

**ABSTRAK**

Nanik Widayati, Nurul Ulfania

**Studi Deskriptif Faktor-faktor Penyebab Default Pada Penderita TB Paru Program Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) Di RSUD Batang Tahun 2012**

xii + 81 halaman + 14 tabel + 5 skema + 7 lampiran

Tuberkulosis (TB) Paru merupakan salah satu penyakit menular yang sampai saat ini masih menjadi permasalahan di dunia kesehatan. *Default* adalah putus berobat lebih dari 2 bulan. Angka default di RSUD Batang tahun 2012 mencapai 37,5 %. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran faktor-faktor penyebab *default* penderita TB Paru program DOTS di RSUD Batang tahun 2012. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain deskriptif. Populasi terdiri dari seluruh penderita TB Paru program DOTS di RSUD Batang yang *default* ada 33 penderita. Sampel penelitian ini menggunakan *total sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Data yang diperoleh dianalisa dengan Analisa Univariat. Dari penelitian ini didapatkan hasil bahwa faktor umur sebagian besar usia produktif 15-55 tahun yaitu 60,6%, faktor jenis kelamin sebagian besar laki-laki yaitu 66,7%, faktor tingkat pendidikan sebagian besar pendidikan dasar yaitu 72,7%, faktor pekerjaan sebagian besar bekerja yaitu 66,7%, faktor pengetahuan sebagian besar pengetahuan kurang yaitu 42,4%, faktor efek samping obat sebagian besar tidak ada efek samping obat yaitu 60,6%, faktor penyakit penyerta sebagian besar tidak ada penyakit penyerta yaitu 60,6%, faktor jarak rumah sebagian besar domisili diluar kota kecamatan batang yaitu 63,6%, faktor keberadaan PMO sebagian besar ada PMO yaitu 60,6%, faktor jenis PMO sebagian besar anggota keluarga yaitu 70% dari PMO yang ada (60,6%). Disarankan untuk meningkatkan penyuluhan pengetahuan tentang TB sehingga penderita TB dapat merubah sikap untuk datang berobat secara rutin.

Kata kunci : Umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, efek samping obat, penyakit penyerta, jarak rumah, keberadaan PMO, jenis PMO.

Kepustakaan : 10 buku ( 2000-2012), 14 website

## PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit menular yang sampai saat ini masih menjadi permasalahan di dunia kesehatan. Diperkirakan sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Pada tahun 1990, situasi TB di dunia semakin memburuk, jumlah kasus TB meningkat dan banyak yang tidak berhasil disembuhkan, terutama pada negara yang dikelompokkan dalam 22 negara dengan masalah TB besar (*high burden countries*). Menyikapi hal tersebut, pada tahun 1993 WHO mencanangkan TB sebagai kedaruratan dunia (*global emergency*). Ditemukan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB didunia, terjadi pada negara-negara berkembang (Departemen Kesehatan (DepKes ) 2007, hh. 3-4).

Pada tahun 2009 terdapat 9,4 juta kasus baru TB (3,3 juta diantaranya perempuan) dan 1,7 juta meninggal karena TB (600.000 ribu diantaranya perempuan). Sepertiga dari populasi dunia sudah tertular dengan TB dimana sebagian besar penderita TB adalah usia produktif (15-45 tahun) (Kemenkes 2012).

Di Indonesia, penyakit tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Diperkirakan jumlah pasien TB di Indonesia sekitar 10% dari total jumlah pasien TB di dunia. Pada tahun 2004 setiap tahun ada 539.000 kasus baru dan kematian 101.000 orang. Insiden kasus BTA positif sekitar 110 per 100.000 penduduk ( DepKes RI 2007, h. 4 ).

Berdasar data Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2007 jumlah penderita TB di Indonesia berkisar 528 ribu orang atau berada pada posisi ketiga di dunia setelah India dan Cina. Tahun 2009 TB Indonesia mengalami penurunan, berada di urutan ke lima setelah India, Cina, Afrika Selatan, Nigeria dengan jumlah penderita TB 429 ribu orang (WHO Global Tuberculosis Control 2010).

Penanggulangan TB di Indonesia sudah berlangsung sejak zaman penjajahan Belanda, namun terbatas hanya pada kelompok tertentu. Tahun 1969 penanggulangan dilakukan secara nasional melalui Puskesmas (belum menggunakan strategi DOTS). Pada tahun 1995 program nasional penanggulangan TB menerapkan strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS) dan dilaksanakan di Puskesmas secara bertahap. Namun pada tahun 2000 strategi DOTS dilaksanakan secara nasional di seluruh Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) terutama Puskesmas yang diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar (DepKes 2007,h. 8).

Dengan berjalannya waktu strategi DOTS mulai dikembangkan di Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) dan rumah sakit. Hasil survei prevalensi tuberkulosis tahun

2004 menunjukkan bahwa pola pencarian pengobatan pasien tuberkulosis kerumah sakit ternyata cukup tinggi yaitu sekitar 60% pasien tuberkulosis pertama kali mencari pengobatan di rumah sakit. Dengan demikian rumah sakit dapat memberikan kontribusi yang sangat tinggi terhadap penemuan pasien TB. Saat ini sekitar 30% dari seluruh rumah sakit yang ada di Indonesia melaksanakan strategi DOTS (Pedoman penerapan DOTS di RS 2007, h.iii)

Hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh WHO dan Tim TB *External Monitoring Mission* pada tahun 2005 menunjukkan bahwa meskipun angka penemuan kasus TB di rumah sakit tinggi, tetapi angka kesembuhan pengobatan di rumah sakit pada umumnya masih dibawah 50% dengan angka putus berobat pada sebagian rumah sakit mencapai 50% sampai 80%. Kondisi tersebut beresiko menciptakan masalah yang besar yaitu meningkatkan kemungkinan terjadinya resistensi terhadap Obat Anti Tuberkulosis atau disebut *Multi Drug Resistance* (MDR-TB). Untuk itu dibutuhkan keterlibatan rumah sakit dalam pengendalian tuberkulosis dengan strategi DOTS dan harus dibentuk suatu jejaring kerja yang kuat agar kasus putus berobat dapat dikurangi. (Pedoman penerapan DOTS di rumah sakit: Depkes RI 2007,h 5).

Di Propinsi Jawa Tengah, pada tahun 2011 kasus TB dengan BTA positif mencapai 20.635 orang. Di Kabupaten Batang berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Batang, penemuan kasus baru dengan BTA positif pada tahun 2009 sebanyak 574 orang, tahun 2010 sebanyak 542 orang dan pada tahun 2011 sebanyak 554 orang. Dari data tersebut tercermin bahwa masalah TB paru di Kabupaten Batang masih cukup tinggi, dengan selalu ditemukannya kasus baru pada tiap tahunnya.

Data yang diperoleh dari Unit DOTS RSUD Batang, pasien yang mengikuti program DOTS, pada tahun 2009 sebanyak 58 orang, tahun 2010 sebanyak 58 orang dan tahun 2011 sebanyak 64 orang, tahun 2012 sebanyak 88 orang. Melihat angka tersebut proporsi pasien BTA positif diantara suspek (program DOTS) di Unit DOTS RSUD Batang pada tahun 2009: 14%, tahun 2010: 12,7% dan tahun 2011: 14%, tahun 2012: 17.2%. Angka standar Depkes, 2008 adalah 10-15%, maka angka tersebut menggambarkan mutu proses penemuan pasien sampai diagnosa dan kriteria suspek adalah baik (masih dalam kisaran standar yang ditetapkan Depkes).

Angka kesembuhan adalah proporsi pasien TB paru BTA positif yang sembuh diantara pasien TB paru positif yang diobati di Unit DOTS RSUD Batang dengan program DOTS pada tahun 2009 : 47%, tahun 2010: 31%, tahun 2011: 55%. Angka kesembuhan

tersebut jauh dari angka yang ditetapkan Depkes yaitu kurang dari 85% sehingga dapat diartikan angka kesembuhan pasien TB dengan strategi DOTS yang dijalankan di RSUD Batang belum berhasil.

*Default* (putus obat) adalah penderita TB yang tidak menelan obat 2 bulan atau lebih secara berturut-turut sebelum masa pengobatan selesai (Depkes. RI 2008, h 9). *Default* di Unit DOTS RSUD Batang pada tahun 2009: 34%, tahun 2010 : 40%, tahun 2011: 33%, tahun 2012 : 30,3%. Standar angka *default* yang ditetapkan oleh Depkes adalah kurang dari 5%, dengan demikian dapat diartikan bahwa angka *default* pasien TB paru program DOTS di RSUD Batang masih tinggi, jauh melampaui angka standar yang ditetapkan Depkes (Data Rekam Medis RSUD Batang).

*Default* merupakan salah satu penyebab terjadinya kegagalan pengobatan yang berpotensi meningkatnya kemungkinan terjadinya resistensi terhadap obat anti tuberkulosis *Multi Drug Resisten* (TB MDR). Apabila seorang penderita telah menderita resistensi obat maka biaya pengobatan akan banyak dan waktu berobat agak lama. Tentunya karena penyakit ini, produktivitas penderita akan terganggu. Seorang penderita TB dewasa diperkirakan akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan dan hal ini dapat mengakibatkan penderita tersebut kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20-30% (Depkes RI 2007, h. 3).

Menurut Green, 1980 (dalam Notoatmodjo 2003, hh 13-15) bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi atau terbentuk dari 3 faktor yaitu Faktor - faktor predisposisi (*predisposing factors*) yang terwujud dalam pengetahuan, kepercayaan, nilai budaya, Persepsi, karakteristik individu. Faktor – faktor pemungkin (*enabling factors*), yang terwujud ketersediaan fasilitas, keterjangkauan vasilitas, ketrampilan petugas, komitmen pemerintah. Faktor – faktor penguat (*reinforcing factors*), yang terwujud sikap dan perilaku petugas kesehatan, keluarga, tokoh masyarakat. Ketiga faktor dapat berhubungan dengan kejadian *default* penderita TB paru.

Berdasarkan beberapa penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Chandrasekaran et al (2005) tentang *default* selama fase intensif dalam pengobatan program DOTS, hasil penelitian dikatakan bahwa usia tidak produktif >45 tahun (AOR = 1.9; 95% CI = 1,2-3,0) lebih beresiko default dibanding usia produktif.

Di Unit DOTS RSUD Batang dari hasil pengamatan peneliti bulan maret sampai bulan desember 2009 didapatkan data usia produktif 15-55 tahun sebanyak 24 orang dengan

presentase 56% dan usia tidak produktif > 55 tahun sebanyak 19 orang dengan presentase 44% ( Data Unit DOTS RSUD Batang Tahun 2009)

Penelitian yang dilakukan oleh Vijay et al (2003) tentang *default* pasien TB yang diobati dalam program DOTS di kota bangalore. Diketahui bahwa faktor jenis kelamin laki laki lebih beresiko *default* daripada wanita (*Adjusted Odds Ratio* (AOR) = 2,49) sedangkan penelitian yang dilakukan oleh T. Santha, et all (2000) tentang faktor resiko yang terkait dengan standar kegagalan dan kematian pasien TB yang diobati dengan program DOTS di Kabupaten Tiruvallu India selatan, diketahui bahwa laki-laki beresiko tinggi untuk terjadinya *default* (AOR 3,4; 95% CI 1,5-8,2) daripada wanita.

Di Unit DOTS RSUD Batang jenis kelamin laki- laki yang diobati dengan program DOTS tahun 2009 sebanyak 23 orang dengan persentase 54% sedangkan perempuan 20 orang dengan persentase 46%.(Data Unit DOTS RSUD Batang tahun 2009)

Penelitian dari Erawatyningasih et al (2009) pendidikan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru yaitu  $p=0,007$ . Di Unit DOTS RSUD Batang belum adanya data pendidikan pasien TB.

Berdasarkan dari penelitian Vijay et al (2003) tentang Default pasien TB yang diobati dalam program DOTS di kota Bangalore dihasilkan bahwa pasien yang memiliki pengetahuan kurang tentang TB beresiko untuk *default* dengan ( AOR= 3,06). Di Unit DOTS RSUD Batang setiap pasien sudah mendapatkan penyuluhan tentang TB sebelum pengobatan diberikan tetapi belum dilakukan pencatatan tingkat pengetahuan pasien tentang TB.

Penelitian Syaumaryadi 2000, tentang hubungan keluhan efek samping obat anti TB dengan ketidakpatuhan berobat penderita TB paru di kota Palembang propinsi Sumatera Selatan tahun 1999-2000 dihasilkan ada hubungan keluhan efek samping obat anti TB dengan ketidakpatuhan berobat, dimana penderita TB paru yang ada keluhan efek samping OAT 3,00 kali lebih beresiko untuk tidakpatuh berobat dibanding dengan yang tidak ada efek samping OAT (OR=3,00;95% CI: 1,58-4,87).

*Di Unit DOTS RSUD Batang* pasien yang didapatkan efek samping obat baik ringan (selain air kencing berwarna merah) maupun berat sebanyak 25 orang dengan persentase 58% sedangkan pasien yang tidak terdapat efek samping obat sebanyak 18 orang dengan persentase 42%. (Data Unit DOTS RSUD Batang tahun 2009).

Berdasarkan penelitian Flavanto (2001) tentang TB paru dengan Diabetes Melitus, menyatakan bahwa TB dan DM seringkali ditemukan bersama- sama (42,1%), terutama

pada seseorang dengan resiko tinggi untuk menderita TB. DM telah dilaporkan dapat merubah gejala klinis dari TB serta berhubungan dengan respon lambat dari pengobatan TB dan tingginya mortalitas. Di Unit DOTS RSUD Batang pasien yang mempunyai penyakit penyerta DM, Hepatitis, HIV AIDS, dll ada 27 pasien dengan persentase 63% ( Data Unit DOTS RSUD Batang tahun 2009)

Penelitian Kharisma (2009) tentang hubungan jarak rumah, tingkat pendidikan, dan lama pengobatan dengan kepatuhan berobat penderita TB paru di RSUD DR. Moewardi, dari hasil uji statistik didapatkan jarak rumah dengan kepatuhan  $t=-0,502$  dan  $p = 0,000$ , tingkat pendidikan dengan kepatuhan nilai  $t= 0,308$  dan  $p=0,028$ , lama pengobatan dengan kepatuhan  $t=-0,456$  dan  $p= 0,008$ . Menurut hasil analisa regresi, jarak rumah merupakan prediktor terkuat ( $\beta=0,492$ ), disusul dengan pendidikan ( $\beta = 0,473$ ) dan lama pengobatan ( $\beta= -0,225$ ). Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat signifikan antara jarak rumah, pendidikan, dan lama pengobatan dengan kepatuhan berobat.

Data di Unit DOTS RSUD Batang penderita TB paru yang berdomisili diluar kecamatan batang sebanyak 27 orang dengan persentase 63% sedangkan yang berdomisili didalam wilayah kecamatan batang 16 orang dengan persentase 37%. (Data Unit DOTS RSUD Batang tahun 2009).

Data tentang keberadaan PMO di Unit DOTS RSUD Batang yaitu penderita yang tidak didampingi PMO sebanyak 23 dengan persentase 53% sedangkan yang didampingi PMO sebanyak 20 orang dengan persentase 47%. Data tentang jenis PMO yaitu PMO yang masih ada hubungan darah dengan penderita sebanyak 12 orang dengan persentase 60% sedangkan PMO yang tidak ada hubungan darah dengan penderita ada 8 orang dengan persentase 40%.

Berdasarkan hasil pengamatan penelitian terdahulu, peneliti tertarik untuk mengetahui faktor-faktor penyebab *default* pada penderita TB paru program DOTS di RSUD Batang tahun 2012 yang belum pernah dilakukan penelitian.

## **TUJUAN PENELITIAN**

Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran faktor penyebab *default* penderita TB paru program DOTS di RSUD Batang pada tahun 2012.

## **METODOLOGI PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain deskriptif yaitu hanya memaparkan, menggambarkan, mendeskripsikan variabel penelitian tanpa menganalisa hubungan antar variabel ( Dharma, 2011, h 77).

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo 2010, h. 115). Dalam penelitian ini populasi targetnya adalah seluruh penderita TB paru yang berobat di RSUD Batang dengan program DOTS tahun 2012. Populasi terjangkau adalah penderita TB paru yang berobat di RSUD Batang dengan program DOTS yang putus obat lebih dari 2 bulan (*default*) ada 33 Penderita TB. Dalam penelitian ini penulis menggunakan *total sampling* yaitu seluruh anggota populasi terjangkau sebagai sampel penelitian dan masuk kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Batang mulai tanggal 5 Agustus 2013 sampai tanggal 16 Agustus 2013.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

### **1. Umur**

Hasil penelitian berdasarkan umur menunjukkan sebagian besar responden TB Paru program DOTS di RSUD Batang yang *default* adalah usia produktif 15-55 tahun sebanyak 63,6% dan tidak produktif >55 tahun sebanyak 12 orang (36,4%). Hasil penelitian ini sesuai dengan data Depkes RI, tahun 2002 pada pedoman penanggulangan Tuberkulosis yang menyatakan bahwa penderita TBC terbanyak pada usia produktif (15-55 tahun). Berdasarkan teori pada usia produktif proporsi yang bekerja lebih banyak (74%) sehingga masih banyak (34,4%) yang tidak patuh dalam berobat TB sampai tuntas sehingga ketidaksembuhan pasien TBC dapat menjadi faktor penular dilingkungan pasien.

Sesuai juga dengan hasil penelitian Perdana (2008) bahwa penderita yang dikategorikan usia produktif umumnya aktifitas cukup tinggi dalam sehari-hari sehingga kadang- kadang terlupakan untuk datang berobat dan minum obat secara teratur. Menurut responden yang berusia produktif banyak yang *default* dikarenakan usia produktif mobilitasnya sangat tinggi dan fisiknya masih kuat sehingga tidak merasa ada gejala yang dirasakan apabila tidak minum obat OAT. Sedangkan usia tidak produktif kebanyakan orang tua yang tidak banyak kegiatan diluar rumah sehingga lebih teratur untuk berobat.

## **2. Jenis Kelamin,**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil penelitian berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden TB Paru program DOTS di RSUD Batang yang *default* adalah laki-laki (66,7%) dan perempuan sebanyak 11 orang (33,3 %). Hasil ini sesuai dengan Penelitian Santha et al (2002) dari Pusat Penelitian Tuberkulosis Chennai India, mengenai faktor resiko yang berhubungan dengan default pasien TB yang diobati dengan strategi DOTS pada bulan Mei 1999- April 2000 bahwa laki-laki (AOR 3,4,95% CI 1,5-8,2) lebih beresiko untuk mengalami *default* pengobatan dibandingkan wanita.

Dari hasil wawancara dengan responden didapatkan hasil penelitian bahwa laki-laki adalah tulang punggung keluarga sehingga tidak mempedulikan penyakitnya demi untuk memenuhi kebutuhan keluarganya, laki-laki kebanyakan bekerja diluar rumah bahkan keluar kota, sehingga waktunya sulit untuk kontrol secara rutin. Sedangkan wanita lebih banyak waktunya dirumah dan wanita lebih mempedulikan kesehatannya sehingga wanita lebih teratur kontrol

## **3. Tingkat Pendidikan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden berdasarkan tingkat pendidikan penderita TB Paru Program DOTS di RSUD Batang yang *default* yaitu pendidikan dasar sebanyak 72,7%, pendidikan menengah sebanyak 9 orang (27,3%) dan pendidikan tinggi tidak ada (0%). 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 suatu perbuatan semakin tinggi pendidikan akan semakin baik pengetahuan tentang kesehatan. Pendidikan dapat menambah wawasan atau pengetahuan seseorang. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan mempunyai pengetahuan luas dibandingkan tingkat pendidikan lebih rendah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian dari Erawatyningsih, Purwanta, dan Subekti (2009) tentang Faktor- faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru, dari hasil analisis diperoleh nilai koefisien korelasi parsial sebesar 0,200 dengan  $p = 0,007$  karena  $p > 0,05$  maka 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.

#### **4. Pekerjaan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden berdasarkan pekerjaan penderita TB Paru Program DOTS di RSUD Batang yang *default* didapatkan bekerja sebanyak 66.7% dan yang tidak bekerja sebanyak 11 orang (33,3%).

Sesuai dengan penelitian Rahmansyah (2012) kelompok yang bekerja terlalu sibuk dengan pekerjaannya dan mobilitas pekerjaan yang tinggi atau pekerjaannya yang terlalu berat sehingga tidak bisa mengatur waktu untuk berobat, sedang penderita yang tidak bekerja akan lebih patuh berobat karena penderita mempunyai waktu yang lebih banyak untuk berobat. Berdasarkan uji statistik dengan uji log rank pada tingkat kepercayaan 95% menunjukkan perbedaan yang bermakna dengan nilai  $p < 0,01$ . Pada analisa multivariat dengan *coxproporsional hazard* diperoleh nilai HR 3,72 (95%CI: 1,65-8,36) yang berarti penderita TB Paru yang bekerja memiliki resiko *default* sebesar 3,7 kali dibandingkan dengan penderita TB Paru yang tidak bekerja. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Safriati (2003) bahwa ada hubungan antara pekerjaan dengan putus berobat penderita TB Paru dengan nilai  $p = 0,048$ .

Adanya kesamaan hasil penelitian dengan fenomena yang ada pada responden di kabupaten Batang dikarenakan pekerjaan merupakan suatu aktifitas yang dilakukan untuk mencari nafkah, responden yang bekerja sulit sekali meluangkan waktunya untuk datang berobat, karena kesibukannya dan mobilitas yang tinggi, Sedangkan yang tidak bekerja memiliki waktu yang banyak dan tidak terikat oleh siapapun sehingga teratur untuk kontrol.

#### **5. Pengetahuan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan pengetahuan sebagian besar responden TB Paru program DOTS di RSUD Batang yang *default* adalah responden yang mempunyai pengetahuan kurang (42.4), pengetahuan cukup sebanyak 11 orang (33,3%) dan pengetahuan yang baik sebanyak 8 orang (24,2%). Hasil penelitian ini 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* dengan (AOR= 3,06). Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian Erawatyningsih (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 dengan nilai  $p=0,0002$  ( $p<0,05$ ).

## **6. Efek Samping Obat**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan efek samping OAT sebagian besar responden TB Paru program DOTS di RSUD Batang yang *default* adalah responden yang tidak ada efek samping OAT (60,6%). dan yang ada efek samping obat sebanyak 13 orang (39,4%) d. Efek samping obat adalah keluhan yang dirasakan penderita TB paru setelah meminum obat TB. Berdasarkan penelitian Syaumaryadi (2000) tentang Hubungan keluhan efek samping obat anti TB dengan ketidakpatuhan berobat penderita TB paru di Kota Palembang Sumatera Selatan Tahun 1999- 2000 dimana penderita TB paru ada keluhan efek samping OAT 3,00 kali lebih berisiko untuk tidak patuh berobat dibandingkan dengan tidak ada keluhan dengan efek samping OAT ( OR: 3,00 dan 95% CI: 1,58-4,87).

Terdapat perbedaan hasil penelitian disebabkan karena pasien yang tidak ada efek samping obat merasa sudah sembuh walaupun belum selesai pengobatan sehingga tidak kontrol untuk meneruskan pengobatan. Sedangkan yang ada efek samping obat OAT merasa kurang nyaman dan ketakutan sehingga kontrol lagi untuk mengemukakan keluhan yang muncul, dan mendapatkan obat sesuai keluhan sehingga pengobatan dapat selesai. Pendapat ini berasal dari hasil wawancara peneliti dengan responden disaat pengisian kuesioner.

## **7. Penyakit penyerta**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan penyakit penyerta sebagian besar responden TB Paru program DOTS di RSUD Batang yang *default* adalah responden yang tidak ada penyakit penyerta (60,6%) dan yang ada penyakit penyerta sebanyak 13 orang (39,4%). Penyakit penyerta adalah penyakit yang diderita pasien selain TB paru. Berdasarkan penelitian Flavanto (2011) tentang TB paru dengan Diabetes Melitus menyatakan bahwa TB dan DM seringkali ditemukan bersama-sama (42,1%), terutama pada seseorang dengan resiko tinggi untuk menderita TB. DM telah dilaporkan dapat merubah gejala klinis dari TB serta berhubungan dengan respon lambat dari pengobatan TB dan tingginya mortalitas. TB dapat mengakibatkan pengaruh yang buruk terhadap kadar gula darah karena intoleran glukosa yang

menyebabkan keadaan hiperglikemi dan akan membaik atau normal dengan pengobatan anti TB. Penderita dengan penyakit penyerta lebih patuh berobat.

Menurut pendapat responden saat dilakukan wawancara, penderita TB Paru yang mempunyai penyakit penyerta yaitu DM, hepatitis, HIV, gagal ginjal, hamil, penyakit hati kronis dan lain-lain harus mendapatkan pengobatan kedua penyakitnya, merasa takut, keluhan yang semakin banyak sehingga penderita selalu kontrol rutin untuk mendapatkan pengobatan kedua penyakitnya. Sedangkan penderita TB Paru yang tidak ada penyakit penyerta begitu mendapatkan OAT walaupun pengobatan belum selesai dan merasa sudah tidak ada keluhan maka dia tidak kontrol untuk melanjutkan pengobatannya.

## **8. Jarak Rumah**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan jarak rumah sebagian besar responden TB Paru program DOTS di RSUD Batang yang *default* adalah yang jarak jauh di luar kota kecamatan Batang ( 63,6%) dan berjarak dekat di dalam kota kecamatan Batang sebanyak 12 orang (36,4%). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Kharisma (2009) tentang hubungan jarak rumah dengan kepatuhan berobat penderita TB paru di RSUD DR. Moewardi, dari hasil uji statistik didapatkan jarak rumah dengan kepatuhan  $t=-0,502$  dan  $p = 0,000$ . Menurut hasil analisa regresi, jarak rumah merupakan prediktor terkuat ( $\beta=0,492$ ), 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 (57,3%) lebih patuh dari responden yang mengatakan jarak rumah ke puskesmas jauh (42,7%).

Persamaan hasil penelitian dikarenakan kabupaten Batang memiliki wilayah yang luas terdiri dari 15 kecamatan yaitu yang berjarak jauh ada 14 kecamatan, dan jarak dekat ada 1 kecamatan. 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.

## **9. Keberadaan PMO**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan keberadaan PMO sebagian besar responden TB Paru program DOTS di RSUD Batang yang *default* adalah responden yang ada PMO (60,6%) dan yang tidak ada PMO sebanyak 13 orang

(39,4%). Penelitian ini sesuai dengan penelitian Erawatyningasih(2005) tidak ada pengaruh yang signifikan peran PMO terhadap ketidakpatuhan berobat pada penderita TB Paru. Berdasar analisis diperoleh koefisien korelasi parsial sebagian =0,107 dengan  $p=0,211$  karena  $p > 0,05$ .

Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO. Tugas PMO mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan, memberikan dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur, mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan, memberi penyuluhan pada anggota pasien TB yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke RS/ UPK. Hal ini dapat membuat penderita TB paru merasa lebih diperhatikan sehingga teratur berobat. Berdasarkan penelitian Pare, Amirudin, dan Leida (2010) tentang hubungan antara PMO dengan perilaku berobat pasien TB paru di Puskesmas Batua Tamamaung Kota Makasar Tahun 2010, bahwa peran PMO merupakan faktor resiko terhadap perilaku berobat pasien TB paru dengan nilai (OR=3.636).

#### **10. Jenis PMO**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan jenis PMO sebagian besar responden TB Paru program DOTS di RSUD Batang yang *default* adalah PMO anggota keluarga (70,0%) dan PMO bukan keluarga sebanyak 6 orang (30%) dari sejumlah 20 orang PMO yang ada Hasil penelitian sesuai dengan penelitian Asnawi (2002), terdapat perbedaan yang bermakna dengan nilai  $p=0,016$  dengan OR : 2,88 (95% CI : 1,272-6,555), responden yang PMO petugas memiliki peluang patuh berobat 2,8 kali bila dibandingkan dengan responden yang PMO keluarga sendiri.

Menurut data yang peneliti terima dari responden, Penderita TB Paru yang didampingi keluarganya lebih banyak yang *default* dikarenakan ketergantungan dengan keluarganya, merasa lebih nyaman didampingi keluarganya, keluarga yang berperan sebagai PMO menjadi tulang punggung keluarga, ketakutan apabila didampingi bukan keluarganya, Disaat PMO tidak bisa mengantar, penderita juga tidak bersedia kontrol. Sedangkan yang bukan keluarga (petugas kesehatan, kader, guru, tokoh masyarakat lebih mendapat perhatian dari PMO sehingga kontrol bisa teratur

## **SIMPULAN**

Hasil penelitian faktor-faktor penyebab *default* pada penderita TB Paru program DOTS di RSUD Batang tahun 2012 dapat disimpulkan sebagai berikut :

- a. Penderita TB Paru program DOTS di RSUD Batang yang *default* berdasarkan umur sebagian besar usia produktif 15-55 tahun yaitu sebanyak 60,6%.
- b. Penderita TB Paru Program DOTS di RSUD Batang yang *default* berdasarkan jenis kelamin sebagian besar laki-laki yaitu sebanyak 66,7%
- c. Penderita TB Paru Program DOTS di RSUD Batang yang *default* berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar pendidikan dasar yaitu sebanyak 72,7%
- d. Penderita TB Paru Program DOTS di RSUD Batang yang *default* berdasarkan pekerjaan sebagian besar bekerja yaitu sebanyak 66,7%.
- e. Penderita TB Paru Program DOTS di RSUD Batang yang *default* berdasarkan pengetahuan sebagian besar pengetahuan kurang sebanyak 42,4%.
- f. Penderita TB Paru Program DOTS di RSUD Batang yang *default* berdasarkan efek samping obat sebagian besar tidak ada efek samping obat yaitu sebanyak 60,6%
- g. Penderita TB Paru Program DOTS di RSUD Batang yang *default* berdasarkan penyakit penyerta sebagian besar tidak ada penyakit penyerta yaitu sebanyak 60,6%.
- h. Penderita TB Paru Program DOTS di RSUD Batang yang *default* berdasarkan jarak rumah sebagian besar penderita yang berdomisili di luar kota kecamatan Batang yaitu sebanyak 63,6%.
- i. Penderita TB Paru Program DOTS di RSUD Batang yang *default* berdasarkan keberadaan PMO sebagian besar lebih banyak penderita yang ada PMO yaitu sebanyak 60,6%.
- j. Dari jumlah semua PMO yang ada (60,6%) penderita TB Paru Program DOTS di RSUD Batang yang *default* berdasarkan jenis PMO sebagian besar anggota keluarga yaitu sebanyak 70%.

## **SARAN**

### **1. Untuk RSUD Batang**

Meningkatkan pelayanan pasien TB Paru dengan strategi DOTS dengan menerapkan *International Standart for Tuberculosis Care (ISTC)*. Menguatkan jejaring internal dan eksternal dengan Puskesmas, Rumah Sakit, BPKM untuk melacak pasien mangkir sebelum menjadi *default*. Untuk pasien usia produktif, laki-laki,

bekerja, lebih ditekankan lagi komitmen tempat pengobatan di rumah sakit atau ke puskesmas dengan menandatangani informed consent.

Penderita yang mempunyai pengetahuan rendah atau tingkat dasar, selalu dilakukan evaluasi pengetahuan tentang penyakit TB, Efek samping obat, penyakit penyerta. Penderita yang berdomisili di luar kecamatan Batang yang tanpa penyakit penyerta dipindahkan ke puskesmas terdekat. Setiap penderita harus didampingi PMO dan PMO dianjurkan menandatangani pernyataan kesanggupan menjadi PMO. Diadakan pertemuan PMO di Rumah Sakit secara berkala untuk pemberian bekal pengetahuan yang lebih dalam, agar terjalin rasa kekeluargaan sehingga dapat saling memotivasi satu sama lainnya.

## **2. Untuk Dinas kesehatan**

DKK ikut memberikan bimbingan dengan jalan supervisi secara berkala yaitu setiap bulan agar jejaring eksternal berjalan, angka *default* di RSUD Batang menurun sesuai standar Depkes, angka kesembuhan meningkat sehingga berpengaruh dengan pencapaian angka kesembuhan di tingkat Kabupaten. Memberikan dukungan logistik OAT yang cukup jenis KDT maupun obat-obat simtomatik untuk penderita yang ada efek samping obat. Memberikan dukungan anggaran terutama anggaran untuk pelacakan pasien baik mangkir maupun *default*.

## **3. Untuk kepentingan keilmuan**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi sebagai data dasar untuk melakukan penelitian sejenis yang lebih dalam dengan menghubungkan antar faktor sehingga dapat diperoleh faktor yang sangat berpengaruh terhadap *default*.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Arikunto 2006, *Prosedur penelitian Suatu Pendekatan Praktis*, Rineka Cipta

Chandrasekaran, V, Gopi, PG, Subramani, R, Thomas, A, Jaggarajamma, K & Narayanan, PR 2005, “*Default During The Intensive Phase Of Treatment Under Dots Programme*”, India J Tugere 2005 ; 52 : 197–202; dilihat 10 Januari 2013, [www.medind.nic.in](http://www.medind.nic.in).

Chang, KC, Leung, CC & Tam, CM 2004, “*Risk Factor For Defaulting From Anti – Tuberculosis Treatment Under Directly Observed treatment In Hongkong*”, Int J Tuberc Lung Dis 8 (12) : 1492-1498 2004 IVATLD, dilihat 10 Januari 2013, [www.ingentaconnect.com](http://www.ingentaconnect.com).

Depkes RI 2007, *Pedoman Penerapan DOTS Di Rumah Sakit*. Depkes RI, Jakarta.

- Depkes RI 2008, *Pelatihan Penanggulangan Tuberkulosis Bagi Tim DOTS Rumah Sakit*, Modul A B C D E F Depkes RI, Jakarta.
- Dharma, KK 2011, *Metodologi Penelitian Keperawatan*, Trans Info Media, Jakarta.
- Dinkes 2012, *Program Penanggulangan TBC Nasional, Register TBC Unit Pelayanan Kesehatan ( TB 03)*, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 2012.
- Erawatyningsih, E, Purwanta & Subekti, H 2005, *Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat pada penderita tuberkulosis paru*, dilihat 10 Pebruari 2013, [lsjd.dii.lipi.go.id](http://lsjd.dii.lipi.go.id).
- Flavanto, E 2011, *Tuberculosis Paru dengan Diabetes Melitus*, dilihat 10 Pebruari 2013, <http://id.scribd.com/dot/76533755/referat-TB-dgn-DM>.
- Hariato, H 2010, *Pengelolaan voice of customer untuk menurunkan angka default pada pengobatan TB strategi DOTS di RS Paru Dungus Madiun*.
- Kharisma, ES, *Hubungan jarak rumah, tingkat pendidikan, dan lama pengobatan dengan kepatuhan berobat penderita TB Paru di RSUD dr. Moewardi*, n.d, dilihat 10 Pebruari 2013, [digilib.uns.ac.id](http://digilib.uns.ac.id)
- Menkokesra 2012, *Indonesia masuk 10 negara dengan beban tuberkulosis terbesar*, dilihat 12 Desember 2012, [www.menkokesra.go.id](http://www.menkokesra.go.id).
- Niven, N 2000, *Psikologi Kesehatan : Pengantar untuk perawat dan profesional kesehatan lain*, Frans Agung Waluyo, Editor Monica Ester, Edk 2, EGC, Jakarta.
- Notoadmodjo, S 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoadmodjo, S 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Pare, Al, Amirudin, R & Leida, I 2012, *Hubungan antara pekerjaan, PMD, Pelayanan kesehatan, dukungan keluarga dan diskriminasi dengan perilaku berobat pasien TB Paru*, dilihat 12 Pebruari 2013, [ameldabassy@rocketmail.com](mailto:ameldabassy@rocketmail.com).
- PPTI 2012, *TB di Indonesia peringkat ke-5*, dilihat 12 Desember 2012, [www.ppti.info](http://www.ppti.info).
- PPTI 2012, *TBC masalah kesehatan dunia, kementerian kesehatan Republik Indonesia : Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan*, dilihat 12 Desember 2012, [www.bppsdmk.depkes.go.id](http://www.bppsdmk.depkes.go.id).
- PPTI 2012, *Evaluasi Metode FASTPlaqueTB Untuk mendeteksi Mycobacterium tuberculosis pada Sputum di beberapa Unit Pelayanan kesehatan di Jakarta-Indonesia*, dilihat 12 Desember 2012, [www.ppti.info](http://www.ppti.info)
- Arikunto 2006, *Prosedur penelitian Suatu Pendekatan Praktis* , Rineka Cipta
- Setiawan, Y 2012, *Masalah kesehatan dunia dan Indonesia*, dilihat 12 Desember 2012, [www.ikc.or.id](http://www.ikc.or.id).
- Syaumaryadi, 2000, *Hubungan keluhan efek samping obat anti tuberkulosis dengan ketidakpatuhan berobat penderita TB Paru di Kota Palembang Propinsi Sumatera Selatan Tahun 1999-2000*, dilihat 10 Pebruari 2013, [www.digilib.ui.ac.id](http://www.digilib.ui.ac.id).

UU RI No 20 tahun 2002 tentang *Sistem Pendidikan Nasional*, [www -sisdiknas dilihat 27 juli 2013 Unpad.ac.id/wp....id/wp.../uu20-2003](http://www-sisdiknas.dilihat27juli2013.unpad.ac.id/wp....id/wp.../uu20-2003)

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 10 Januari 2013, [www.openmed.nic.in](http://www.openmed.nic.in).