

Kategori-3 (2HR /4H3R3) diberikan kepada penderita baru BTA negatif dan rontgen positif sakit ringan serta penderita ekstra paru ringan (Nugrahaeni, 2007)

d. Perawatan TB Paru

a) Isolasi dan pengelompokan pasien sejenis

1) Sediakan masker dan sputum pot

- 2) Sediakan cuci tangan (larutan lisol 1-2%)
  - 3) Sediakan tempat pakai kotor/plastik
  - 4) Atur pengujung (cegah penularan)
- b) Istirahat dan jaga ketenangan
- 1) Ketenangan pasien
  - 2) Ketenangan ruangan
- c) Mengurangi batuk
- 1) Ruangan segar dan bebas debu
  - 2) Hindarkan makanan yang merangsang batuk
- d) Mengeluarkan sputum
- 1) Posisi postural drainase dan membatukkan
  - 2) Inhalasi
  - 3) Memberikan obat untuk pengencer lendir
- e) Merawat panas badan yang tinggi
- 1) Kompres es di kepala, kompres alkohol
  - 2) Batasi aktifitas
  - 3) Memberikan obat penurun panas<sup>17</sup>.
- e. Pemantauan Kemajuan Pengobatan

Kemajuan hasil pengobatan pada orang dewasa dapat dipantau dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopik. Pemeriksaan dahak secara mikroskopik lebih baik dibanding dengan pemeriksaan radiologis dalam memantau kemajuan pengobatan. Laju Endap Darah (LED) tidak

digunakan dalam memantau kemajuan pengobatan karena tidak spesifik untuk TB.

Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan spesimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila kedua spesimen tersebut negatif. Bila salah satu spesimen positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif.

Tindak lanjut hasil pemeriksaan ulang dahak mikroskopis dapat dilihat pada tabel dibawah ini ( WHO, 2005)

Tabel 4. Tindak Lanjut Hasil pemeriksaan Ulang Dahak

Tipe Pasien TB	Tahap Pengobatan	Hasil Pemeriksaan Dahak	Tindak Lanjut	
Pasien baru BTA (+) dan pasien BTA (-) atau (+) Dengan pengobatan kategori 1	Akhir Tahap Intensif	Negatif	Tahap Lanjutan dimulai	
		Positif	Dilanjutkan dengan OAT sisipan selama 1 bulan. Jika setelah sisipan masih tetap positif, tahap lanjutan tetap diberikan	
	Sebulan sebelum akhir pengobatan	Negatif	Pengobatan dilanjutkan	
		Positif	Pengobatan diganti dengan OAT kategori 2 dimulai dari awal	
	Akhir Pengobatan (AP)	Negatif	Pengobatan diselesaikan	
		Positif	Pengobatan diganti dengan OAT kategori 2 mulai dari awal	
	Pasien BTA (+) dengan pengobatan ulang kategori 2	Akhir Intensif	Negatif	Teruskan pengobatan dengan tahap lanjutan
			Positif	Beri sisipan 1 bulan. Jika setelah sisipan masih tetap positif, teruskan pengobatan tahap lanjutan. Jika mungkin, rujuk ke unit pelayanan spesialistik
Sebulan sebelum akhir pengobatan		Negatif	Pengobatan diselesaikan	
		Positif	Pengobatan dihentikan dan segera rujuk ke unit pelayanan spesialistik	
Akhir Pengobatan (AP)		Negatif	Pengobatan diselesaikan	
		Positif	Rujuk ke unit pelayanan spesialistik	

f. Hasil Pengobatan Tuberkulosis

Hasil pengobatan tuberkulosis sesuai dengan laporan definisi yang diterima Internasional adalah termasuk kesembuhan, pengobatan lengkap, gagal pengobatan, meninggal, default, dan pindah keluar (Vreedkk, 2007), sedangkan menurut Depkes RI (2006) yang termasuk hasil pengobatan adalah sembuh, pengobatan lengkap, meninggal, pindah, *default* dan gagal.

a) Sembuh

Pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak hasilnya negatif pada akhir pengobatan dan pada satu pemeriksaan ulang dahak sebelumnya.

b) Pengobatan lengkap

Pasien TB yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tetapi tidak memenuhi persyaratan sembuh atau gagal

c) Gagal

Pasien TB yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan

d) Putus berobat (default)

Pasien Tb yang tidak berobat selama 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatan selesai

e) Pindah

Pasien TB yang pindah berobat ke daerah kabupaten/kota lain

f) Meninggal

Pasien TB yang meninggal dalam masa pengobatan karena sebab apapun.

## **B. Ketaatan Berobat Pada Pasien Tuberkulosis**

### **1. Pengertian**

Kepatuhan atau ketaatan (*compliance/adherence*) adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain<sup>39</sup>.

Kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan<sup>40</sup>.

Atau juga dapat didefinisikan kepatuhan atau ketaatan terhadap pengobatan medis adalah suatu kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang telah ditentukan<sup>38</sup>

Kepatuhan terhadap pengobatan membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam manajemen perawatan diri dan kerja sama antara pasien dan petugas kesehatan<sup>43</sup>.

Penderita yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan sampai dengan 9 bulan.

Penderita dikatakan lalai jika tidak datang lebih dari 3 hari sampai 2 bulan dari tanggal perjanjian dan dikatakan *Droup Out* jika lebih dari 2 bulan berturut-turut tidak datang berobat setelah dikunjungi petugas kesehatan<sup>42</sup>.

## **2. Faktor Yang Mempengaruhi Ketaatan Berobat Pada Pasien Tuberkulosis**

### **a. Umur**

Umur penderita dapat mempengaruhi kerja dan efek obat karena metabolisme obat dan fungsi ginjal kurang efisien pada orang tua dan bayi yang sangat muda, sehingga menimbulkan efek lebih kuat dan lebih panjang pada kedua kelompok umur tersebut. Fungsi ginjal akan menurun sejak umur 20 tahun, dan pada umur 50 tahun menurun 25% dan pada umur 75 tahun menurun 50%.

Menurut Wattimenadkk, perjalanan penyakit pada orang tua lebih parah, sering terjadi komplikasi. Makin tua usia akan terjadi perubahan secara fisiologis, patologis dan penurunan sistem imun, ini mempengaruhi kemampuan tubuh menangani OAT yang diberikan. Penelitian yang dilakukan Trihadi dan Rahardja menunjukkan bahwa kelompok usia diatas 55 tahun (61,71%) memberikan respon yang kurang baik terhadap pengobatan. Seringkali penderita usia tua membutuhkan banyak obat karena mempunyai beberapa penyakit

menahun, sehingga mungkin dapat terjadi interaksi obat atau efek sumasi. Pemberian OAT pada usia tua lebih berisiko terjadinya gejala samping, sehingga dapat terjadi penghentian pengobatan.

b. Jenis Kelamin

Penyakit TB cenderung lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan perempuan. Menurut penelitian Chee dalam Sujana (2009), menyatakan bahwa default banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki 36 (81,8%) daripada jenis kelamin perempuan 8 (18,2%), sedangkan hasil studi vreedkk (2007) menemukan bahwa karakteristik default penderita tuberkulosis banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki 6 (27%) dibanding jenis kelamin perempuan 3 (15%)<sup>19</sup>.

c. Jenis Pekerjaan

Salah satu model pendekatan mempengaruhi tindakan berobat adalah status sosial. Pendekatan ini bertumpu pada asumsi bahwa seseorang yang mempunyai latar belakang tertentu misalnya bekerja atau tidak bekerja memiliki pandangan tersendiri terhadap pengobatan<sup>34</sup>.

d. Pendidikan

Pendidikan berkaitan dengan pengetahuan penderita, hal ini menunjukkan bahwa pendidikan mempengaruhi ketuntasan atau kesuksesan pengobatan penderita. Semakin tinggi tingkat pendidikan penderita, maka akan semakin baik penerimaan informasi tentang

pengobatan dan penyakitnya sehingga akan semakin tuntas proses pengobatan dan penyembuhannya<sup>20</sup>.

Rendahnya pengetahuan penderita terhadap masalah kesehatan khususnya penderita tuberkulosis dapat dipahami mengingat sebagian besar penderita (60%), berpendidikan relatif rendah yakni tidak sekolah sampai tingkat SLTP. Dengan relatif rendahnya tingkat pendidikan kesadaran untuk menjalani pengobatan tuberkulosis secara lengkap relatif rendah tercermin dari cukup banyak penderita (37 kasus- 14,2%) yang tidak menuntaskan pengobatan karena tidak kembali untuk kunjungan ulang (follow up) dan beberapa penderita yang merasa bosan minum obat setiap harinya dalam jangka waktu yang panjang<sup>18</sup>.

e. Pendapatan

Faktor sosial-ekonomi penderita berperan sebagai faktor risiko rendahnya kemauan penderita untuk mencari pelayanan kesehatan karena pendapatan rata-rata penderita TB paru masih rendah dari pendapatan perkapita penduduk. Di sisi lain, sosial-ekonomi mempengaruhi kemampuan pembiayaan dalam bidang kesehatan karena masih terfokus kebutuhan pokoknya. Menurut Illu, Picauly dan Ramang, semakin memburuknya keadaan ekonomi seseorang, kelompok penduduk miskin bertambah banyak, daya beli makin menurun, kemampuan memenuhi kebutuhan pokok makin berkurang dan dikhawatirkan keadaan ini akan memperburuk kondisi kesehatan masyarakat khususnya penderita TB

paru. Menurut Hiswani , penghasilan rendah dapat meningkatkan resiko seseorang terkena tuberculosis

f. Status perkawinan

Menurut Fitriani ketika dua orang diikat dalam ikatan perkawinan, perhatian awal mereka adalah menyiapkan kehidupan secara bersama-sama. Pasangan harus menyesuaikan diri terhadap banyak hal kecil yang bersifat rutinitas. Misalnya mereka harus mengembangkan rutinitas makan, tidur, bangun pagi dan juga rutinitas untuk mengingatkan pasangan minum obat dan kontrol ulang secara rutin di Puskesmas. Oleh karena itu, pasangan didalam suatu pernikahan juga berpengaruh dalam proses penyembuhan penderita TB Paru.<sup>51</sup> Dukungan dapat diartikan sebagai sokongan atau bantuan yang diterima seseorang dari orang lain. Dukungan biasanya diterima dari lingkungan sosial yaitu orang-orang yang dekat, termasuk didalamnya adalah anggota keluarga, orang tua, masyarakat dan teman.<sup>52</sup>

g. Pengawas Minum Obat (PMO)

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

1) Persyaratan PMO

- a) Seorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun penderita, selain itu harus disegani dan dihormati oleh penderita
  - b) Seseorang yang tinggal dekat dengan penderita
  - c) Bersedia membantu penderita dengan sukarela
  - d) Bersedia dilatih atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita
- 2) Tugas seorang PMO
- a) Mengawasi penderita agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
  - b) Memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat teratur.
  - c) Mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu- waktu yang telah ditentukan.
  - d) Memberi penyuluhan kepada anggota keluarga penderita TB yang mempunyai gejala yang tersangka TB untuk segera memeriksakan diri kepada petugas kesehatan<sup>21</sup>.

Sunarto, dkk (2004) melaporkan bahwa penderita yang diawasi tenaga PMO 1,5 kali lebih taat minum obat dibanding mereka yang tidak diawasi PMO. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja PMO yang kurang, 4 kali lebih besar untuk tidak terjadi konversi dibanding dengan kinerja PMO yang baik. PMO yang mempunyai pengetahuan kurang, 4 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan

pengetahuan baik. PMO yang tidak mempunyai hubungan keluarga dengan penderita, 3 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan PMO yang mempunyai hubungan keluarga dengan penderita. PMO yang baru, 3 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan PMO yang lama. Penderita yang mempunyai pengetahuan kurang, 4 kali lebih besar mempunyai PMO kinerja kurang dibandingkan pengetahuan baik. PMO baik apabila PMO dan penderita mempunyai pengetahuan yang baik tentang penyakit TB Paru, mempunyai hubungan keluarga dengan penderita dan sebelumnya PMO pernah menjadi PMO.

Kinerja PMO mempunyai hubungan yang bermakna dengan hasil pengobatan tahap intensif. Kinerja PMO dipengaruhi oleh pengetahuan PMO dan hubungan keluarga dengan penderita. Orang yang ditunjuk/ditugaskan menjadi PMO adalah orang yang mempunyai pengetahuan yang baik tentang penyakit TB Paru dan masih mempunyai hubungan keluarga dengan penderita TB Paru<sup>35</sup>.

#### h. Efek Samping Obat

Walaupun sebagian besar anti Tuberkulosis dapat diterima dalam terapi, semuanya mempunyai efek toksisipotensial. Kesalahan yang banyak dilakukan oleh dokter ialah kegagalan mengenali efek toksik secara cepat. Kesalahan yang lebih umum ialah gagalannya membedakan antara efek samping dengan gejala-gejala yang tidak ada hubungannya

dengan obat, dan ini dapat membatalkan penggantian satu obat dari paduan obat atau salah mengganti, sehingga pengobatan tidak berhasil. Reaksi hipersensitivitas sering kali terjadi antara minggu ketiga dan kedelapan setelah pengobatan dimulai. Jika satu atau sekelompok obat dapat diterima baik sekurang-kurangnya selama 4 bulan, biasanya masa pengobatan akan dilalui dengan baik<sup>22</sup>.

Reaksi hipersensitivitas awal umumnya berupa gejala demam, takikardi, anoreksia dan malaise. Pada saat itu hasil pemeriksaan laboratorium biasanya masih dalam batas normal, kecuali eosinofilia. Bila pemberian obat segera dihentikan maka gejala-gejala cepat hilang. Jika tidak segera dihentikan, reaksi akan memburuk dan sering disertai reaksi kulit seperti dermatitis eksfoliatif, hepatitis, kelainan ginjal dan diskrasia darah akut. Reaksi yang berat dapat bersifat fatal<sup>23</sup>.

Pemakaian obat anti tuberkulosis (OAT) dapat menimbulkan berbagai macam efek samping. Salah satu efek samping yang cukup serius adalah efek hepatotoksik. Telah dilakukan penelitian pada penderita TB Paru rawat jalan, untuk melihat gangguan faal hati yang terjadi akibat pemakaian kombinasi obat anti tuberkulosis ini. Efek samping OAT dibagi dalam dua kelompok yaitu

- 1) Efek samping berat yaitu efek samping yang dapat menjadi sakit serius. Dalam kasus ini maka pemberian OAT harus dihentikan dan penderita harus segera dirujuk ke UPK spesialisik
- 2) Efek samping ringan yaitu hanya menyebabkan perasaan yang tidak enak, tidak ada napsu makan, mual, sakit perut, nyeri sendi, kesemutan sampai rasa terbakar di kaki, warna kemerahan air seni.

*Tabel 5. Efek Samping Ringan OAT*

<b>EFEK SAMPING</b>	<b>PENYEBAB</b>	<b>PENANGANAN</b>
Tidak ada napsu makan	Rifampisin	Obat diminum malam sebelum tidur
Nyeri Sendi	Pirasinamid	Beri Aspirin
Kesemutan s/d rasa terbakar pada kaki	INH	Beri Vit.B6 100 mg perhari
Warna kemerahan pada air seni	Rifampisin	Tidak perlu diberi apa-apa, tapi perlu penjelasan kepada penderita

Sumber data: pedoman penanggulangan Tuberkulosis cetakan ke-6

Tabel 6. Efek Samping Berat OAT

<b>EFEK SAMPING</b>	<b>PENYEBAB</b>	<b>PENANGANAN</b>
Gatal dan kemerahan	Semua jenis OAT	Beri anti histamin, sambil meneruskan OAT dengan pengawasan ketat.
Tuli	Streptomisin	Streptomisin dihentikan ganti dengan etambutol
Gangguan Keseimbangan	Streptomisin	Streptomisin dihentikan ganti dengan etambutol
Ikterus tanpa penyebab lain	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT sampai semua ikterus menghilang
Bingung dan Muntah-muntah (permulaan ikterus karena obat)	Hampir semua OAT Lakukan Tes Fungsi Hati	Hentikan semua OAT, segera
Gangguan penglihatan	Etambutol	Hentikan Etambutol
Purpura dan Renjatan (syok)	Rifamfisin	Hentikan Rifamfisin

Sumber data: pedoman penanggulangan Tuberkulosis cetakan ke-6

i. Tipe Pasien

Menurut Suherman (2002) bahwa pasien pindahan berpeluang sebesar 4,2% dan pasien baru sebesar 95,8% untuk terjadi kegagalan pengobatan. Dari studi lang dilakukan santha (2000) di India, pada pasien baru yang mengalami putus berobat (default) sebesar 17%

sedangkan pada pasien yang lama terjadi putus berobat sebesar 29%. Hal ini menunjukkan pasien yang lama mempunyai kemungkinan yang besar untuk terjadi putus berobat dibandingkan pasien yang baru.

j. Kategori Pengobatan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Vijay dalam Sujana (2009) diketahui putus berobat (default) sebesar 25% pada penderita yang mendapat rejimen pengobatan kategori I dan putus berobat atau default sebesar 45% pada penderita yang mendapat pengobatan kategori II.

k. Keteraturan Minum Obat

Keteraturan minum obat adalah suatu perilaku dari seseorang yang tetap atau secara periodic melakukan aktivitasnya. Jadi perilaku penderita pada hakikatnya juga suatu aktivitas yang baik diamati secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku keteraturan berobat seseorang pada dasarnya adalah respon seseorang atau organisme terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit atau penyakit yang dideritanya. System pelayanan kesehatan dan pengobatannya<sup>36</sup>.

l. Pelayanan Kesehatan

Hubungan yang saling mendukung antara pelayanan kesehatan dan penderita, serta keyakinan penderita terhadap pelayanan kesehatan yang signifikan merupakan faktor-faktor yang penting bagi penderita untuk menyelesaikan pengobatannya. Pelayanan kesehatan mempunyai

hubungan yang bermakna dengan keberhasilan pengobatan pada penderita TB. Pelayanan kesehatan mengandung dua dimensi, yakni (1) Menekankan aspek pemenuhan spesifikasi produk kesehatan atau standar teknis pelayanan kesehatan. (2) Memperhatikan prespektif pengguna pelayanan yaitu sejauhmana pelayanan yang diberikan mampu memenuhi harapan dan kepuasan pasien<sup>24</sup>.

m. Tingkat Pendidikan

Hal ini sesuai dengan teori Notoatmodjo (2003) yang menyebutkan pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu. Pendidikan berpengaruh pada cara berfikir, tindakan, dan pengambilan keputusan seseorang dalam melakukan perbuatan. Pendidikan dapat menambah wawasan atau pengetahuan seseorang. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan mempunyai pengetahuan luas dibandingkan tingkat pendidikan lebih rendah<sup>24</sup>.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian dari Erawatyningsih, Purwanta, dan Subekti (2009) tentang Faktor- faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru, didapatkan hasil bahwa pendidikan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap ketidak patuhan berobat pada penderita TB paru. Rendahnya pendidikan seseorang sangat mempengaruhi daya serap seseorang dalam menerima informasi sehingga dapat mempengaruhi

tingkat pemahaman tentang penyakit TB Paru, cara pengobatan, dan bahaya akibat minum obat tidak teratur<sup>25</sup>.

n. Pengetahuan

Sesuai dengan penelitian Vijay, S, et al (2003) tentang default pasien TB yang diobati dalam program DOTS di kota Bangalore dihasilkan bahwa pasien yang memiliki pengetahuan kurang tentang TB berisiko untuk default. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Erawatyningasih (2005) bahwa semakin rendah pengetahuan maka semakin tidak patuh penderita TB Paru untuk datang berobat, hubungan ini memiliki nilai koefisien korelasi positif. Pengetahuan penderita yang sangat rendah dapat menentukan ketidakpatuhan penderita minum obat<sup>26.25</sup>.

o. Jarak Rumah

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Kharisma (2009) tentang hubungan jarak rumah dengan kepatuhan berobat penderita TB paru di RSUD DR. Moewardi, menurut hasil analisa regresi, jarak rumah merupakan prediktor terkuat ( $p=0,492$ ), Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat signifikan antara jarak rumah dengan kepatuhan berobat.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Perdana (2008) bahwa responden terbanyak dengan jarak ke puskesmas dekat, lebih patuh dari responden yang mengatakan jarak rumah ke puskesmas jauh.

Untuk yang jarak jauh kebanyakan berada di dataran bukit sehingga biaya untuk transportasi mahal dan memerlukan waktu yang lama untuk mencapai ke Rumah Sakit. Hal ini yang menyebabkan penderita TB Paru di luar kecamatan Batang banyak yang tidak kontrol untuk meneruskan pengobatannya.

p. Transportasi

Meski obat-obatan TB maupun MDR-TB bisa diperoleh secara gratis, kenyataannya pasien masih harus menanggung biaya lain seperti transportasi menuju rumah sakit untuk kontrol maupun sekedar menebus obat-obatan. Obat TB boleh dibawa pulang, tetapi obat untuk MDR-TB tidak boleh dibawa pulang, jadi tiap hari harus ke rumah sakit. Nantinya memang harus ada obatnya di puskesmas, tetapi kadang puskesmasnya juga jauh. Padahal tiap hari harus ke puskesmas<sup>27</sup>.

## **C. Strategi Nasional Program Pengendalian TB Nasional (DOTS)**

### **1. Pengertian DOTS**

DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) pengertiannya adalah pengobatan penyakit TB Paru secara jangka pendek dengan pengawasan ketat. Program DOTS adalah suatu rangkaian / proses yang

harus dilalui untuk mencapai hasil pemberantasan yang efektif yaitu penyakit TB Paru bukan lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia.

## **2. Kunci Utama DOTS**

Ada 5 kunci utama dalam strategi DOTS yaitu :

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

## **3. Alasan Perlunya DOTS**

Ada berbagai alasan mengapa DOTS perlu diterapkan dalam pemberantasan dan penanggulangan TB Paru di Indonesia antara lain:

- a. Karena dengan DOTS dapat menjangkau/menemukan penderita, mendiagnosa penderita dan mengobati serta mengikuti perkembangan seorang penderita dan mengobati serta mengikuti perkembangan seorang penderita sampai ia benar-benar dinyatakan sembuh

- b. DOTS bukan hanya cara terbaik untuk mengobati penderita TB, tetapi DOTS adalah juga cara terbaik untuk memberantas penularan TB Paru yang terbaik.
- c. DOTS juga menjamin terhindarnya penderita dari kemungkinan terjadinya kekebalan obat dan terhindarnya masyarakat dari penyebaran kuman yang kebal obat.

#### **4. Tujuan Program DOTS**

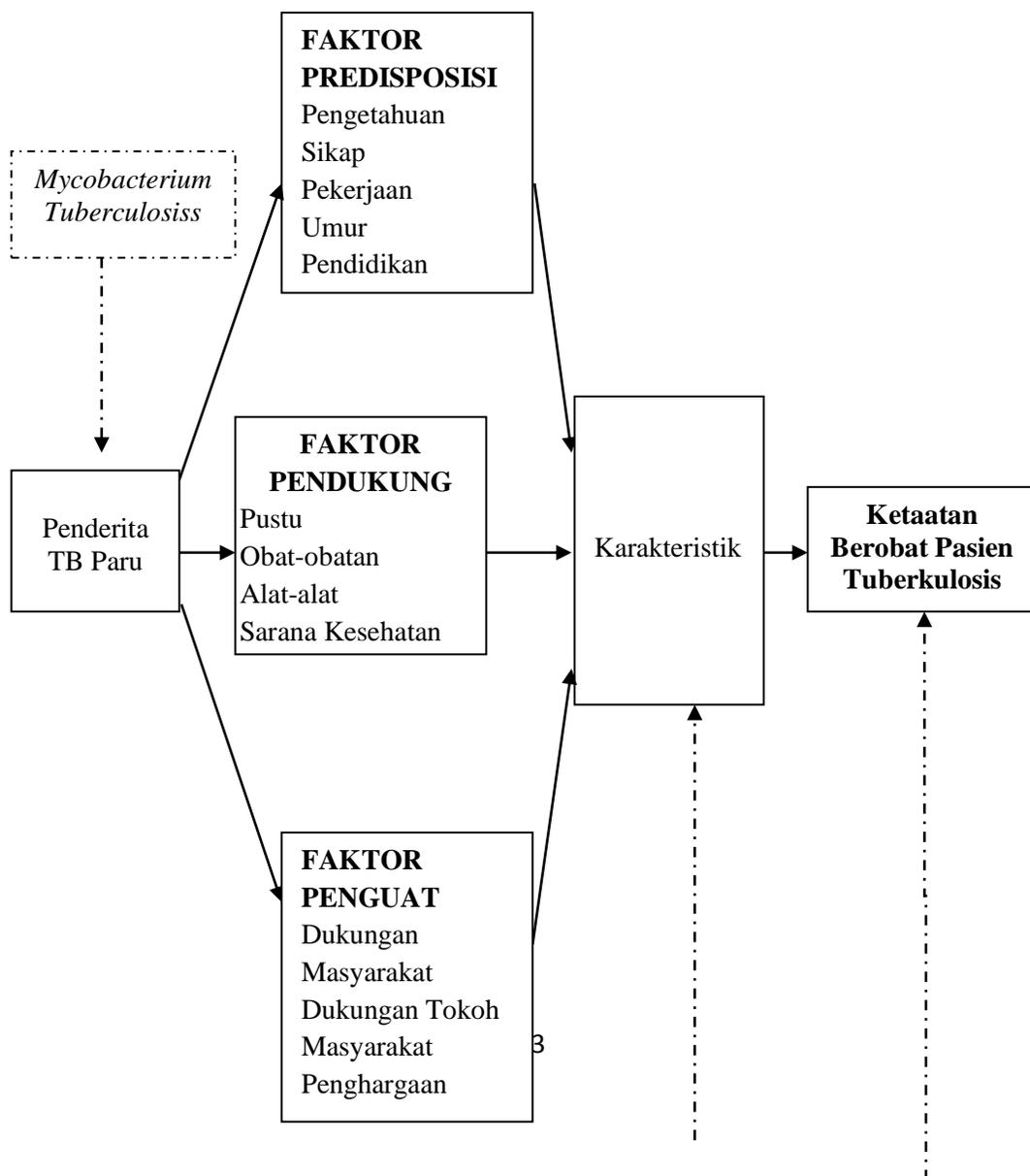
- a. Tujuan umum
  - untuk memutuskan rantai penularan penyakit sehingga penyakit TB Paru tidak lagi menjadi masalah kesehatan di Indonesia
- b. Tujuan Khusus
  - 1) Memeriksa penderita TB dengan tingkat kesalahan laboratorium kurang dari 5%.
  - 2) Mengobati penderita dengan pengawasan menelan obat setiap hari dibuktikan dengan angka konversi lebih dari 80%.
  - 3) Menyembuhkan minimal 85% penderita baru BTA positif yang ditemukan.
  - 4) Dicapainya cakupan penemuan TB paru secara bertahap hingga mencapai 70% dari semua penderita TB Paru yang ada pada tahun 2006<sup>28</sup>.

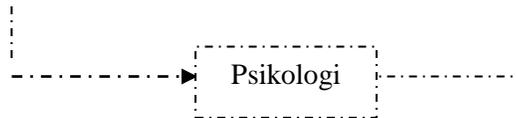
## **D. Faktor Yang Mempengaruhi Perubahan Perilaku Pengobatan Pasien TB**

Perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang sangat berpengaruh untuk terjadinya perilaku tersebut yaitu :

- a. Faktor Predisposisi (Predisposing), yaitu faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Kelompok yang termasuk didalamnya adalah pengetahuan dan sikap dari orang terhadap perilaku, beberapa karakteristik individu (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan).
- b. Faktor Pemungkin atau pendukung (Enabling), yaitu faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tersebut. Kelompok yang termasuk didalamnya adalah ketersediaan pelayanan kesehatan (pustu), ketercapaian pelayanan kesehatan baik (obat-obatan, alat-alat, Sarana kesehatan).dari segi jarak maupun biaya dan sosial, peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tersebut.
- c. Faktor Penguat (Reinforcing), yaitu faktor yang memperkuat (atau kadang-kadang justru dapat memperlunak) untuk terjadinya perilaku tertentu tersebut. Kelompok yang termasuk didalamnya adalah pendapat, dukungan, penghargaan/ kritik keluarga, teman, lingkungan)

## E. Kerangka Teori



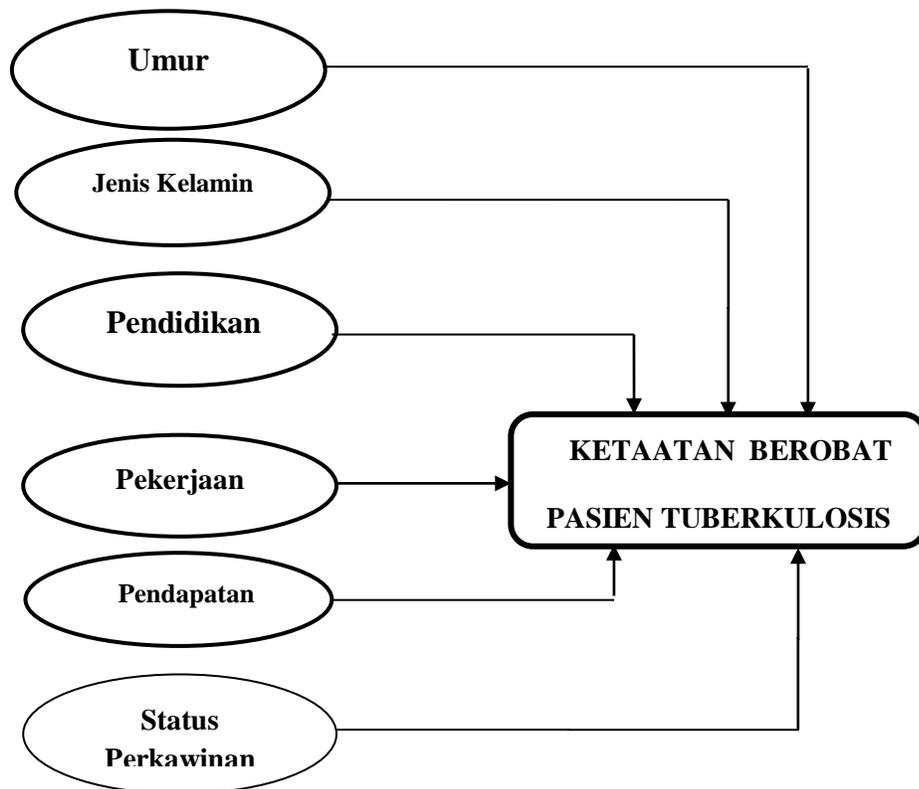


#### **F. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian**

Berdasarkan tinjauan pustaka serta tujuan dari penelitian ini, maka disusunlah variabel pola pikir. Menurut kepustakaan terdapat banyak faktor yang menyebabkan ketidak taatan berobat pasien Tuberkulosis paru. Tetapi peneliti membatasi penelitian ini dengan mencari hubungan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan status perkawinan dengan tingkat ketaatan berobat pasien Tuberkulosis paru

**BAB III**  
**KERANGKA KONSEP**

**A. KERANGKA KONSEP**



Keterangan :



: Variabel Independen → Variabel bebas



: Variabel Dependen → Variabel Terikat

## **B. DEFENISI OPERASIONAL**

### **1. Variabel : Ketaatan Berobat**

#### a. Definisi

Penderita TB Paru BTA Positif yang datang mengambil obat atau melakukan pengobatan 2 bulan berturut-turut atau lebih sesuai batas yang ditentukan yaitu 6-8 bulan. Ketaatan berobat penderita TB dilihat berdasarkan kategori: (1) tinggi dan (2) rendah.

#### b. Cara Ukur

Melihat Register kartu pengobatan pasien TB yang tercatat pada laporan di puskesmas

#### c. Alat Ukur

Kuisisioner Penelitian

#### d. Hasil Ukur

Jumlah skor 0-2 termasuk kategori ketaatan berobat tinggi dan jumlah skor >2 termasuk kategori ketaatan berobat rendah.

#### e. Skala

Ordinal

### **2. Umur**

#### a. Definsi

Umur responden dilihat berdasarkan tahun lahir dengan kategori:(1) anak-remaja dan (2) dewasa.

b. Cara Ukur

Melihat register kartu pengobatan pasien TB yang tercatat pada laporan di puskesmas

c. Alat Ukur

Kuisisioner Penelitian

d. Hasil Ukur

Cek list

e. Skala

Ordinal

**3. Variabel : Jenis Kelamin**

a. Definisi

Jenis kelamin pasien TB dilihat berdasarkan jenis kelamin yang tercatat di kartu register pengobatan di puskesmas.

b. Cara ukur

Melihat Register kartu pengobatan pasien TB yang tercatat pada laporan puskesmas

c. Alat Ukur

Kuisisioner penelitian

d. Hasil ukur

Perempuan= coding 1 , laki-laki=coding 2

e. Skala

Nominal

#### **4. Variabel : Pendidikan**

a. Definisi

Pendidikan terakhir yang ditamatkan responden pasien TB dengan kategori pendidikan: (1) tinggi dan (2) rendah

b. Cara ukur

Wawancara dengan menggunakan kuisisioner

c. Alat Ukur

Lembar kuisisioner

d. Hasil Ukur

Tinggi (SMA, D3/S1/S2/S3) = coding 1

Rendah (Tidak Sekolah, SD, SMP) = coding 2

e. Skala

Ordinal

#### **5. Pekerjaan**

a. Definisi

jenis pekerjaan responden penelitian dikategorikan: (1) tidak bekerja dan (2) bekerja

b. Cara ukur

Wawancara dengan menggunakan kuisisioner

c. Alat Ukur

Lembar kuisisioner

d. Hasil Ukur

Tidak bekerja = coding 1

Bekerja = coding 2

e. Skala

ordinal

## 6. Variabel : pendapatan

a. Definisi

Pendapatan tetap responden perbulan yang diperoleh sampai saat penelitian. Pendapatan dikategorikan berdasarkan pendapatan: (1) tinggi dan (2) rendah

b. Cara ukur

Wawancara dengan menggunakan kuisisioner

c. Alat ukur

lembar kuisisioner

d. Hasil ukur

Tinggi ( > 1jt ) = coding 1

Rendah ( <=1jt ) = coding 2

e. Skala

Ordinal

## **7. Variabel : Status Perkawinan**

### a. Definisi

Status atau keterangan pasien TB mengenai belum atau tidaknya menikah. Status perkawinan dikategorikan: (1) kawin dan (2) belum kawin

### b. Cara ukur

Melihat jawaban pasien TB pada lembar kuisisioner status perkawinan

### c. Alat Ukur

Kuisisioner penelitian

### d. Hasil ukur

Kawin= coding 1, Belum Kawin = coding 2

### e. Skala

Nominal

## **C. HIPOTESIS**

Hipotesis dalam penelitian ini dirumuskan untuk menjawab permasalahan penelitian,hipotesis dalam penelitian ini adalah :

### 1. Hipotesis Nol

- a. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas.
- b. Tidak ada hubungan antara umur dengan dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas

- c. Tidak ada hubungan antara pendidikan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas
- d. Tidak ada hubungan antara pekerjaan pasien dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas
- e. Tidak ada hubungan antara pendapatan/bulan dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas
- f. Tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas

## 2. Hipotesis Alternatif

- 1. Apakah ada hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas
- 2. Apakah ada hubungan antara umur dengan dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas
- 3. Apakah ada hubungan antara pendidikan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas
- 4. Apakah ada hubungan antara pekerjaan pasien dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas
- 5. Apakah ada hubungan antara pendapatan dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas
- 6. Apakah ada hubungan antara status perkawinan dengan dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di puskesmas

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 9 Januari s/d 25 Januari 2015 di Puskesmas Barombong Makassar.

#### **B. Desain Penelitian**

Desain penelitian ini adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional*, yang pengukuran variabel-variabelnya dilakukan hanya 1 kali pada 1 waktu . Data yang digunakan adalah *data primer* dan *sekunder* yang dimana data primer didapatkan dengan menggunakan kuesioner sedangkan data sekunder didapatkan pada data catatan medik pasien TB.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien TB paru yang telah berobat di Puskesmas Barombong Makassar selama minimal 6 bulan.

##### **2. Sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan sudah disingkirkan dengan kriteria eksklusi sebagai berikut :

Kriteria inklusi :

- Pasien yang terdaftar namanya dalam rekam medic dan di diagnosis Tuberkulosis Paru BTA (+) di Puskesmas Barombong Makassar
- Pasien yang bersedia menjadi responden
- Pasien yang mampu membaca dan menulis

Kriteria eksklusi :

- Pasien TB Paru BTA (+) yang memiliki catatan medic yang tidak lengkap
- Pasien yang dirujuk ke rumah sakit
- Pasien yang mengisi kuisioner tidak lengkap

#### **D. BESAR SAMPEL**

Dalam penelitian ini pengambilan sampel dilakukan dengan *Teknik Purposive Sampling*, dengan total jumlah sampel yang dibutuhkan :

$$n_1=n_2 = \left[ \frac{Z\alpha\sqrt{2PQ}+Z\beta\sqrt{P_1Q_1+P_2Q_2}}{P_1-P_2} \right]^2$$

#### **E. TEKNIK PENGUMPULAN DATA**

1. Jenis Data : Data primer menggunakan kuisioner
2. Sumber Data : Data sekunder dari rekam medic  
Puskesmas Barombong
3. Instrument Pengumpulan Data :

Data yang telah terkumpul dilakukan pengolahan data sehingga dihasilkan informasi yang akhirnya dapat digunakan untuk menjawab dari tujuan peneliti. Proses pengolahan data tersebut meliputi editing, coding, entry data, cleaning data dan scoring data.

a. Editing

Yaitu proses melakukan pengecekan atau perbaikan data apakah sudah lengkap, jelas. Bila ada keganjalan dapat dilakukan penelusuran kembali pada register

b. Coding

Setelah data terkumpul dilakukan proses coding atau pengkodean menjadi bentuk angka serta pemberian nomor atau kode tiap Variabel untuk mempermudah entry data.

c. Entry Data

Setelah diedit dan dicoding serta dinilai lengkap maka dilakukan entry data kedalam software komputer

d. Cleaning

Proses pengecekan kembali terhadap data yang terkumpul kemungkinan ada kesalahan kode, ketidak lengkapan kemudian dilakukan pembetulan

## **F. ANALISIS DATA**

Dalam penelitian ini, analisis data dilakukan dalam 2 tahap, yaitu :

1) Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik dari variabel independen dan dependen. Keseluruhan data yang ada dalam kuisioner diolah dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

## 2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk melihat kemungkinan hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan analisis uji chi square. Melalui uji ststistic chi square akan diperoleh nilai p, dimana dalam penelitian ini digunakan tingkat kemaknaan sebesar 0,05. Penelitian ini dikatakan bermakna jika mempunyai nilai  $p < 0,05$  yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima dan dikatakan tidak bermakna jika mempunyai nilai  $p > 0,005$   $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak.

## G. PENYAJIAN DATA

Data yang telah diolah akan disajikan dalam bentuk tabel.

## H. ETIKA PENELITIAN

### 1. Informed Consent

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan menjadi responden. Beberapa informasi yang terdapat dalam *informed consent* antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan,

jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat dan kerahasiaan. Dalam penelitian ini, peneliti meminta persetujuan responden untuk dijadikan subjek penelitian, dan responden menandatangani lembar *informed consent* yang telah disediakan.

2. Tanpa nama (anonymity)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data yang akan disajikan. Dalam penelitian ini hanya menggunakan inisial nama responden untuk mempermudah pengecekan ulang hasil penelitian jika diperlukan.

3. Kerahasiaan (confidentiality)

Semua informasi yang diperoleh dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

##### **1. Letak Geografis**

Kelurahan Barombong secara administratif terletak di Kecamatan Tamalate, Daerah Tingkat II Kota Makasar. Posisi geografis kantor kelurahan terletak di S 05 °12'33,3" dan E 119 °23'15,1", dengan batas-batas wilayah:

- Sebelah Utara : Kelurahan Tanjung Merdeka Kec. Tamalate
- Sebelah Selatan : Desa Aeng Kec. Galesong Utara
- Sebelah Barat : Selat Makasar
- Sebelah Timur : Kelurahan Tangngalla Kec. Barombong

Jumlah penduduk sebanyak 11.573 jiwa yang terdiri dari laki-laki sebanyak 5.714 jiwa dan perempuan sebanyak 5.859 jiwa.

## **2. Sosial Budaya**

Partisipasi seluruh masyarakat dalam dunia pendidikan semakin meningkat, Peningkatan partisipasi pendidikan untuk memperoleh kesempatan dalam bidang pendidikan tentunya harus diikuti dengan berbagai peningkatan sarana fisik pendidikan dan tenaga pendidik yang memadai. Fasilitas pendidikan di Kabupaten Sidenreng Rappang cukup memadai, dimana sarana yang ada mulai dari tingkat Sekolah Taman Kanak-kanak, Sekolah Dasar, Sekolah Menengah Tingkat Pertama, dan Sekolah Menengah Tingkat Atas.

## **3. Kesehatan**

Penyediaan sarana kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. 1 puskesmas ,1 poskesdes dan 13 posyandu. Adapun tenaga medis yang tersedia terdiri dari 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 9 orang perawat, 2 orang bidan praktek, 2 kesehatan lingkungan dan 5 tenaga kesehatan lainnya.

#### 4. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja puskesmas barombong makassar mulai tanggal 9 januari- 25 januari 2015. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 80 responden berdasarkan kriteria umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status perkawinan, dan ketaatan berobat. Melalui uji Chi Square akan di peroleh nilai p, dimana dalam penelitian ini digunakan tingkat kemaknaan sebesar 0,05. Hasil pengolahan data ditampilkan dalam bentuk tabel disertai dengan penjelasan.

##### 1. Karakteristik Pasien TB, Berdasarkan :

###### a. Ketaatan

**Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Ketaatan Berobat di**

**Puskesmas Barombong Makassar**

Ketaatan Berobat	N	Persentase
Tinggi	40	50
Rendah	40	50
Total	80	100,0

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa responden yang termasuk kategori berobat tinggi dan rendah masing-masing sebanyak 40 orang (50%)

b. Umur

**Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Puskesmas**

**Barombong Makassar**

Umur	N	Persentase
Anak-Remaja	16	20%
Dewasa	64	80%
Total	80	100,0

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa jumlah jumlah responden yang termasuk kategori anak-remaja yaitu sebanyak 16 orang (20%) dan responden yang termasuk kategori dewasa yaitu sebanyak 64 orang (80%).

c. Jenis Kelamin

**Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di**

**Puskesmas Barombong Makassar**

Jenis Kelamin	N	Persentase
Perempuan	42	52,5
Laki-laki	38	47,5

Total	80	100,0
-------	----	-------

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa banyaknya responden perempuan adalah 42 orang (52,5%) dan banyaknya responden laki-laki adalah 38 orang (47,5%).

d. Pendidikan

**Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Puskesmas Barombong Makassar**

Pendidikan	N	Persentase
Pendidikan Tinggi	32	40
Pendidikan Rendah	48	60
Total	80	100,0

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa jumlah responden yang berpendidikan tinggi yaitu sebanyak 32 orang (40%) dan jumlah responden yang berpendidikan rendah yaitu sebanyak 48 orang (60%)

e. Pekerjaan

**Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Barombong Makassar**

Pekerjaan	N	Persentase
Tidak Bekerja	38	47,5

Bekerja	42	52,5
Total	80	100,0

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa jumlah responden yang tidak bekerja yaitu sebanyak 38 orang (47,5%) dan jumlah responden yang bekerja yaitu sebanyak 42 orang (52,5%).

f. Pendapatan

**Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Pendapatan di Puskesmas Barombong Makassar**

Pendapatan	N	Persentase
≥ 1 Juta	10	12,5
< 1 Juta	70	87,5
Total	80	100,0

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa jumlah responden yang memiliki pendapatan di atas atau sama dengan Rp.1.000.000,- yaitu sebanyak 10 orang (12,5%) dan jumlah responden yang memiliki pendapatan di bawah Rp.1.000.000,- yaitu sebanyak 70 orang (87,5%).

g. Perkawinan

**Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan di Puskesmas Barombong Makassar**

Pendapatan	N	Persentase
------------	---	------------

Kawin	40	50
Belum Kawin	40	50
Total	80	100,0

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa jumlah responden yang berstatus telah kawin dan belum kawin masing-masing sebanyak 40 orang (50%).

## 2. Hubungan Karakteristik Pasien TB Terhadap Tingkat Ketaatan Berobat

untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status perkawinan) dengan variabel dependen (ketaatan berobat) digunakan tabulasi silang dengan uji statistic *Chi Square* . Penggunaan *uji chi square* disebabkan variabel penelitian mempunyai data yang mempunyai skala nominal dengan jumlah 2 kategori. Berikut ini adalah hasil analisis bivariat Hubungan Karakteristik Pasien TB terhadap Tingkat ketaatan Berobat.

**Tabel 5.8 Hubungan Umur terhadap Ketaatan Berobat di Puskesmas Barombong Makassar**

Umur	Ketaatan Berobat		p-value
	Tinggi	Rendah	
	n (%)	n (%)	
<hr/>			

Anak-Remaja	12 (30,0 %)	4 (10,0 %)	
Dewasa	28 (70,0 %)	36 (90,0 %)	0,025
Jumlah	40 (100,0 %)	40 (100,0 %)	

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden orang dewasa lebih banyak yaitu 28 orang (70,0%) dibandingkan responden yang termasuk kategori anak-remaja yaitu 12 orang (30,0%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah responden orang dewasa tetap masih lebih banyak yaitu 36 orang (90,0%) dibandingkan responden yang termasuk kategori anak-remaja yaitu 4 orang (10,0%). Hal ini dikarenakan total responden dewasa lebih banyak dibandingkan dengan anak-remaja. Namun jika melihat perbandingan total di atas, terlihat bahwa responden anak-remaja lebih banyak pada kategori berobat tinggi yaitu sebanyak 12 orang dibandingkan pada kategori rendah yaitu sebanyak 4 orang. Sebaliknya, responden dewasa lebih banyak berada pada kategori berobat rendah yaitu 36 orang dibandingkan pada kategori berobat tinggi yaitu 28 orang .

Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,025$  ( $p<0,05$ ) berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara umur dengan ketaatan berobat di Puskesmas Barombong Makassar

**Tabel 5.9 Hubungan jenis kelamin terhadap Ketaatan Berobat di**

**Puskesmas Barombong Makassar**

Jenis Kelamin	Ketaatan Berobat		p-value
	Tinggi	Rendah	
	n (%)	n (%)	
Perempuan	27 (67,5)	15 (37,5)	0,007
Laki-laki	13 (32,5)	25 (62,5)	
Jumlah	40 (100,0)	40 (100,0)	

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden perempuan lebih banyak yaitu 27 orang (67,5%) dibandingkan responden yang laki-laki 13 orang (32,5%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah responden laki-laki lebih banyak yaitu 25 orang (62,5%) dibandingkan responden perempuan yaitu 15 orang (37,5%).

Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,007$  ( $p<0,05$ ) berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan ketaatan berobat di Puskesmas Barombong Makassar

**Tabel 5.10 Hubungan Pendidikan terhadap Ketaatan Berobat di**

**Puskesmas Barombong Makassar**

Pendidikan	Ketaatan Berobat		p-value
	Tinggi	Rendah	
	n (%)	n (%)	
Pendidikan Tinggi	22 (55,0)	10 (25,0)	0,006

Pendidikan Rendah	18 (45,0)	30 (75,0)
Jumlah	40 (100,0)	40 (100,0)

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden yang berpendidikan tinggi lebih banyak yaitu 22 orang (55,0%) dibandingkan responden yang berpendidikan rendah yaitu 18 orang (45,0%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah responden yang berpendidikan rendah lebih banyak yaitu 30 orang (75,0%) dibandingkan responden yang berpendidikan tinggi yaitu 10 orang (25,0%)

Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,006$  ( $p<0,05$ ) berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan ketaatan berobat di Puskesmas Barombong Makassar

**Tabel 5.11 Hubungan Pekerjaan terhadap Ketaatan Berobat di Puskesmas Barombong Makassar**

Pekerjaan	Ketaatan Berobat		p-value
	Tinggi	Rendah	
	n (%)	n (%)	
Tidak Bekerja	26 (65,0)	12 (30,0)	0,002
Bekerja	14 (35,0)	28 (70,0)	
Jumlah	40 (100,0)	40 (100,0)	

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden yang tidak bekerja lebih banyak yaitu 26 orang (65,0%) dibandingkan responden yang bekerja yaitu 14 orang (35,0%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah responden yang bekerja lebih banyak yaitu 28 orang (70,0%) dibandingkan responden yang tidak bekerja yaitu 12 orang (30,0%)

Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,002$  ( $p<0,05$ )  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pekerjaan dengan ketaatan berobat di Puskesmas Barombong Makassar

**Tabel 5.12 Hubungan Pendapatan terhadap Ketaatan Berobat di Puskesmas Barombong Makassar**

Pendapatan	Ketaatan Berobat		p-value
	Tinggi	Rendah	
	n (%)	n (%)	
$\geq 1$ Juta	8 (20,0)	2 (5,0)	0,002
< 1 Juta	32 (80,0)	38 (95,0)	
Jumlah	40 (100,0)	40 (100,0)	

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden yang memiliki pendapatan di bawah Rp.1.000.000,- lebih banyak yaitu 32 orang (80,0%) dibandingkan

responden yang memiliki pendapatan di atas atau sama dengan Rp.1.000.000,- yaitu 8 orang (20,0%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah responden yang memiliki pendapatan di bawah Rp.1.000.000,- masih tetap lebih banyak yaitu 38 orang (95,0%) dibandingkan responden yang memiliki pendapatan di atas atau sama dengan Rp.1.000.000,- yaitu 2 orang (5,0%). Hal ini dikarenakan total responden yang memiliki pendapatan di bawah Rp.1.000.000,- lebih banyak dibandingkan dengan responden yang memiliki pendapatan di atas atau sama dengan Rp.1.000.000,-. Namun jika melihat perbandingan total di atas, terlihat bahwa responden responden yang memiliki pendapatan di atas atau sama dengan Rp.1.000.000,- lebih banyak terdapat pada kategori berobat tinggi yaitu sebanyak 8 orang dibandingkan pada kategori rendah yaitu sebanyak 2 orang. Sebaliknya, responden responden yang memiliki pendapatan di bawah Rp.1.000.000,- lebih banyak terdapat pada kategori berobat rendah yaitu 38 orang dibandingkan pada kategori berobat tinggi yaitu 32 orang .

Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,043$  ( $p<0,05$ ) berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendapatan dengan ketaatan berobat di Puskesmas Barombong Makassar.

**Tabel 5.13 Hubungan Status Perkawinan terhadap Ketaatan Berobat di Puskesmas Barombong Makassar**

Status Perkawinan	Ketaatan Berobat		p-value
	Tinggi	Rendah	
	n (%)	n (%)	
Kawin	28 (70,0)	12 (30,0)	0,000
Belum Kawin	12 (30,0)	28 (70,0)	
Jumlah	40 (100,0)	40 (100,0)	

Sumber : Data Primer 2015

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa dari 40 responden yang termasuk kategori berobat tinggi, jumlah responden yang telah kawin lebih banyak yaitu 28 orang (70,0%) dibandingkan responden yang belum kawin yaitu 12 orang (30,0%). Adapun dari 40 responden yang termasuk kategori berobat rendah, jumlah responden yang belum kawin lebih banyak yaitu 28 orang (70,0%) dibandingkan responden yang telah kawin yaitu 12 orang (30,0%)

Hasil uji statistik dengan chi square diperoleh nilai  $p=0,000$  ( $p<0,05$ ) berarti  $H_0$  ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara status pernikahan dengan ketaatan berobat di Puskesmas Barombong Makassar.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Penelitian mengenai Hubungan Karakteristik Pasien TB Terhadap Tingkat Ketaatan Berobat di Puskesmas Barombong Makassar ini dilaksanakan pada tanggal 9 – 25 Januari 2015. Pada penelitian ini, Peneliti mendistribusikan Hubungan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan status perkawinan dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB paru .

Dalam konteks pengendalian tuberkulosis, kepatuhan terhadap pengobatan dapat didefinisikan sebagai tingkat ketaatan pasien-pasien yang memiliki riwayat pengambilan obat terapeutik terhadap resep pengobatan. Kepatuhan rata-rata pasien pada pengobatan jangka panjang terhadap penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50% sedangkan di negara berkembang, jumlah tersebut bahkan lebih rendah.<sup>58</sup>

Pada penelitian menunjukkan hasil yang signifikan pada beberapa variabel yaitu Umur Jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan status perkawinan.

Sesuai dengan judul penelitian ini, variabel utama yang diuji hubungannya terhadap tingkat ketaatan berobat pada penderita TB paru. Namun, variabel lain juga diteliti yang masing-masing merupakan komponen pada penanganan pasien penderita TB paru.

## **A. Hubungan antara Umur dengan Ketaatan berobat**

Jenis kelamin merupakan faktor yang turut berpengaruh terhadap kesadaran berobat bagi setiap penderita, demikian pula tingkat serangan lebih banyak mengenai perempuan.

Hasil menunjukkan bahwa jumlah responden yang termasuk kategori dewasa lebih banyak dibandingkan dengan responden yang termasuk kategori anak-remaja. Hasil uji statistik diperoleh ada hubungan antara umur dengan ketaatan berobat TB paru di wilayah kerja Puskesmas Barombong ( $p=0,025$ ).

Umur tua kepatuhan berobatnya semakin tinggi karena usia tua tidak disibukkan dengan pekerjaan sehingga dapat datang berobat secara teratur.

Menurut penelitian Juwita Hapsari, ketaatan berobat tinggi itu didapatkan pada kelompok usia dewasa. Hal ini mungkin disebabkan semakin tinggi tingkatan umur, semakin tinggi juga kesadaran atau ketaatan berobat secara teratur.<sup>64</sup>

Di Amerika Serikat orang yang berusia lanjut cenderung mengikuti anjuran dokter, lebih memiliki tanggung jawab, lebih tertib, lebih teliti, lebih bermoral dan lebih berbakti dari pada usia muda.<sup>46</sup>

### **B. Hubungan antara Jenis kelamin dengan Ketaatan berobat**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden lebih banyak perempuan dibandingkan laki-laki . Penderita TB paru yang ketaatan berobat tinggi lebih banyak perempuan dibandingkan laki-laki. Hasil uji statistik diperoleh ada hubungan antara jenis kelamin dengan ketaatan berobat pasien TB di wilayah kerja puskesmas barombong.(  $p=0,007$ ).

Tingginya proporsi laki-laki ini dihubungkan oleh riwayat putus pengobatan dimana laki-laki memiliki keteraturan berobat yang lebih rendah dibandingkan perempuan.<sup>45</sup>

Penelitian tersebut tidak sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa jenis kelamin laki-laki lebih patuh berobat dibandingkan dengan wanita.

Menurut beberapa teori mengatakan bahwa wanita lebih banyak melaporkan gejala penyakitnya dan berkonsultasi dengan dokter karena wanita cenderung memiliki perilaku yang lebih tekun daripada laki-laki.<sup>49</sup>

Infektivitas suatu agen untuk masuk dan berkembang biak dalam tubuh hostnya berhubungan dengan berbagai faktor termasuk dengan jenis kelamin. Penjelasan ini ditunjang dengan hasil-hasil penelitian bahwa penyakit TBC paru dapat mengenai semua jenis kelamin, namun lebih banyak perempuan. Hal tersebut dapat dipahami karena secara sosial perempuan lebih banyak berinteraksi dengan lingkungannya dibanding dengan laki-laki.<sup>67</sup>

*Mycobacterium* tuberkulosis adalah sejenis mikroorganisme yang mudah ditularkan secara droplet jika penderita berinteraksi secara langsung, bila dilihat dari keteraturan berobat biasanya perempuan tingkat ketelitiannya lebih tinggi dibanding laki-laki dan punya lebih banyak waktu untuk memperhatikan kesehatannya.

### **C. Hubungan antara Pendidikan dengan Ketaatan berobat**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umumnya responden yang tingkat pendidikannya lebih tinggi lebih taat berobat dibandingkan responden yang tingkat pendidikannya rendah. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara pekerjaan dengan ketaatan berobat TB paru di wilayah kerja Puskesmas Barombong Makassar ( $p=0,006$ ).

Hal ini berarti semakin rendah tingkat pendidikan maka semakin tidak patuh penderita untuk berobat karena rendahnya pendidikan seseorang sangat mempengaruhi daya serap seseorang dalam menerima informasi sehingga

dapat mempengaruhi tingkat pemahaman tentang penyakit TB paru, cara pengobatan, dan bahaya akibat minum obat tidak teratur.

Hal ini sesuai dengan teori Notoatmodjo yang menyebutkan pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu. Pendidikan berpengaruh pada cara berfikir, tindakan, dan pengambilan keputusan seseorang dalam melakukan perbuatan.<sup>24</sup> Pendidikan dapat menambah wawasan atau pengetahuan seseorang. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan mempunyai pengetahuan luas dibandingkan tingkat pendidikan lebih rendah.<sup>59</sup>

Pendidikan dapat disimpulkan sebagai proses pengembangan kepribadian dan intelektual seseorang yang dilaksanakan secara sadar dan penuh tanggung jawab serta tergantung pada sasaran pendidikan. Dengan tingkat pendidikan yang memadai merupakan dasar pengembangan daya nalar seseorang dan jalan untuk memudahkan seseorang menerima motivasi dan selanjutnya berimplikasi pada sikap dan perilaku orang tersebut dalam menanggapi masalah kesehatan yang disekitarnya. Sehingga diasumsikan bila tingkat pendidikan responden tinggi maka keteraturan berobatnya pun akan baik.

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 pengambilan keputusan. Berdasarkan penelitian kebanyakan pasien yang tidak patuh berobat ada-lah pasien dengan pendidikan rendah hal ini me-buktikan bahwa memang benar tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang, seperti mengenali rumah yang memen-uhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB Paru, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat.<sup>11</sup>

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian dari Erawatyningsih, Purwanta, dan Subekti tentang Faktor- faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru, didapatkan hasil bahwa pendidikan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru. Rendahnya pendidikan seseorang sangat mempengaruhi daya serap seseorang dalam menerima informasi sehingga dapat mempengaruhi tingkat pemahaman tentang penyakit TB Paru, cara pengobatan, dan bahaya akibat minum obat tidak teratur.<sup>25</sup>

Tingkat pendidikan formal seseorang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menerima, menyerap, atau mengadopsi informasi.<sup>53</sup> Penelitian tersebut tidak sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa ketidakpatuhan penderita dalam pengobatan karena penderita kurang mendapatkan penyuluhan dan informasi (KIE) yang adekuat baik dari petugas kesehatan maupun media komunikasi lainnya.<sup>50</sup> Beberapa faktor yang menjadi hambatan terhadap kepatuhan penderita TBC paru dalam

menjalani pengobatan salah satu diantaranya adalah faktor pengetahuan. Pengetahuan tentang penyakit TBC dan kepercayaan tentang kemanjuran pengobatan akan mempengaruhi penderita mau atau tidak memilih untuk menyelesaikan pengobatannya. Selain itu, kepercayaan kultural biasanya mendukung penggunaan penyembuhan tradisional.<sup>56</sup>

Dengan memperhatikan adanya hubungan antara pendidikan, pengetahuan pasien TB paru perlu ditingkatkan dengan cara mencari tahu informasi mengenai penyakit TB Paru seperti bertanya kepada petugas kesehatan dan mengikuti penyuluhan tentang penyakit TB Paru yang diberikan oleh petugas kesehatan untuk meningkatkan kepatuhan berobat.

#### **D. Hubungan antara Pekerjaan dengan Ketaatan berobat**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umumnya responden yang bekerja lebih tinggi tingkat ketaatan berobat dibandingkan responden yang tidak bekerja. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara pekerjaan dengan ketaatan berobat TB paru di wilayah kerja Puskesmas Barombong Makassar ( $p=0,002$ ).

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Perdana menunjukkan bahwa pasien TB Paru yang bekerja lebih patuh dibandingkan dengan yang tidak memiliki pekerjaan.<sup>49</sup> Namun, menurut Philipus yang dikutip oleh Perdana memperlihatkan adanya hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan dengan keteraturan dalam berobat.<sup>49</sup> Pekerjaan merupakan

suatu aktifitas yang dilakukan untuk mencari nafkah. Faktor lingkungan kerja mempengaruhi seseorang untuk terpapar suatu penyakit. Lingkungan kerja yang buruk mendukung untuk terinfeksi TB Paru antara lain supir, buruh, tukang becak dan lain-lain dibandingkan dengan orang yang bekerja di daerah perkantoran.<sup>57</sup> Penelitian yang dilakukan oleh Arsin dkk menunjukkan bahwa jenis pekerjaan yang berisiko tinggi terpapar kuman TB adalah sopir, buruh/tukang, pensiunan/purnawirawan, dan belum bekerja.<sup>48</sup> Penyebab pasien yang tidak bekerja cenderung tidak teratur berobat karena didasari oleh pendapat mereka yang mengatakan bahwa berobat ke puskesmas harus mengeluarkan biaya untuk transportasi dan difokuskan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari daripada untuk pengobatan. Tetapi obat yang diberikan oleh pihak puskesmas gratis. Sehingga tidak ada alasan bagi pasien untuk tidak teratur berobat walaupun tidak bekerja. Hendaknya pasien maupun keluarga pasien membuka usaha kecil-kecilan untuk menambah pendapatan guna memenuhi kebutuhan sehari-hari<sup>66</sup>

#### **E. Hubungan antara Pendapatan dengan Ketaatan berobat**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umumnya responden yang tingkat pendapatannya lebih tinggi lebih taat berobat dibandingkan responden yang tingkat pendapatannya rendah. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara pekerjaan dengan ketaatan berobat TB paru di wilayah kerja Puskesmas Barombong Makassar ( $p=0,043$ ).

Penderita TB paru yang paling banyak terserang adalah masyarakat yang berpenghasilan rendah, sehingga dalam pengobatan TB paru selain penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan pokok sehari-hari, mereka masih harus mengeluarkan biaya transport untuk berobat di Puskesmas. Hal ini yang menyebabkan penderita tidak patuh dalam pengobatan. Beberapa penelitian mengkonfirmasi hasil yang sama dengan penelitian ini yang memperlihatkan ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan penderita dengan pendapatan keluarga. Dari 40 penderita yang tidak patuh dalam pengobatan ada 87,50% termasuk golongan yang berpenghasilan rendah dan mengaku tidak ada biaya untuk berobat ke Puskesmas.<sup>53</sup>

Faktor sosial-ekonomi penderita berperan sebagai faktor risiko rendahnya kemauan penderita untuk mencari pelayanan kesehatan karena pendapatan rata-rata penderita TB paru masih rendah dari pendapatan perkapita penduduk. Di sisi lain, sosial-ekonomi mempengaruhi kemampuan pembiayaan dalam bidang kesehatan karena masih terfokus kebutuhan pokoknya.

## **F. Hubungan antara Status Perkawinan dengan Ketaatan berobat**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa umumnya responden yang sudah kawin ketaatan berobat lebih tinggi dibandingkan responden yang belum kawin. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara

pekerjaan dengan ketaatan berobat TB paru di wilayah kerja Puskesmas Barombong Makassar ( $p=0,000$ ).

Menurut Fitriani ketika dua orang diikat dalam ikatan perkawinan, perhatian awal mereka adalah menyiapkan kehidupan secara bersama-sama. Pasangan harus menyesuaikan diri terhadap banyak hal kecil yang bersifat rutinitas. Misalnya mereka harus mengembangkan rutinitas makan, tidur, bangun pagi dan juga rutinitas untuk mengingatkan pasangan minum obat dan kontrol ulang secara rutin di Puskesmas.<sup>51</sup> Oleh karena itu, pasangan didalam suatu pernikahan juga berpengaruh dalam proses penyembuhan penderita TB Paru. Dukungan dapat diartikan sebagai sokongan atau bantuan yang diterima seseorang dari orang lain. Dukungan biasanya diterima dari lingkungan sosial yaitu orang-orang yang dekat, termasuk didalamnya adalah anggota keluarga, orang tua, masyarakat dan teman.<sup>52</sup>

Hal ini sejalan dengan yang dikatakan oleh Muliawan yaitu berhasilnya suatu terapi tidak hanya ditentukan oleh diagnosis dan pemilihan obat yang tepat, tetapi juga melakukan kontrol ulang untuk mengikuti terapi yang telah di tentukan.maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan tindakan rutin untuk pengobatan TB Paru, dimana keluarga inti maupun keluarga besar berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggota keluarganya.<sup>60 65</sup> salah satu fungsi dasar keluarga yaitu fungsi perawatan kesehatan. Fungsi perawatan kesehatan adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang

mengalami masalah kesehatan. Dari hasil wawancara pada petugas kesehatan yang bertanggung jawab pada konseling TB Paru, beliau mengatakan pada awal pertama kunjungan ke Puskesmas penderita TB Paru datang bersama keluarganya dan menekankan perlu adanya dorongan yang kuat untuk melibatkan keluarga sebagai pendukung pengobatan sehingga adanya kerjasama dalam pemantauan pengobatan antara petugas dan anggota keluarga yang sakit.<sup>66</sup>

## **BAB VII**

### **TINJAUAN KEISLAMAMAN**

Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman mycobacterium Tuberculosis yang sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuhnya lainnya. Dilihat dari esensi penyakit dan kerugian masyarakat dunia akibat penyakit TB sungguh sangat membahayakan. Menurut data WHO, bahwa sepertiga penduduk dunia terinfeksi TB, setiap tahun ada sembilan juta kasus baru dan tiga juta berujung dengan kematian, 95% kasus TB dan 98% kematian TB terjadi di negara berkembang yang 75% masih dalam usia produktif.

Indonesia ranking ke-3 setelah India dan Cina tentang banyaknya penderita TB. Di Indonesia terdapat 10% kasus TB di dunia, pertahun terdapat 557.000 kasus baru dan yang berujung pada kematian setiap tahun 140.000 orang. Namun ada kabar yang menggembirakan bahwa rencana penanggulangan TB secara nasional menargetkan penemuan penderita baru TB dan BTA positif paling sedikit 70%, penyembuhan bagi penderita TB 85% dari semua penderita tersebut, menurunkan tingkat prevalensi dan kematian akibat TB hingga separuhnya pada tahun 2010.

. Hal ini sebagaimana seruan Allah SWT dalam firman-Nya

وَلْتَكُنْ مِنْكُمْ أُمَّةٌ يَدْعُونَ إِلَى الْخَيْرِ وَيَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ  
الْمُنْكَرِ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ ﴿١٠٤﴾

Yang artinya “Dan hendaklah ada di antara kamu segolongan umat yang menyeru kepada kebajikan, menyuruh kepada yang ma`ruf dan mencegah dari yang munkar; merekalah orang-orang yang beruntung”. (QS. Ali Imran: 104)

Mencegah lebih baik dari pada mengobati ajaran Islam juga menganut asas ini. Islam memandang kesehatan merupakan faktor yang sangat penting “*Orang mukmin yang kuat lebih baik dan lebih disenangi di mata Allah dari pada orang mukmin yang lemah*”. (HR. Muslim)

“Akal yang sehat terdapat dalam jiwa yang sehat”.

Islam menyuruh kaum muslim tidak memakan makanan kecuali makanan yang halal dan bergizi dalam surat Al-Baqarah yang artinya “*Hai sekalian manusia, makanlah yang halal lagi baik (bergizi) dari apa yang terdapat di bumi....*”. (QS. Al-Baqarah: 168)

Islam juga sangat menekankan kebersihan

Pengaykit TBC adalah penyakit yang berbahaya bukan saja bagi penderita tetapi juga bagi orang lain. Karena itu, pengobatannya dalam pandangan Islam hukumnya wajib. Sebagaimana hadist Rasulullah berikut yang artinya :

“Tidak boleh ada bahaya dan yang membahayakan”. (Maksudnya sesuatu yang membahayakan dan dapat menimbulkan bahaya bagi orang lain harus dihilangkan)

Yang dimaksud pengobatan di sini adalah pengobatan yang benar. Di masyarakat pengobatan banyak jenisnya seperti pengobatan melalui orang pintar atau dukun. Untuk pengobatan TB ini tidak dapat dilakukan kecuali melalui tindakan medis. Karena penyakit TB disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*, bukan oleh hal-hal mistis. Penyakit TB adalah penyakit nyata, terukur secara ilmiah dan penyembuhannya pun sudah ditemukan secara ilmiah. Jadi jika ada penderita TB memilih berobat dengan pendekatan alternatif melalui perdukunan jelas tidak akan sembuh penyakitnya. Ini bukan berarti mendahului kuasa Allah SWT, tetapi Allah SWT sendiri akan menyembuhkan penyakit yang diobati dengan cara yang tepat, tepat secara medis dan tepat secara syar’i. Rasulullah SAW juga bersabda yang artinya :

“Siapa yang mendatangi dukun atau tukang ramal, lalu mempercayai apa yang dikatakannya, maka sesungguhnya ia telah kafir terhadap apa yang diturunkan kepada Muhammad SAW”. (HR. Ahmad dan Hakim)

Apakah dengan demikian penderita TB harus dikucilkan? Di mata Allah yang paling utama adalah ketaqwaan

Dalam hadist Rasulullah yang artinya : “*Apabila ia sakit maka tengoklah...*” (HR. Muslim)

penderita harus sadar bahwa dirinya menderita penyakit menular yang bias menyebabkan orang lain tertular

*“Sesungguhnya Allah menyukai orang-orang yang taubat dan menyukai orang-orang yang mensucikan diri”*

Penularan TB sangat mudah yaitu melalui udara, sehingga kemungkinan penderita TB menularkan penyakitnya kepada orang lain sangat besar. Hal ini memunculkan pertanyaan apakah dengan demikian penderita TB harus dikucilkan?

Tentunya tidak, karena penderita TB juga manusia yang mempunyai hak untuk bermasyarakat dan bergaul dengan semua orang. Apalagi bila dilihat dari sudut pandang Islam. Islam memandang manusia di hadapan Tuhannya adalah sama, baik yang kaya, yang miskin, yang sehat dan yang sakit. Di mata Allah yang paling utama adalah ketaqwaan seseorang, seperti ditegaskan dalam firman-Nya yang artinya :“Sesungguhnya orang yang paling mulia di antara kamu di sisi Allah ialah orang yang paling bertakwa di antara kamu. Sesungguhnya Allah Maha Mengetahui lagi Maha Mengenal”. (QS. Al-Hujurat: 13)

Maka dari itu, seorang PMO harus benar-benar meniatkan dirinya dalam rangka menolong orang lain. Orang yang dapat menolong orang lain harus bangga karena dirinya berarti bermanfaat bagi orang lain. Karena Rasulullah SAW sendiri bersabda bahwa orang yang paling baik adalah orang yang bisa bermanfaat bagi orang lain, seperti dalam sabdanya berikut:

خير ال ناس اذ ففهم ل ناس

Sebaik-baik manusia adalah yang bermanfaat bagi orang lain. (Al-Hadits)

Dengan demikian, seorang yang ingin menjadi PMO tidak usah takut atau khawatir dilarang oleh Islam, karena Islam sendiri mendorong manusia untuk senang membantu orang lain. Persoalan ada risiko tertular, yang penting yang bersangkutan sudah berusaha secara maksimal memenuhi prosedur medis agar tidak tertular. Yang perlu diketahui bahwa semua pekerjaan mengandung risiko, seperti seorang relawan di medan perang, ia terancam terbunuh, relawan bencana juga terancam menjadi korban bencana pula, dan lain-lain. Yang terpenting adalah keikhlasan dan kerelaan untuk menjadi relawan PMO. Selamat berjihad melawan TB dan sukses selalu.

## **BAB VIII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat diambil kesimpulan bahwa ada hubungan antara umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, status perkawinan dengan tingkat ketaatan berobat pasien TB di Puskesmas Barombong Makassar.

#### **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan penelitian maka disarankan :

1. Agar Pasien TB yang umur dewasa lebih memperhatikan kesehatan dan mengikuti aturan pengobatan TB.
2. Agar penderita TB berjenis kelamin laki-laki lebih memperhatikan kesehatan dan lebih taat berobat TB.
3. Agar penderita yang pendidikan rendah lebih meningkatkan pengetahuan tentang dampak dari ketidak taatan berobat TB.
4. Agar pasien TB yang tidak bekerja lebih taat berobat TB.
5. Agar pasien TB yang berpendapatan rendah lebih taat berobat TB.
6. Agar pasien TB yang belum kawin lebih taat berobat TB

## DAFTAR PUSTAKA

1. Amelda Lisu Pare.2012.*Hubungan Antara Pekerjaan,PMO, Pelayanan Kesehatan, Dukungan Keluarga dan Diskriminasi dengan Perilaku Berobat Pasien TB Paru(Sripsi)*. Makassar: FKM Universitas Hasanuddin;2012
2. Asrifudin A. *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keberhasilan Program TB Paru Melalui Strategi Dots Di Wilayah Kerja Puskesmas Caile Kecamatan Ujung Bulu Kabupaten Bulukumba (Skripsi)*. Makassar: FKM Universitas Hasanudin;2007
3. Bertin T. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan Pada Pasien Tuberkulosis Paru Dengan Resisten Obat Tuberkulosis(Skripsi)*. Jawa Tengah. Universitas Diponegoro;2011.
4. CDC. *Trends in tuberculosis – United States, 2012*. MMWR 2013. Vol 62
5. Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Epidemiologi Tuberkulosis*. Jakarta.
6. Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pedoman penyakit tuberkulosis*, Dit.Jen PP & PL Depkes RI,Jakarta.
7. Kementrian Kesehatan RI .2011. *Strategi Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta
8. Helper, Sahat P Manalu. *Faktor Sosial Budaya Yang Mempengaruhi Ketaatan Berobat Penderita TB Paru di Kabupaten Tangerang*. Puslitbag Ekologi dan Status Kesehatan. Jakarta Pusat; 2011
9. Heldiastris K. Randung.*Karakteristik Pasien TB Paru Yang Patuh Dan Tidak Patuh Berobat di Puskesmas Perumnas II Kecamatan Pontianak Barat Periode 1 Januari - 31 Desember 2010(Skripsi)*.Pontianak:FK Universitas Tanjungpura;2013
10. Mukshin, dkk . 2006. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keteraturan Menelan Obat pada Penderita TB Paru yang Mengalami Konversi di Kota Jambi*, Program Magister
11. Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM. Yogyakarta.Sangadah, Umi. 2012. *Analisis Penyebab Terputusnya Pengobatan Tuberkulosisi Paru di*

*Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen*. Skripsi Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta

12. Mukshin, dkk . 2006. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keteraturan Menelan Obat pada Penderita TB Paru yang Mengalami Konversi di Kota Jambi*, Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM. Yogyakarta.
13. Murtantiningsih dan Wahyono B. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesembuhan Penderita TB Paru. Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 2010;6:44-50
14. Aditama, Tjakra Yoga. 2005. *Pola Gejala dan Kecenderungan Berobat Penderita TB Paru*. *Cermin Dunia Kedokteran*. No.63 Hal 17-18
15. Laban, Yohannes Y. 2008. *TBC (penyakit dan pencegahannya)*. Kanisius. Yogyakarta. 8-9,12-13,22-23
16. Departemen Kesehatan RI. 2003. *Pedoman Epidemiologi Tuberkulosis*. Cetakan 3 Jakarta
17. Lacy, C.F., Armstrong, L.L., Goldman, M.P., and Lance, L.L. 2006 *.Drug Information Handbook*, 14th Ed.,593, 868, 1353, 1394-1397, 1484 , Lexicomp, Inc., USA
18. Gitawati, *et al.* 2002.*Studi Kasus Hasil Pengobatan Tuberkulosis Paru di 10 Puskesmas di DKI 1996-1999*, Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi dan Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan RI, Jakarta
19. Sujana.Chee 2008.*Survival Kelanjutan Berobat Pasien Tuberkulosis di Wilayah Suku Dinas Jakarta Selatan*, Tesis Sekolah Pascasarjana FKM UGM. Yogyakarta
20. Mukshin, dkk . 2006. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keteraturan Menelan Obat pada Penderita TB Paru yang Mengalami Konversi di Kota Jambi*, Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM. Yogyakarta
21. Isa, Mohammad & Rafika, Windu. 2003. *Efektifitas Pengawasan Melalui Program Pengobatan Perseorangan TB dengan Kartu Berobat terhadap Keteraturan Berobat Penderita di Wilayah Banjarmasin*. *Jurnal Kedokteran. YARSI Volume II No. 1 Hal 39-42*
22. Soenarto, Sri Puryati, dkk. 2004. *Pengobatan Penderita Paru dengan Memberdayakan Anggota Keluarga di Kabupaten Tangerang*. *Majalah Kesehatan Volume 9. Ni.1. Hal 13-18*

23. Gan G, Sulistia. (2007). *Farmakologi dan Farmakoterapi edisi 5*.FKUI. Jakarta. 624
24. Mukshin, dkk . 2006. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keteraturan Menelan Obat pada Penderita TB Paru yang Mengalami Konversi di Kota Jambi*, Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM. Yogyakarta
25. Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
26. Erawatyningih, E. Purwanta & Subekti, H. 2005. *Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat pada penderita tuberculosis paru*, diakses 5 Januari 2014 , [Isjd.dii.lipi.go.id](http://Isjd.dii.lipi.go.id)
27. Vijay, S, Balasangameswara, VH, Jagannatha, PS, Saroja, VN & Kumar, P. 2003. *Default Among tuberculosis patient treated under Dots in, Bangalore City, A Search for solution*. Ind. J TUB, 2003,50 dilihat 21 Desember 2013, [www.openmed.nic.in](http://www.openmed.nic.in)
28. Kharisma, Es. *Hubungan Jarak Rumah,tingkt pendidikan dan lama pengobatan dengan kepatuhan berobat penderita TB Paru di RSUD dr.Moewardi, n.d*. Diakses 5 januari 2014.[digilib.uns.ac.id](http://digilib.uns.ac.id)
29. Dirjen PPM PLP.(2002). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Depkes RI. Jakarta.
30. Murwani, Arita. 2008. *Perawatan Pasien Penyakit Dalam*. Mitra Cendikia. Yogyakarta. 11-14
31. Mansjoer, Arif. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran edisi III jilid 1*.FKUI. Jakarta. 473
32. Suhaymi,Eri.2008.*Mengenal penyakit Tuberkulosis*. [www.MedanBisnisonline.com](http://www.MedanBisnisonline.com). Diakses 22 September 2013
33. Angger U, Nugrahaeni. 28 desember 2007. *Pengobatan Tuberkulosis*. [Farmakoterapi-info.html](http://Farmakoterapi-info.html) ( diakses 29 september 2013
34. Silitonga., 2000. *Hubungan Faktor Komponen Penyuluhan Dengan Resiko Putus Berobat Penderita Tuberculosis Paru Di Jakarta Selatan Tahun 1999*. TesisProgram Studi Epidemiologi Universitas Indonesia
35. Purwanta, *Ciri-ciri pengawas minum obat yangdiharapkan oleh penderita TB paru di daerah urban dan rural di Yogyakarta*, JMPK.2005;08(3):141-7.

36. Soenarto, Sri Puryati, dkk. 2004. *Pengobatan Penderita Paru dengan Memberdayakan Anggota Keluarga di Kabupaten Tangerang*.Majalah Kesehatan Volume 9. Ni.1. Hal 13-18.
37. Notoatmodjo,S.*Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta:AndiOffset, 1993
38. Kementerian Kesehatan RI (2013). "*Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis*". pp. 17-21.
39. Gabit, 1999, *Improving Compliant by Gabit Ismailov Dunst*, ¶3, <http://www.dcc2.bumc.bu.ed/world.TB> diperoleh tanggal 8 februari
40. Bart, Smet, (1994). *Psikologi Kesehatan*. PT. Gramedia Widiasarana Indonesia. Jakarta
41. Niven, N., 2002. *Psikologi Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
42. Gabit, 1999, *Improving Compliant by Gabit Ismailov Dunst*, ¶3,
43. Depkes RI, 2000, *Parameter Standar Umum Ekstrak Tumbuhan Obat, Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan, Direktorat Pengawasan Obat Tradisional*, Jakarta, 4-13
44. Anthony, Robert N., (1999), *Enhancing Medication Compliance for People*.6thedition, Massachusetts: Irwin/ McGraw-Hill, Boston
45. Crofton J, Miller F, Horne N, *Clinicaltuberculosis, Macmillan Education LTD*,London.1999.
46. Rusmani A, *Kepatuhan berobat penderita TB paru di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr.Doris Sylvanus Kota Palangkaraya Propinsi Kalimantan Tengah*, Tesis, Pascasarjana UGM,Yogyakarta.
47. Bahar, *TB paru dalam ilmu penyakit dalam, FKUI*, Jakarta. 1990
48. Kusbiyantoro, *Perbandingan efektivitas kader kesehatan dan tokoh masyarakat sebagai pengawas minum obat terhadap kepatuhan obat dan konversi dahak penderita TB paru di Kabupaten Kebumen. Tesis*. Pascasarjana UGM. Yogyakarta. 2002.
49. Arsin A, Azriful dan Aisyah. *Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi*, Jurnal Medika Nusantara Volume 25 no.3; 2004.

50. Perdana P. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Penderita TB Paru Di Puskesmas Kecamatan Ciracas* (Skripsi). Jakarta Timur:FIIK Universitas Pembangunan Nasional;2008
51. Zuliana I. *Pengaruh Karakteristik Individu, Faktor Pelayanan Kesehatan dan Faktor Peran Pengawas Menelan Obat terhadap Tingkat Kepatuhan Penderita TB Paru Dalam Pengobatan Di Puskesmas Pekan Labuhan Kota Medan* (Skripsi). Medan:FKM Universitas Sumatera Utara;2009
52. Fitriani, S. (2011). *Promosi kesehatan cetakan 1*. Jogjakarta: Graha Ilmu.
53. Marliyah, L. (2004). *Journal provitae*. Jakarta: Fakultas psikologi universitas tarumanagara bekerjasama dengan yayasan obor Indonesia.
54. Intang B, *Evaluasi faktor penentu kepatuhan penderita TB paru minum OAT di Puskesmas Kabupaten Maluku Tenggara*, Tesis, Program Pascasarjana, UGM, Yogyakarta. 2004.
55. Fahruda, *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan TB paru dan efektif biayanya di Kotamadia Banjarmasin Kalimantan Selatan*, Tesis, Program Pascasarjana, UGM, Yogyakarta. 1999.
56. Ridwan H, *Aspek manajemen Puskesmas dan kepatuhan pengobatan TB paru di KabupatenMagelang*, Tesis, Pascasarjana UGM,Yogyakarta. 1992.
57. World Health Organization, *Adherence to longterm therapies for tuberculosis*, WHO. 2003.
58. Philipus F, *Faktor-faktor yang mempengaruhi keteraturan berobat penderita TB paru di Puskesmas Depok*, Tesis, Pascasarjana UGM,Yogyakarta.2002.
59. Notoatmodjo, S. (2007). *Kesehatan masyarakat: Ilmu dan seni*. Jakarta: PT Rineka cipta
60. Friedman, M.M, Bowden, V.R, and Jones, E.G. (2003). *Family nursing: Research theory, practice* . 5th Edition. Prentice Hall, New JerseyBudiman, Novie E. Mauliku, Dewi Anggraeni. *Analisis faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pasien TB paru pada fase intensif di Rumah Sakit Umum cibabat cimahi*,STIKES A. Yani Cimahi
61. Intang B, *Evaluasi faktor penentu kepatuhan penderita TB paru minum OAT di PuskesmasKabupaten Maluku Tenggara*, Tesis, Program Pascasarjana, UGM, Yogyakarta. 2004.

62. Arsin A, Azriful dan Aisyah. *Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian TB Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi*, Jurnal Medika Nusantara Volume 25 no.3; 2004.
63. Juwita Resty Hapsari N. *Hubungan Kinerja Pengawas Minum Obat (PMO) Dengan Keteraturan Berobat Pasien TB Paru Strategi DOTS DI RSUD DR MOEWAR di Surakarta* Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret .Surakarta 2010
64. Muliawan, B.T. 2008. *Pelayanan Konseling Akan Meningkatkan Kepatuhan Pasien Pada Terapi Obat. Diakses September 2011 dari [http://www.binfar.depkes.go.id/def\\_menu.php](http://www.binfar.depkes.go.id/def_menu.php)*
65. Friedman. M. M. (1998). *Keperawatan Keluarga : Teori Dan Praktik* (edisi 3). Jakarta : Penerbit buku kedokteran EGC
66. Nur Nasry Noor. 2008. *Epidemiologi*. Jakarta: Rineka Cipta

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Turi Puji Cora Gau

NIM : 10542 0214 10

Tempat / Tanggal Lahir : Sungguminasa, 15 Februari 1993

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jl. Abd. Rachman no.4 Makassar

Agama : Islam

Orang Tua : - Ayah : H. Abd. Karim SE,S.kep,M.kes.Ns  
- Ibu : Hj. Sarialang S.kep.Ns

Saudara : (1) Mahathir Muhammad Sarka  
(2) Subi Khatul Fadhika

Pendidikan :

1. TK Nurul Quddus, tamat tahun 1997.
2. SD Negeri Bontoa Makassar, tamat tahun 2004.
3. SMP Pondok Madinah Makassar, tamat tahun 2007.
4. MAN 2 Model Makassar , tamat tahun 2010.
5. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar (2010 - sekarang).



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN  
**BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAERAH**  
Unit Pelaksana Teknis – Pelayanan Perizinan Terpadu  
Jln. Bougenville No. 5 Telp (0411) 441077 Fax (0411) 448956  
**MAKASSAR 90222**

Makassar, 24 Desember 2014

Nomor : 1618/P2T-BKPM/19.36P/12/VII/2014  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada  
Yth. Walikota Makassar  
di-  
Makassar

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kedokteran UNISMUH Makassar Nomor : 460/05/C.4-VI/XII/36/2014 tanggal 18 Desember 2014 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini :

N a m a : Turi Puji Cora Gau  
Nomor Pokok : 10542 0214 11  
Program Studi : Pend. Dokter  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Jl. Slt Alauddin No. 259, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

"HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN TB TERHADAP TINGKAT KETAATAN BEROBAT DI PUSKESMAS BAROMBONG MAKASSAR"

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. 29 Desember 2014 s/d 25 Januari 2015

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi dan dipergunakan seperlunya.

a.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN  
Pit. KEPALA BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL  
DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN  
Selaku Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



**A. IRMAN YASIN LIMPO, SH.**  
Pangkat : Pembina Utama Madya, IV/d  
NIP. P. M. P. 19670824 199403 1 008

TEMBUSAN : Kepada Yth:

1. Dekan Fak. Kedokteran UNISMUH Makassar di Makassar;
2. Peringgal



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Ahmad Yani No 2 Makassar 90111  
Telp +62411 – 3615867 Fax +62411 – 315867  
Email : [Kesbang@makassar.go.id](mailto:Kesbang@makassar.go.id) Home page : <http://www.makassar.go.id>



Makassar, 12 Januari 2015

Kepada

Yth. KEPALA DINAS KESEHATAN  
KOTA MAKASSAR

Di -

MAKASSAR

Nomor : 070 / 097 -II/BKBP/II/2015  
Sifat :  
Perihal : Izin Penelitian

Dengan Hormat,

Menunjuk Surat dari Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor : 18181/P2T-BKPM/19.36P/12/VII/2014, Tanggal 24 Desember 2014, Perihal tersebut di atas, maka bersama ini disampaikan kepada Bapak bahwa :

Nama : Turi Puji Cora Gau  
NIM / Jurusan : 10542021411/ Pend. Dokter  
Instansi/Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Jl. Slt Alauddin No.259, Makassar  
Judul : "HUBUNGAN KARAKTERISTIK PASIEN TB TERHADAP TINGKAT KETAATAN BEROBAT DI PUSKESMAS BAROMBONG MAKASSAR"

Bermaksud mengadakan *Penelitian* pada Instansi / Wilayah Bapak, dalam rangka *Penyusunan Skripsi* sesuai dengan judul di atas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal **09 Januari s/d 25 Januari 2015**.

Sehubungan dengan hal tersebut, pada prinsipnya kami dapat *menyetujui* dan harap diberikan bantuan dan fasilitas seperlunya.

Demikian disampaikan kepada Bapak untuk dimaklumi dan selanjutnya yang bersangkutan melaporkan hasilnya kepada Walikota Makassar Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.

WALIKOTA MAKASSAR  
KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
Drs. H. FERDY AMIN, M.Si  
Pangkat : Pembina Utama Muda  
NIP : 19660909 198603 1 006

**Tembusan :**

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Prop. Sul – Sel. di Makassar;
2. Kepala Unit Pelaksana Teknis P2T Badan Koordinasi Penanaman Modal Daerah Prop. Sul Sel di Makassar;
3. Dekan Fak. Kedokteran UNISMUH Makassar di Makassar;
4. *Mahasiswa yang bersangkutan;*
5. Arsip



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR  
DINAS KESEHATAN  
JALAN TEDUH BERSINAR NO 1 TELP. (0411) 881549 – 887710  
MAKASSAR

Nomor : 440/53 /PSDK/I/2015

Lampiran : -

Hal : Izin Penelitian

Kepada yth,

Kepala puskesmas Barombong

Di -

Tempat

Sehubungan dengan surat dari Badan Kesatuan Bangsa Makassar. No. 070/092-II/BKBP /I/ 2015, Tanggal 12 Januari 2015, perihal tersebut diatas, maka bersama ini disampaikan kepada saudara bahwa :

Nama : **Turi Puji Cora Gau**  
NIM/Jurusan : 10542021411/ Kedokteran  
Instansi : Fakultas Kedokteran UNISMUH  
Judul : **Hubungan Karakteristik Pasien TB terhadap tingkat ketaatan berobat di Puskesmas Barombong**

Akan melaksanakan pengambilan data di wilayah kerja saudara dalam rangka "Penyusunan Skripsi " sesuai judul diatas, yang akan dilaksanakan mulai tanggal **9 Januari s/d 25 Januari 2015**. Oleh karena itu, mohon kiranya dapat diberikan bantuan seperlunya

Demikian disampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Makassar, 14 Januari 2015

Kepala Dinas Kesehatan  
Kota Makassar



**Dr. Hj. A. Naisyah T. Azikin, M. Kes**

Pangkat Pembina Utama muda

NIP.19601014 198902

Tembusan:

1. Yang bersangkutan
2. Peninggal