



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PERAN MOTIVATOR TB MUHAMMADIYAH –
AISYIYAH TERHADAP KEPATUHAN PASIEN TB PARU
BEROBAT PADA FASE AWAL PENGOBATAN DI
KECAMATAN KOJA DAN KECAMATAN CILINCING
JAKARTA UTARA PERIODE JANUARI 2009 – MEI 2010**

TESIS

Nama : ERNIRITA

NPM : 0806442885

PROGRAM PASCA SARJANA EPIDEMIOLOGI KOMUNITAS

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS INDONESIA

DEPOK, 2010

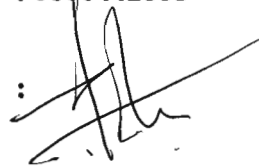
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Erni Rita

NPM : 0806442885

Tanda Tangan :



Tanggal : 12 Juli 2010

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : ERNI RITA

NPM : 0806442885

Mahasiswa Program : Pascasarjana

Tahun Akademik : 2009/2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi/tesis/disertasi) saya yang berjudul :

Pengaruh Peran Motivator TB Muhammadiyah - Aisyiyah

Terhadap Kepatuhan Pasien TB Paru Serobot Pada

Fase Awal Pengobatan di Kecamatan Kojan dan Cilincing

Jakarta Utara Periode Januari 2009 - Mei 2010

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok,20....


(.....)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Erni Rita

NPM : 0806442885

Program Studi : Epidemiologi

Judul Tesis : Pengaruh Peran Motivator TB Muhammadiyah – Aisyiyah Terhadap Kepatuhan Pasien TB Paru Berobat pada Fase awal Pengobatan Di Kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing- Jakarta Utara, Periode Januari 2009 – Mei 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Epidemiologi pada Program Studi Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : drg. Nurhayati P, MPH, MSc, ScD ()

Penguji : dr. Yovsyah, M.Kes ()

Penguji : Renti Mahkota, SKM, M.Epid ()

Penguji : Sulistyono, SKM, M.Epid ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 3 Juli 2010

Sabarkanlah dirimu bersama orang-orang yang menyeru Tuhan mereka pada waktu pagi dan sore demi menghendaki keridhaan Nya. Janganlah kedua matamu berpeling dari mereka demi kesenangan hidup dunia. Dan janganlah engkau mentaati orang yang kami lengahkan hatinya dari mengingat Kami dan mengikuti nafsunya, sedangkan perbuatannya melewati batas (Q.S.AlKahfi : 28)

Sesungguhnya orang-orang yang beriman dan mengerjakan amal saleh, mereka diberi petunjuk oleh ALLAH karena keimanannya

(QS, Yunus : 79)

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Erni Rita
NPM : 0806442885
Program Studi : Pasca Sarjana
Departemen : Epidemiologi
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Nonesklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh Peran Motivator TB Muhammadiyah – Aisyiyah Terhadap kepatuhan Penderita TB Paru Berobat Di Kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing- Jakarta Utara, Periode Januari 2009 – Mei 2010

Dengan Hak Bebas Royalti Nonesklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalma bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 12 Juli 2010

Yang menyatakan

(ErniRita)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	iv
ABSTRAK.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1.Latar Belakang.....	1
1.2.Rumusan Masalah.....	9
1.3.Pertanyaan Penelitian	9
1.4.Tujuan Penelitian.....	10
1.4.1. Tujuan Umum	10
1.4.2. Tujuan Khusus	10
1.5.Manfaat Penelitian	10
1.6.Ruang Lingkup.....	11
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN.....	12
2.1. Penyakit Tuberkulosis12	
2.1.1.Tuberkulosis dan Penularan12	
2.1.2.Patogenesis Tuberkulosis13	
2.1.3. Gejala Klinis14	
2.1.4. Penegakan Diagnosis14	
2.1.5. Pemeriksaan Dahak Mikroskopis15	
2.1.6. Klasifikasi Penyakit Paru15	
2.1.7. Pengobatan Tuberkulosis17	
2.1.8. Pemantauan Kemajuan Pengobatan19	
2.2. Peran22	
2.3. Motivator TB Muhammadiyah – Aisyiah dalam Penanggulangan TB22	
2.3.1. Definisi Motivator Muhammadiyah - Aisyiah22	
2.3.2. Syarat Motivator TB Muhammadiyah – Aisyiah23	
2.3.3. Peran Motivator Muhammadiyah – Aisyiah dalam penanggulangan TB23	
2.4. Kepatuhan berobat30	

- 2.5. Faktor – Faktor yang mempengaruhi resiko terjadinya TB...36
- 2.6. Penelitian terkait43
- 2.7. Kerangka teori45

BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL47

- 1.1. Kerangka Konsep47
- 1.2. Hipotesis47
- 1.3. Definisi operasional48

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN54

- 1.1. Desain penelitian54
- 1.2. Populasi dan sampel55
- 1.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi55
- 1.4. Besar sampel56
- 1.5. Pengambilan sampel57
- 1.6. Jadwal pelaksanaan penelitian58
- 1.7. Pengumpulan data58
- 1.8. Pengolahan data59
- 1.9. Analisis data60

BAB V HASIL PENELITIAN64

- 5.1. Situasi Umum Lokasi Penelitian64
- 5.2. Pelaksanaan Penelitian66
- 5.3. Analisis Deskriptif66
- 5.4. Analisis Bivariat72
- 5.5. Analisis Stratifikasi78
- 5.6. Analisis Multivariat82
- 5.7. Model Akhir84

BAB VI PEMBAHASAN85

- 6.1. Keterbatasan Penelitian85
- 6.2. Analisis Deskriptif87
- 6.3. Hubungan Peran motivator dengan kepatuhan Pasien TB berobat90

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN93

- 7.1. Kesimpulan93
- 7.2. Saran94

DAFTAR PUSTAKA95

ABSTRACT

Name : ERNI RITA
 Study Program : Graduate Study Program Community Epidemiology Faculty of Public Health, University of Indonesia.
 Title : Influence of Role Aisyiyah - Muhammadiyah TB Motivator On Medication Compliance in Patients with Pulmonary TB first therapist Phase, Koja Subdistrict and Subdistrict Cilincing North Jakarta, the Period January 2009 - May 2010

The successful of TB patient treatment most depends on patient compliance in treatment process in term of medication regularly, cure, and repeated laboratorium confirmation test. Failer in treatment could lead into multi drug resistant. Hence, monitoring patient contracting the disease in early stages can help to predict that dotb motivator roles very important. The focus of this study is to understanding the influence of Muhammadiyah Aisyiyah TB motivator activities in the patient compliance in treatment process at early stages. This study takes place at koja and cilincing sub district, North Jakarta starts from januari 2009 to mei 2010. The research method is using restrospective cohort. The subject of study group divides into two groups. One group accompanied with TB motivators and another without TB motivators. The subject comes from the same register. . Sample selected by total sampling with a total of 110 patiens. Data analysis was descriptive, bi-variate, stratification and causal model by multivariate. Exellent TB motivators in TB treatment process have a bigger proportion (77,9%) than fair TB motivator (57,14%). Each motivator has a relationship with compliance for example promoting, counseling, PMO, and motivator assistance. Multivariate analysis result gives an information the relationship between motivator role and high compliance treatment after controlling confounding variables such as age and knowledge. An excellent motivator has 2,11 times to increase compliance compare with fair motivator (95% CI 0,87 – 5.11)

Keywords: Motivator, TB, Compliance,

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Tuberkulosis (TB) masih menjadi masalah kesehatan dunia terutama di negara-negara berkembang. Penyakit ini merupakan penyakit infeksi pembunuh nomor satu di dunia. Sedikitnya 8 juta orang terjangkit TB setiap tahun dan hampir 2 juta diantaranya meninggal dunia. Indonesia sebagai salah satu negara berkembang, dalam hal ini menduduki peringkat tiga besar setelah India dan Cina (WHO, 2007).

WHO dalam *global tuberculosis control* tahun 2009 melaporkan bahwa Indonesia masih menempati urutan ketiga sebagai Negara yang memiliki jumlah kasus TB Paru terbesar setelah India dan Cina sampai akhir periode tahun 2007. Adapun lima Negara dengan jumlah pasien TB paru terbanyak dengan urutan sebagai berikut: India terdapat 2 juta orang, Cina 1,3 juta orang, Indonesia 0,53 juta orang, Nigeria 0,46 juta orang, dan Afrika Selatan 0,45 juta orang (WHO,2009).

Tuberkulosis (TB) yang dulu dikenal dengan TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TB yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya misalnya: tulang, kelenjar, kulit, dan lain-lain (Depkes RI, 2007).

Pada tahun 1993, WHO mencanangkan kedaruratan global penyakit TB, karena pada sebagian besar negara di dunia, penyakit TB tidak terkendali, ini disebabkan banyaknya pasien yang tidak berhasil disembuhkan, terutama pasien BTA positif (Depkes RI, 2008).

Diperkirakan sebanyak 9,4 juta pasien baru penyakit TB Paru pada akhir tahun 2008, dan 9,27 juta pada akhir tahun 2007. Bila dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya jumlah ini terus meningkat. Pada tahun 2006 ada sebanyak 9,24 juta pasien TB Paru, dan pada tahun 2000 tercatat sebanyak 8,3 juta pasien TB Paru, Diperkirakan sepertiga penduduk dunia terinfeksi TB

Paru dan diperkirakan sepertiga penduduk dunia terinfeksi TB Paru (*Global Report, 2009*).

Penyakit Tuberkulosis Paru (TB Paru) merupakan salah satu penyakit yang menjadi target dalam pencapaian *Millennium Development Goal (MDG's)* pada tahun 2015 setelah penyakit HIV/AIDS dan malaria. Target yang ingin dicapai adalah menurunkan angka prevalensi dan kematian akibat penyakit Paru (*Global Report, 2009*)

Melihat kecenderungan peningkatan masalah TB Paru di masa mendatang, WHO sejak tahun 1995 telah memperkenalkan dan merekomendasikan strategi baru dalam penanggulangan penyakit TB Paru yaitu dengan penggunaan paduan obat jangka pendek dengan pengawasan langsung atau dikenal dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*). Strategi ini menjamin kesembuhan pasien sampai 85% dan akan sangat efektif untuk memutuskan mata rantai penularan dan mencegah terjadinya MDR (*Multi Drug Resistance*).

Di Indonesia penyakit TB Paru merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama. Menurut Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernapasan, bahkan menduduki peringkat pertama penyebab kematian karena penyakit infeksi (Depkes RI, 2007).

Data yang dikeluarkan dari WHO pada tahun 1999 memperkirakan bahwa pasien TB Paru di Indonesia mencapai 583.000 orang setiap tahun dengan jumlah yang meninggal diperkirakan sekitar 140.000 orang, secara kasar diperkirakan setiap tahun 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 pasien TB Paru BTA positif (Depkes RI, 2002).

Pada tahun 2004 di Indonesia diperkirakan setiap tahun ada 539.000 kasus baru dan kematian 101.000 orang, insiden kasus TB Paru BTA positif sekitar 110 per 100.000 penduduk (Depkes RI, 2006).

Tahun 2006 Indonesia terdapat 534.000 kasus baru untuk semua kasus TB, dengan kematian sekitar 88.000 (Depkes RI, 2007).

Diperkirakan pada tahun 2008 di Indonesia, ada 535.000 kasus baru, dan dari kasus tersebut 88.113 orang meninggal karena TB. TB dapat disembuhkan jika pasien menelan obat secara teratur selama 6-8 bulan sesuai petunjuk dokter (Depkes RI, 2009).

Prevalensi kasus TB pada semua tipe kasus TB terdapat 244 per 100.000 penduduk sekitar 565.614 kasus. Insidensi kasus TB untuk semua tipe TB sebesar 228 per 100.000 penduduk atau sekitar 528.063 kasus, Insidensi kasus TB Paru dengan BTA Positif sebesar 102 per 100.000 penduduk atau sekitar 236.029 kasus TB Paru BTA Positif, sedangkan kematian dengan kasus TB sebesar 39 per 100.000 penduduk atau 250 orang per hari (Sub Dit TB Depkes RI, 2009).

Program pemberantasan penyakit tuberkulosis paru telah dilaksanakan dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) dimana dalam program ini setiap pasien TB yang sedang menjalani pengobatan didampingi oleh Pengawas Menelan Obat (PMO). Pengawas Menelan Obat diharapkan berfungsi sebagai pengawas dalam keteraturan minum obat pasien selama pengobatan, sehingga teratur dalam minum obat yang akhirnya kesembuhan dapat tercapai (Depkes RI, 2007).

Sampai saat ini masih ada anggapan yang berkembang di masyarakat bahwa TB adalah penyakit keturunan yang berakibat tetap sulit dalam penanggulangan, anggapan ini mengakibatkan banyak pasien tidak mau berobat karena malu atau keluarga cenderung menutupi (Gerdunas TBC, 2002).

Penyakit TB di masyarakat masih merupakan stigma, sehingga ada kemungkinan pasien tidak patuh dalam menelan obat. Untuk mengatasi masalah tersebut peran masyarakat sebagai kader kesehatan sangat penting dalam menurunkan angka putus berobat dan meningkatkan kesembuhan serta penemuan kasus TB di wilayah.

Default merupakan salah satu penyebab terjadinya kegagalan pengobatan yang berpotensi meningkatkan kemungkinan terjadinya resistensi terhadap obat anti TB.

Evaluasi dan *monitoring* yang dilakukan oleh tim TB *external Monitoring Mission* pada tahun 2005 dan evaluasi yang dilakukan WHO serta program nasional TB menunjukkan bahwa penemuan kasus baru TB di rumah sakit cukup tinggi hingga 70 %, namun angka keberhasilan pengobatan masih rendah yaitu dibawah 50% dengan angka default yang mencapai 50% sampai 70% (Depkes RI,2007)

Di Indonesia strategi penanggulangan yang dilakukan pemerintah sejak tahun 1969 – 1994 cakupannya hanya 56%, dengan angka kesembuhan yang dicapai hanya 40% sampai 60%, Sejak tahun 1995 sampai sekarang telah diterapkan strategi DOTS sudah mencapai seluruh Propinsi. Diantaranya 80% kabupaten dan 80% puskesmas, namun yang sudah ditangani Strategi DOTS dengan tepat baru 14% dari pasien yang ada, dengan angka kesembuhan 61% (Heryanto, dkk, 2002).

Prevalensi TB Paru yang besar tetapi cakupan strategi pengobatan (DOTS) masih rendah apalagi disertai banyak pasien yang putus berobat (*drop out*) menyebabkan kemungkinan penularan masih cukup tinggi. Keberhasilan program penanggulangan tuberkulosis dengan strategi DOTS ditunjukkan oleh tingginya angka kesembuhan dan angka konversi, serta besarnya penemuan pasien. Untuk mengatasi masalah tersebut peran masyarakat sebagai kader kesehatan sangatlah penting dalam hal pendampingan di masyarakat untuk menurunkan angka putus berobat dan meningkatkan kesembuhan serta penemuan kasus TB di masyarakat, pengobatan yang tidak teratur serta menelan obat yang tidak teratur mengancam terjadinya resistensi obat yang akan memperbesar masalah tuberkulosis.

Berdasarkan data yang diambil dari Gerakan Terpadu Nasional (Gerdunas) Pemberantasan TB, Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (P2M & PL) menunjukkan bahwa pada tahun 2003 jumlah pasien TB Paru di DKI Jakarta adalah 11.065 dan jumlah penduduk sebanyak 8.597.633, (Umar Firdous, 2005).

Penemuan kasus TB positif di Propinsi DKI Jakarta pada tahun 2008 sebanyak 279 kasus, dan pada tahun 2009 penemuan kasus sebanyak 233

kasus, kasus dengan BTA positif tahun 2008 sebanyak 92 kasus, tahun 2009 ada 75 kasus (Sub Dit TB DepKes RI, 2009).

Penanggulangan TB Paru di Propinsi DKI Jakarta sejak tahun 1995 telah menggunakan strategi DOTS, namun besarnya jumlah penduduk DKI Jakarta menyebabkan penanggulangan penyakit TB Paru belum mencapai hasil yang optimal. Tahun 1999 angka kesembuhan baru mencapai 69,2%. Walaupun hasil penelitian di Puskesmas Kecamatan dan Kelurahan tahun 2001 menunjukkan peningkatan angka kesembuhan dan angka konversi, namun angka lalai berobat masih cukup tinggi. Pada fase awal pasien lalai berobat di Puskesmas Kecamatan sebesar 22,1% dan di Puskesmas Kelurahan sebesar 25,3%, sedangkan pada akhir pengobatan pasien lalai berobat di Puskesmas Kecamatan naik menjadi 94,9% dan di Puskesmas Kelurahan 96,3% (Heryanto, dkk, 2002). Angka kesembuhan di DKI pada tahun 2008 55,4% (Subdit TB Depkes RI, 2009). Masih cukup rendah dibandingkan targetnya 85%.

Pelibatan Organisasi sosial kemasyarakatan pada penanggulangan tuberkulosis adalah bagian dari konsep kemitraan (*partnership*), yang merupakan upaya untuk melibatkan sektor, baik pemerintah, non pemerintah maupun kelompok organisasi masyarakat. Sejak tahun 2003 'Aisyiyah (Organisasi Perempuan Muhammadiyah) aktif sebagai unit pelaksana dari Departemen Kesehatan RI dan pada tahun 2004 'Aisyiyah berperan sebagai *Sub Recipient (SR)* yaitu perolehan dana dari Departemen Kesehatan RI yang berkedudukan di Propinsi dalam melaksanakan program TB, Pada tahun 2008 melalui proses penilaian dan seleksi, Pimpinan Pusat 'Aisyiyah terpilih sebagai salah satu *Principal Recipient (PR)* yaitu sebagai yang melaksanakan hibah atau pemegang dana utama dari program dukungan *Global Fund and Tuberculosis (GFT)*, yang berkedudukan di pusat. Untuk melaksanakan proyek dukungan *Global Fund* yaitu salah satu pemberi bantuan dana luar negeri (Amerika) mengenai Tuberkulosis, 'Aisyiyah melaksanakan Program Pelayanan TB di komunitas (*Community TB Care*), dengan tujuan untuk

meningkatkan akses masyarakat terutama pasien TB kepada layanan TB di Unit Pelayanan Kesehatan baik pemerintah maupun non pemerintah.

Pada tahun 2009 'Aisyiyah menjadi salah satu *Principal Recipient (PR)* berkedudukan di pusat, komite daerah penanggulangan TB 'Aisyiyah berjejaring dengan Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) Muhammadiyah – 'Aisyiyah, UPK pemerintah, dan UPK non pemerintah untuk penemuan kasus dan penemuan suspek TB. Komite daerah penanggulangan TB 'Aisyiyah melibatkan kader atau motivator TB baik yang dilatih oleh 'Aisyiyah maupun oleh organisasi lain.

Adanya program pemberantasan TB Paru yang berbasis masyarakat (*Community base*) akan dapat meningkatkan cakupan pasien TB Paru, akan tetapi untuk mencapai angka kesembuhan 85% dan Konversi 80%, program TB berbasis masyarakat harus dibantu oleh adanya Motivator TB, karena motivator TB terhadap pasien TB dapat mencegah pasien TB putus berobat.

Motivator kader Muhammadiyah–'Aisyiyah dalam Penanggulangan TB mempunyai peran sebagai: menemukan tersangka TB, penyuluh, pengawas menelan obat, pendamping pengawas menelan obat, motivator atau pemberi motivasi, dan konselor atau pemberi konseling, bagi pasien TB. Motivator Muhammadiyah –'Aisyiyah dalam penanggulangan TB adalah seorang anggota Muhammadiyah – 'Aisyiyah di tingkat ranting atau cabang yang secara sukarela berperan aktif dalam penanggulangan TB dengan strategi DOTS. Cara Motivator Muhammadiyah – 'Aisyiyah menjalankan perannya adalah: memanfaatkan forum pengajian sebagai sarana menyampaikan informasi tentang penanggulangan TB Paru. Menemukan tersangka TB dan merujuk ke fasilitas kesehatan terdekat (Puskesmas, balai pengobatan, dan rumah sakit), mengawasi pengobatan pasien TB Paru secara rutin sampai sembuh.

Sebab utama kegagalan pengobatan pasien TB Paru adalah ketidak patuhan pasien berobat secara teratur. Salah satu menyebabkan *resistensi* obat anti tuberkulosis. Oleh karena itu pemantauan pasien sejak awal dapat membantu memperkirakan apakah kepatuhan akan merupakan masalah, bagi

pasien TB Paru BTA positif. Dalam pemantauan ini peran motivator sangat diperlukan.

Peranan dan fungsi Motivator Muhammadiyah – ‘Aisyiyah dalam mendukung keberhasilan program sangat penting. Mereka bekerjasama di tengah-tengah masyarakat dan bersama masyarakat dapat menemukan pasien, untuk mencapai tujuan program penanggulangan TB Paru. Untuk mencapai kesembuhan pada pasien diperlukan keteraturan dan ketaatan berobat, sehingga diperlukan pengawas menelan obat. Pengawas menelan obat sangat diperlukan bagi pasien TB Paru karena, masa pengobatan TB Paru yang cukup lama sering menyebabkan pasien bosan, dan pasien merasa sudah sehat setelah minum obat 2 – 3 minggu dari yang seharusnya diminum dan menghentikan pengobatan sebelum waktunya.

Keberhasilan pengobatan penyakit TB Paru sangat ditentukan oleh kepatuhan pasien berobat yaitu dengan keteraturan berobat dan keteraturan minum obat anti Tuberkulosis. Hal ini dapat dicapai dengan strategi DOTS yang intinya adalah memastikan pasien minum obat secara teratur sesuai dengan dosis yang diberikan. Pengawas menelan obat (PMO) biasanya petugas kesehatan, tetapi dapat juga dilakukan oleh anggota keluarga pasien, anggota sosial kemasyarakatan, tokoh masyarakat yang telah terlatih, contoh : anggota PKK, karang taruna, pelajar, tokoh masyarakat, dan tokoh Agama.

Pada negara berkembang terjadi kegagalan pengobatan karena hilangnya motivasi pasien, informasi mengenai penyakitnya, efek samping obat, problem ekonomi, sulitnya transportasi, faktor sosiopsikologis, alamat yang salah, komunikasi yang kurang baik antara pasien TB Paru dengan petugas kesehatan. Ketidakpatuhan untuk berobat secara teratur bagi pasien TB Paru tetap menjadi hambatan untuk mencapai angka kesembuhan yang tinggi. Kebanyakan pasien tidak datang selama fase intensif karena tidak adekuatnya motivasi terhadap kepatuhan berobat dan kebanyakan pasien merasa enak pada akhir fase intensif dan merasa tidak perlu kembali untuk pengobatan selanjutnya, laporan sabah Malaysia (O’Boyle, et al, 2007).

Salah satu penyebab utama tidak berhasilnya pengobatan pasien Tuberkulosis paru bermula pada perilaku berobat pasien misalnya, keteraturan minum obat, kepatuhan pengambilan obat, dan (pemeriksaan ulang dahak). Sehingga masih banyak pasien yang terlambat mencapai konversi pada akhir fase intensif pengobatan, dengan demikian dalam pengobatan pasien Tuberkulosis perlu kepastian bahwa seorang pasien memakan obatnya dan menyelesaikan jadwal pengobatan secara benar (Aditama, 1994).

Hasil penelitian (Heryanto, dkk 2002) di DKI Jakarta tentang peran Pengawas Menelan Obat (PMO) pada kejadian putus berobat pasien TB Paru di 5 wilayah DKI Jakarta pada Puskesmas termasuk Puskesmas Kelurahan diperoleh data pasien TB Paru putus berobat (drop out) tahun 2001-2002 sebanyak 52,1%. Diperoleh data PMO sebanyak 325 orang (69,5%). Sebagian besar PMO (95,6%) adalah anggota keluarga, dengan distribusi umur antara 25 s/d 54 tahun (73,1%) dan umumnya adalah perempuan (77,6%), hanya 47,0% pemahaman PMO tentang tugasnya dalam mendampingi pasien TB Paru.

Hasil penelitian Rahmawati (2006) di Jombang Jawa Timur yaitu pengaruh dukungan sosial dan pengetahuan tentang penyakit TB Paru terhadap motivasi untuk sembuh pasien tuberkulosis paru yang berobat di puskesmas, diperoleh hasil bahwa dukungan sosial berpengaruh terhadap motivasi dan pengetahuan.

Crofton (2002) mengidentifikasi bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi risiko terjadinya TB Paru adalah tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan, pelayanan kesehatan, faktor sosial ekonomi, status gizi.

Menurut Herzberg (1966), ada dua jenis faktor yang mendorong seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan dan menjauhkan diri dari ketidakpuasan. Dua faktor itu disebutnya faktor higiene (faktor ekstrinsik) dan faktor motivator (faktor intrinsik). Faktor higiene memotivasi seseorang untuk keluar dari ketidakpuasan, termasuk didalamnya adalah hubungan antar manusia, imbalan, kondisi lingkungan, dan sebagainya (faktor ekstrinsik),

sedangkan faktor motivator memotivasi seseorang untuk berusaha mencapai kepuasan.

PR 'Aisyiyah membantu penanggulangan TB dengan pelayanan TB berbasis pada komunitas, yaitu di 16 Propinsi, meliputi 35 kabupaten/kota, dimana Jakarta Utara merupakan salah satu wilayah di DKI menjadi target program 'Aisyiyah dalam pelayanan TB, yang dilaksanakan oleh *Sub Sub-Recipient (SSR)* yaitu yang bertanggung jawab perolehan dana dari PR 'Aisyiyah yang berkedudukan di Kabupaten/Kota. Survey pendahuluan yang peneliti lakukan di Jakarta Utara, jumlah pasien TB tahun 2009 sebanyak 3.973 orang dan kasus BTA positif 1.124 orang (DinKes, Jakarta Utara, 2009). Dan selama Januari sampai April 2010, motivator menemukan suspek pasien TB sebanyak 90 kasus, belum diketahui seberapa besar pengaruh peran motivator terhadap kepatuhan pasien TB Paru berobat pada fase awal pengobatan. Hal ini menarik minat penulis untuk meneliti, karena belum pernah diteliti sebelumnya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang telah disebutkan dalam latar belakang masih tingginya angka pasien TB Paru di DKI, sedangkan tingkat kepatuhan pasien berobat masih rendah, belum adanya penelitian terkait tentang motivator, dari Penelitian peran PMO, hanya 42,4% yang melaksanakan tugas pendampingan minum obat setiap hari.(Heryanto dkk, 2002) dan belum diketahui seberapa besar pengaruh peran motivator TB Muhammadiyah –'Aisyiyah terhadap kepatuhan pasien TB Paru berobat pada fase awal pengobatan di Kecamatan Koja, dan Kecamatan Cilincing Jakarta Utara periode Januari 2009 - Mei 2010.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang telah dikemukakan, maka pertanyaan penelitian:

Apakah ada pengaruh peran motivator TB Muhammadiyah-’Aisyiyah terhadap kepatuhan pasien TB Paru berobat pada fase awal pengobatan di Kecamatan Koja, dan Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara periode Januari 2009 - Mei 2010.

Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh peran motivator TB Muhammadiyah –’Aisyiyah terhadap kepatuhan pasien TB Paru berobat pada fase awal pengobatan di Kecamatan Koja, dan Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara, periode Januari 2009 - Mei 2010.

1.4.2 Tujuan Khusus

Diketuinya seberapa besar pengaruh peran motivator TB Muhammadiyah –’Aisyiyah terhadap pasien TB Paru berobat pada fase awal pengobatan di Kecamatan Koja, dan Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara, periode Januari 2009 - Mei 2010.

1.4 Manfaat Penelitian

- a. Hasil Penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai bahan masukan untuk Dinas Kesehatan sebagai perbaikan Program Pemberantasan Penyakit TB Paru (P2TB) Paru, khususnya Program pelayanan TB komunitas (*Community TB Care*) ‘Aisyiyah.
- b. Untuk menambah wawasan pengetahuan dan pengalaman peneliti dalam melakukan penelitian, serta merupakan suatu kesempatan berharga untuk dapat mengaplikasikan ilmu-ilmu yang telah diperoleh selama masa pendidikan.
- c. Informasi yang diperoleh dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada pasien-pasien TB Paru dengan berperan aktif dalam penanggulangan TB Paru dengan Strategi DOTS.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dalam lingkup studi kesehatan masyarakat bidang epidemiologi. Penelitian ini mencari informasi tentang pengaruh peran motivator TB Muhammadiyah –‘Aisyiyah terhadap kepatuhan pasien TB Paru berobat di Kecamatan Koja, dan Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara periode Januari 2009 – Mei 2010.

Penelitian ini dibatasi pada pasien TB Paru BTA positif berumur ≥ 15 , dalam hal kepatuhan mengambil obat, minum obat dan memeriksakan ulang dahaknya, dan telah menjalani pengobatan di rumah sakit/puskesmas, serta bertempat tinggal di Kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara, pada bulan Januari 2009 – Mei 2010. Wilayah ini dipilih karena merupakan wilayah pelayanan TB ‘Aisyiyah di Jakarta Utara.

Penelitian ini menggunakan desain kohort retrospektif, kerangka sampel diambil berdasarkan data diperoleh dari kartu pencatatan pasien baru TB Paru (Form B), yang diperoleh dari motivator, dan kartu pengobatan pasien TB (TB.01) diambil dari Puskesmas/RS, data dikumpulkan dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner kepada pasien TB Paru.

Kegiatan penelitian mulai dari persiapan sampai dengan penyajian hasil direncanakan selama 3 bulan dari bulan April sampai 20 Juni.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Penyakit Tuberkulosis

2.1.1 Tuberkulosis dan Penularannya

Tuberkulosis suatu penyakit menular disebabkan oleh kuman Tuberkulosis (*Mycobacterium Tuberculosis*). Basil ini ditemukan pertama kali oleh *Robert Koch* pada tahun 1882. Kuman tersebut biasanya masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernapasan ke dalam paru. Kemudian kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, melalui saluran napas (*bronchus*) atau penyebaran langsung ke bagian tubuh lainnya (DepKes RI, 1999). Kuman TB berbentuk batang mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan yang disebut juga sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Kuman TB cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam ditempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat dormant, tidur lama selama beberapa tahun.

Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran napas. Setelah kuman TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernapasan, ia dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran getah bening, saluran napas, atau menyebar langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya.

Daya penularan dari seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Kemungkinan seseorang terinfeksi TB ditentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (DepKes RI, 2008).

Sebagian besar orang yang telah terinfeksi (80% - 90%) belum tentu menjadi sakit tuberculosis. Untuk sementara waktu kuman yang ada dalam tubuh mereka tersebut dalam keadaan dorman (tidur) dan keberadaan kuman tidur tersebut dapat diketahui hanya dengan *uji tuberculin*. Pada beberapa pasien yang mengalami penurunan daya tahan tubuh seperti Malnutrisi, infeksi HIV (*Human Immuno Deficiency Virus*) atau ketuaan, maka kuman *dorman* tadi akan menjadi aktif dan menyebabkan penyakit (Crofton,1992), Mereka yang menjadi sakit disebut sebagai “pasien Tuberkulosis”, biasanya dalam waktu paling cepat sekitar 3 – 6 bulan setelah terinfeksi, Mereka yang tidak menjadi sakit tetap mempunyai resiko untuk menderita tuberculosis sepanjang sisa hidupnya (Depkes RI,1999).

Kuman dapat masuk kedalam tubuh melalui beberapa macam cara :

a. Inhalasi

Pasien yang batuk,bersin,berbicara atau bernyanyi, dapat mengeluarkan butiran halus (*Droplet nuclei*) yang berukuran 2 – 10 mikron dan mengandung kuman. Bila bagian airnya menguap,tertinggal partikel kecil ukuran 1 – 5 mikron yang tetap berada diudara hingga beberapa jam. Kemudian partikel tersebut akan terhirup masuk keparu-paru.

b. Tertelan

Bila kuman masuk menembus tonsil dan menyalar ke kelenjar getah bening leher, menimbulkan *limfadenitis koli*. Dapat juga kuman masuk sampai keusus halus dan menyebar ke kelenjar limfe mesenterium.

2.1.2 Patogenesis Tuberkulosis

Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman tuberculosis. *Droplet* yang terhirup sangat kecil ukurannya, sehingga dapat melewati system pertahanan mukosilier bronkus, dan terus berjalan sehinga sampai dialveolus dan menetap disana. Infeksi dimulai saat kuman TB berhasil dan berkembangbiak dengan cara pembelahan diri di paru, yang mengakibatkan radang didalam paru. Aliran getah bening akan membawa kuman TB ke kelenjar getah bening disekitar hilus paru, fokus primer yang

disertai pembesaran kelenjar getah bening dikenal dengan kompleks primer. Waktu antara terjadinya sampai pembentukan kompleks adalah 4 – 6 minggu. Infeksi dapat dibuktikan dengan terjadinya perubahan reaksi tuberculin dari negatif menjadi positif.

Kelanjutan setelah infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan besarnya respon daya tahan tubuh (*Imunitas seluler*). Pada umumnya reaksi daya tahan tubuh tersebut dapat menghentikan perkembangan kuman TB, meskipun demikian, beberapa kuman akan menetap sebagai kuman *persister atau dormant* (tidur). Kadang-kadang daya tahan tubuh tidak mampu menghentikan perkembangan kuman, akibatnya dalam beberapa bulan, yang bersangkutan akan menjadi pasien TB. Masa inkubasi yaitu waktu sejak terinfeksi sampai menjadi sakit, diperkirakan sekitar 6 bulan.

Tuberkulosis Pasca primer (*Post primary TB*) biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun sesudah terinfeksi primer, misalnya karena daya tahan tubuh menurun akibat terinfeksi HIV atau status gizi buruk. Ciri khas tuberculin pasca primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya *efusi pleura*.

2.1.3 Gejala Klinis

Gejala utama pasien TB Paru adalah batuk berdahak selama 2 – 3 minggu atau lebih. Gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak napas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari 1 minggu. Gejala-gejala tersebut diatas dapat dijumpai pada penyakit paru selain TB, seperti *bronkiektasis, bronchitis kronis*, asma, kanker paru dan lain lain.

2.1.4 Penegakan Diagnosis

Diagnosis TB Paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Hasil

pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga specimen Sewaktu Pagi Sewaktu (SPS) BTA positif. Bila hanya 1 specimen yang positif perlu atau pemeriksaan dahak SPS diulang. Pada Program TB nasional penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto thoraks biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasi.

2.1.5 Pemeriksaan Dahak Mikroskopis

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa sewaktu pagi sewaktu (SPS).

S (sewaktu) dahak dikumpulkan pada saat suspek TB datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi hari kedua.

P (Pagi) dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas UPK.

S (sewaktu) dahak dikumpulkan di UPK pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi.

2.1.6 Klasifikasi Penyakit dan Tipe Pasien

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien Tuberkulosis memerlukan suatu definisi kasus yang meliputi:

- a. Lokasi atau organ tubuh yang sakit: paru atau ekstra paru
- b. Bakteriasit (hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopik) BTA positif atau BTA negatif.
- c. Tingkat keparahan penyakit: ringan atau berat
- d. Riwayat pengobatan TB sebelumnya: baru atau sudah pernah berobat

2.1.6.1 Klasifikasi Berdasarkan Organ Tubuh

a. Tuberkulosis Paru

Adalah Tuberkulosis yang menyerang jaringan (*parenkim*) paru, tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.

b. Tuberkulosis Ekstra Paru

Adalah Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh dan selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (*pericardium*), kelenjar *limfe*, tulang, persendian, kulit, Usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

2.1.6.2 Klasifikasi Berdasarkan Hasil Pemeriksaan Dahak Mikroskopis Pada TB Paru

a. Tuberkulosis Paru BTA Positif

- a) Sekurang- kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya positif
- b) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto thorak dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- c) 1 spesimen dahak SPS hasilnya positif dan biakkan kuman TB positif
- d) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya BTA positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negative dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT

b. Tuberkulosis Paru BTA negatif

- a) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif
- b) Foto thorak abnormal menunjukkan gambaran Tuberkulosis
- c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT
- d) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

2.1.6.3 Klasifikasi Berdasarkan Riwayat Pengobatan

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa tipe pasien:

a. Kasus Baru

Pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang satu bulan (4 minggu).

b. Kambuh (*Relaps*)

Pasien Tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau lengkap, didiagnosis Kembali dengan BTA positif.

c. Pengobatan setelah putus berobat (*Default*)

Pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

d. Gagal (*failure*)

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

e. Pindahan (*transfer in*)

Pasien yang sedang mendapat pengobatan di suatu Kabupaten lain kemudian pindah ke Kabupaten ini dengan membawa surat rujukan pindah (form TB09).

2.1.7 Pengobatan Tuberkulosis Paru

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT. OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Pemakaian OAT kombinasi dosis tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan sangat dianjurkan.

Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap fase awal (*intensif*) dan fase lanjutan. Pada fase awal intensif biasanya diperlukan sedikitnya 4 atau 5 jenis obat yang diminum tiap hari, sedangkan pada fase lanjutan dapat diberikan 2 atau 3 jenis obat saja secara intermiten 3 kali seminggu. Pada prinsipnya obat TB diberikan melalui program dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6 – 8 bulan, supaya semua kuman dapat dibunuh. apabila paduan obat yang digunakan tidak adekuat (jenis, dosis dan jangka waktu pengobatan), kuman akan berkembang menjadi kuman kebal

obat (*resisten*). Oleh karena itu perlu pengawasan langsung seorang pengawas menelan obat (Aditama, 1999).

Tahap awal (intensif):

- a. Pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi langsung untuk mencegah resistens obat.
- b. Bila tahap awal intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.
- c. Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi negative (Konversi) dalam 2 bulan.

Tahap Lanjutan:

- a. Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama.
- b. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

Pada tahun 1997 WHO dan IUATLD (*International Union Against Tuberculosis and lung disease*) membuat klasifikasi regimen pengobatan pada berbagai keadaan Tuberkulosis dan merekomendasikan paduan OAT standar yaitu Jenis panduan obat anti Tuberkulosis (OAT) yang digunakan terdiri dari Isoniazid (H), Rifampisin®, Pirazinamide (Z), Sterptomisisn (S) dan Ethambutol (E). Paduan OAT ini disediakan dalam bentuk paket kombipak. Paket kombipak adalah obat lepas yang terdiri dari isoniasid, rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol yang dikemas dalam bentuk blister, yang bertujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan pengobatan sampai selesai, satu paket untuk satu pasien dalam satu masa pengobatan.

Paduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia:

- a. Kategori 1: 2HRZE/4(HR)3
- b. Kategori 2: 2HRZES/(HRZE)/5(HR)3E3
- c. Sisipan : HRZE

Tablet Paduan OAT untuk tiap kategori pengobatan Tuberkulosis

Kategori Pengobatan	Klasifikasi Pasien	Fase Awal	Fase Lanjutan
I	a) Pasien Paru TB BTA positif		
	b) Pasien TB Paru BTA negatif foto thorak positif	2(HRZE) (56 hari)	4H3R3 4(HR)3 (48 hari)
	c) Pasien TB ekstra Paru.		
II	a) Pasien TB Paru BTA positif dengan riwayat pengobatan kambuh, gagal, pengobatan terputus.	2HRZES/ HRZE (56 hari)/ (28hari)	5H3R3E3 5(HR)3E3 (60 hari)
	Sisipan b) Pasien baru yang akhir fase awal pengobatan BTA nya masih positif.	HRZE (28 hari)	Lanjutkan sesuai kategori pengobatan

Sumber : (Depkes RI, 2008)

2.1.8 Pemantauan Kemajuan Pengobatan

Pemantauan kemajuan hasil pengobatan pada orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan radiologis dalam pemantauan kemajuan pengobatan. Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan specimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke - 2 specimen tersebut negatif. Bila salah satu specimen positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif.

Pemeriksaan dahak ulang untuk fase intensif dilakukan seminggu sebelum akhir bulan ke 2 pengobatan kategori I. atau seminggu sebelum akhir bulan ke 3 pengobatan kategori II. Pemeriksaan dahak pada akhir tahap intensif dilakukan untuk mengetahui apakah telah terjadi konversi dahak, yaitu perubahan dari BTA positif menjadi negatif. Kemudian pada fase lanjutan dilakukan pemeriksaan ulang dahak pada seminggu sebelum akhir bulan ke 5 pengobatan kategori I, atau seminggu sebelum akhir bulan ke 7 pada pengobatan kategori II. Selanjutnya pada akhir pengobatan dilakukan pemeriksaan ulang dahak pada seminggu sebelum akhir bulan ke 6 untuk kategori I dan seminggu sebelum akhir bulan ke 8 pada kategori II.

a. Pengobatan Kategori I

Akhir bulan ke 2 pengobatan sebagian besar (> 80%) dari pasien dahaknya sudah BTA negatif (*Konversi*). Pasien ini dapat meneruskan pengobatan dengan tahap lanjutan. Jika pemeriksaan ulang dahak pada akhir bulan ke 2 hasilnya masih positif, pengobatan diteruskan dengan OAT sisipan selama 1 bulan. Setelah paket sisipan satu bulan selesai, dahak diperiksa kembali, pengobatan tahap lanjutan tetap diberikan meskipun hasil pemeriksaan ulang dahak BTA masih tetap positif.

b. Pengobatan Kategori II

Jika pemeriksaan ulang dahak pada akhir bulan ke 3 masih positif, tahap intensif harus dilakukan lagi selama 1 bulan dengan sisipan. Pengobatan tahap lanjut tetap diberikan meskipun hasil pemeriksaan dahak ulang BTA masih tetap positif. Bila memungkinkan specimen dahak pasien dikirim untuk dilakukan biakan dan uji kepekaan obat (*sensitivity test*). Sementara pemeriksaan dilakukan, pasien meneruskan pengobatan tahap lanjutan. Bila hasil uji kepekaan obat menunjukkan bahwa kuman sudah resisten terhadap 2 atau lebih jenis OAT, maka pasien tersebut dirujuk ke unit pelayanan spesialis yang dapat menangani kasus resisten. Bila tidak mungkin, maka pengobatan dengan tahap lanjutan diteruskan sampai selesai.

Pencegahan Penularan Tuberkulosis dapat diatasi dengan:

- a. Menelan obat secara lengkap dan teratur sampai sembuh. Pasien TB harus menutup mulutnya dengan sapu tangan atau tisu atau tangan pada waktu bersin dan batuk, dan mencuci tangan.
- b. Tidak membuang dahak disembarangan tempat. Tetapi dibuang pada tempat khusus tertutup. misalnya dengan menggunakan wadah atau kaleng bertutup yang sudah diberi air sabun. Buanglah dahak kelubang WC atau timbun kedalam tanah ditempat yang jauh dari keramaian.

Hasil pengobatan pasien TB BTA positif

- a. Sembuh
Pasien telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow-up*) hasilnya negative pada akhir pengobatan (AP) dan minimal satu pemeriksaan *follow-up* sebelumnya negatif
- b. Pengobatan Lengkap
Pasien telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tetapi tidak memenuhi persyaratan sembuh atau gagal.
- c. Pindah
Pasien yang pindah berobat ke unit dengan register TB.03 yang lain dan hasil pengobatannya tidak diketahui
- d. *Default* (putus berobat)
Pasien yang tidak berobat 2 bulan berturut – turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai.
- e. Meninggal
Pasien yang meninggal dalam masa pengobatan karena sebab apapun
- f. Gagal
Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembalimenjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan

2.2 Peran

Peran adalah merupakan aspek dinamis kedudukan (status). Apabila seseorang melaksanakan hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya, maka ia menjalankan suatu peranan (Soekanto, 2002).

Konsep tentang peran atau role menurut Komarudin (1994) dalam buku “*ensiklopedia manajemen*” mengungkapkan sebagai berikut :

- a. Bagian dari tugas utama yang harus dilakukan oleh manajemen
- b. Pola perilaku yang diharapkan dapat menyertai suatu status
- c. Bagian suatu fungsi seseorang dalam kelompok
- d. Fungsi yang diharapkan dari seseorang atau menjadi karakteristik yang ada padanya.
- e. Fungsi setiap variabel dalam hubungan sebab akibat.

Berdasarkan pengertian tersebut dapat diambil pengertian bahwa peranan merupakan penilaian sejauhmana fungsi seseorang atau bagian dalam menunjang usaha pencapaian tujuan yang ditetapkan atau ukuran mengenai hubungan 2 variabel yang mempunyai hubungan sebab akibat.

2.3 Motivator TB Muhammadiyah-Aisyiyah Dalam Penanggulangan TB

2.3.2 Definisi Motivator Muhammadiyah – ‘Aisyiyah

Motivator Muhammadiyah – ‘Aisyiyah dalam penanggulangan TB Paru adalah seorang anggota Muhammadiyah – ‘Aisyiyah di Tingkat daerah, cabang dan ranting yang secara sukarela berperan aktif dalam penanggulangan TB dengan Strategi DOTS. (PR TB ‘Aisyiyah, 2009).

Muhammadiyah – ‘Aisyiyah sebagai organisasi social keagamaan, telah melakukan berbagai upaya dalam penanggulangan TB Paru melalui peran Motivator TB Muhammadiyah – ‘Aisyiyah yang ada di masyarakat dalam penemuan suspect TB Paru, sebagai Pengawas menelan obat (PMO) dan sebagai penyuluh.

Peranan dan fungsi Motivator Muhammadiyah – ‘Aisyiyah dalam mendukung keberhasilan program sangat penting, mereka bekerja

di tengah-tengah masyarakat dan bersama masyarakat lainnya dapat menemukan pasien, melakukan pengawasan pengobatan, melakukan penyuluhan dan melakukan kegiatan lain untuk tujuan program penanggulangan TB Paru.

2.3.3 Syarat – syarat Motivator TB Muhammadiyah – 'Aisyiyah

- a. Berminat, bersedia dan bersungguh-sungguh
- b. Peduli terhadap masalah social dan kesehatan terutama terkait dengan masalah TB Paru
- c. Setidaknya telah mengikuti pelatihan motivator penanggulangan TB Paru dengan strategi DOTS

Motivator TB perlu berperan dalam penanggulangan TB disebabkan :

- a) Motivator yang umumnya terdiri dari Muballigh-Muballighat merupakan tokoh yang berpengaruh di masyarakat.
- b) Muballigh-muballighat merupakan ujung tombak persyarikatan
- c) Memiliki kelompok pengajian
- d) Memiliki kepedulian dan kepekaan terhadap persoalan-persoalan sosial masyarakat
- e) Memiliki pengetahuan dan ketrampilan sebagai pengerak masyarakat.

2.3.4 Peran Motivator Muhammadiyah – 'Aisyiyah dalam penanggulangan TB

Peran Motivator dalam penanggulangan TB adalah mengatasi masalah di wilayahnya dengan cara :

- a. Membantu Menemukan Tersangka TB, atau orang yang dicurigai sakit TB di wilayahnya.
- b. Memberikan Penyuluhan tentang TB dan Penanggulangannya kepada masyarakat.
- c. Pendamping Pengawas menelan obat, melakukan pendampingan terhadap PMO.

- d. Pengawas menelan obat, jika pasien tidak memiliki PMO, maka seorang motivator bisa menjadi PMO.
- e. Motivator, yaitu membantu Puskesmas atau sarana kesehatan lainnya dalam membimbing dan memberikan motivasi kepada PMO untuk melakukan pengawasan menelan obat.
- f. Konselor, melakukan pendekatan dan bimbingan mental spiritual kepada pasien dan keluarga.

Kemampuan dasar yang harus dimiliki oleh Kader Kesehatan adalah :

- a. Bisa baca tulis dan berhitung
- b. Kemampuan komunikasi yang baik
- c. Mampu membina hubungan social yang baik dengan masyarakat sekitarnya.

**2.3.4.1 Langkah Yang Dilakukan Motivator Muhammadiyah –
‘Aisyiyah Bila Menemukan Orang Yang Dicurigai Sebagai
Pasien TB :**

- a. Menginformasikan bahwa pemeriksaan dan pengobatan TB dapat dilakukan disarana pelayanan kesehatan (Puskesmas, Klinik Swasta,Rumah sakit).
- b. Menyarankan orang tersebut untuk memeriksa diri ke sarana pelayanan kesehatan. (Puskesmas, Klinik Swasta, dan Rumah Sakit).
- c. Menginformasikan kepada petugas kesehatan mengenai orang yang diduga sakit TB di wilayahnya.

**2.3.3.2. Langkah Yang Harus Dilakukan Motivator Muhammadiyah –
‘Aisyiyah Bila Ditemukan Pasien Baru TB Diwilayah**

- a. Memastikan apakah pasien telah mempunyai PMO
- b. Jika pasien belum mempunyai PMO, Koordinator PMO dapat berperan sebagai PMO atau membantu mencari PMO

- c. Jika pasien sudah mempunyai PMO, Motivator dapat melaksanakan tugasnya dengan baik

2.3.3.3. Langkah Yang Harus Dilakukan Motivator Muhammadiyah – 'Aisyiyah Dalam Penyuluhan

- a. Mengetahui dan memahami masalah yang dihadapi masyarakat di daerah
 - b. Menyiapkan materi dan media penyuluhan yang sesuai dengan permasalahan
 - c. Membuat kesepakatan waktu dan tempat penyelenggaraan penyuluhan
 - d. Melakukan penyuluhan dengan menggunakan cara yang sesuai dengan kondisi setempat.
-
- a. Cara melakukan penyuluhan perorangan
 - a) Tunjukkan sikap yang ramah dan sopan
 - b) Pastikan anda mengenal orang yang akan disuluh, atau jika belum saling kenal perkenalkan diri anda terlebih dahulu dan jelaskan bahwa anda adalah seorang Kader Kesehatan
 - c) Pesan yang disampaikan jangan terlalu panjang dan rumit
 - d) Ucapkan terima kasih sebagai penutup penyuluhan
 - b. Cara melakukan penyuluhan Kelompok
 - a) Ucapkan salam sebagai pembuka penyuluh
 - b) Perkenalkan diri dan jelaskan bahwa yang bersangkutan adalah seorang Kader Kesehatan
 - c) Sampaikan kepada peserta tujuan dari kegiatan penyuluhan, yaitu memberikan informasi mengenai TB
 - d) Ajukan beberapa pertanyaan kepada peserta untuk mengetahui pemahaman mereka tentang TB
 - e) Presentasikan materi penyakit TB
 - f) Berikan kesempatan kepada peserta untuk bertanya
 - g) Ulangi sekali lagi pesan-pesan kunci dari penyuluhan

h) Tutup penyuluhan dengan ucapan terima kasih

c. Pesan yang disampaikan pada penyuluhan

Pesan Utama

- a) Mengenai Pengertian TB (Tuberkulosis)
- b) Mengenai gejala-gejala TB
- c) Mengenai cara penularan TB
- d) Mengenai cara pencegahan TB
- e) Mengenai Kemana harus berobat jika sakit TB

Pesan tambahan

- a) Manfaat mematuhi pengobatan secara teratur sesuai anjuran dokter
- b) Akibat tidak memeriksakan diri dan tidak minum obat secara teratur
- c) Peilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

2.3.3.4. Pengawas Menelan Obat (PMO)

PMO adalah seseorang yang secara sukarela membantu pasien TB dalam masa pengobatan hingga sembuh (Depkes 2009).

PMO sangat diperlukan oleh pasien TB karena:

- a) Masa pengobatan pasien TB yang cukup lama sering pasien bosan.
- b) Kebanyakan pasien merasa sudah sehat setelah minum obat 2 sampai 3 minggu dari yang seharusnya diminum dan menghentikan pengobatan sebelum waktunya.

a) Syarat Seorang Pengawas Menelan Obat (PMO)

- a. Sehat Jasmani dan rohani serta bias baca tulis
- b. Bersedia bantu pasien dengan sukarela
- c. Tinggal dekat dengan pasien
- d. Dikenal, dipercaya dan disegani oleh pasien
- e. Disetujui oleh pasien dan petugas kesehatan
- f. Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan pasien.

b) Jenis Pengawas Menelan Obat

- a. Anggota keluarga atau kerabat yang tinggal serumah
- b. Tetangga
- c. Teman atau atasan (rekan kerja, supervisor, dan lain-lain)
- d. Tokoh agama, tokoh masyarakat atau tokoh adat
- e. Kader kesehatan (Pos yandu, juru pemantau Jentik, KB, dan lain-lain)
- f. Anggota organisasi kemasyarakatan (PKK, LSM)
- g. Anggota organisasi keagamaan (majelis taklim, gereja)
- h. Petugas Kesehatan (Bidan di desa, perawat, pekarya, sanitarian, juru imunisasi, dokter).

c) Tugas Pengawas Menelan Obat

- a. Memastikan pasien menelan obat sesuai aturan sejak awal pengobatan sampai sembuh.
- b. Membuat kesepakatan antara PMO dan pasien mengenai lokasi dan waktu menelan
- c. PMO dan pasien harus menepati kesepakatan yang sudah dibuat
- d. Pasien menelan dengan disaksikan oleh PMO
- e. Mendampingi dan memberikan dukungan moral kepada pasien agar dapat menjalani pengobatan secara lengkap dan teratur
- f. Menyakinkan kepada pasien bahwa TB bisa disembuhkan dengan menelan obat secara lengkap dan teratur.
- g. Mendorong pasien untuk tetap menelan obatnya saat mulai bosan.
- h. Mendengarkan setiap keluhan pasien, menghiburnya dan menumbuhkan rasa percaya diri.
- i. Menjelaskan manfaat bila pasien menyelesaikan pengobatan agar pasien tidak putus berobat.

- d) Mengingatkan pasien TB untuk mengambil obat dan periksa ulang dahak sesuai jadwal.**
- Mengingatkan pasien waktu untuk mengambil obat berdasarkan jadwal pada kartu identitas pasien (TB 02)
 - Memastikan bahwa pasien sudah mengambil obat
 - Mengingatkan pasien waktu untuk periksa dahak ulang berdasarkan jadwal pada kartu identitas pasien (TB 02)
 - Memastikan bahwa pasien sudah melakukan periksa dahak ulang.
- e) Menemukan dan mengenali gejala-gejala efek samping OAT dan merujuk ke sarana pelayanan kesehatan**
- Menanyakan apakah pasien mengalami keluhan setelah menelan OAT
 - Melakukan tindakan sesuai dengan keluhan yang dialami pasien
 - Menenangkan pasien bahwa keluhan yang dialami bias ditangani.
- f) Memberikan penyuluhan tentang TB kepada keluarga pasien atau orang yang tinggal serumah**
- TB disebabkan oleh kuman, tidak disebabkan oleh guna-guna atau kutukan dan bukan penyakit keturunan
 - TB dapat disembuhkan dengan berobat lengkap dan teratur
 - Cara penularan TB, gejala-gejala TB dan cara pencegahannya
 - Cara pemberian obat (tahap awal dan lanjutan)
 - Pentingnya pengawasan agar pasien berobat secara lengkap dan teratur
 - Kemungkinan terjadinya efek samping obat dan perlunya segera meminta pertolongan ke sarana pelayanan kesehatan.

2.3.3.5. Cara Mendampingi Pasien Menelan Obat

- Bila pasien merasa sulit menelan obat sekaligus, biarkan pasien istirahat sejenak (maksimal dua jam) sebelum menelan obat yang lain
- Obat anti TB untuk hari tersebut harus ditelan pada saat yang bersamaan agar obat bisa bekerja dengan baik

- c. Jika pasien kesulitan menelan obat dengan air minum, obat bisa dimakan bersama pisang atau bubur atau makanan lainnya.
- d. Bila pasien TB tidak menelan obat didepan PMO minta pasien untuk menunjukkan bungkus obat yang sudah ditelan.

Dianjurkan menelan obat sekaligus (dua jam harus habis) sebelum makan atau malam sebelum tidur karena penyerapan obat lebih baik pada saat perut kosong.

a) Yang Dilakukan PMO Jika Pasien Lupa Menelan Obat

- a. PMO harus cepat bertindak jika pasien lupa atau tidak menelan obatnya (meskipun hanya terlambat 1 hari)
- b. Ingatkan pasien untuk menelan obat seperti biasa dan tidak boleh menggabungkan dosis obat.
- c. Tanyakan masalah yang menjadi penyebab pasien tidak menelan obat.
- d. Laporkan dan mintalah saran kepada petugas Puskesmas atas keterlambatan tersebut.

b) Yang Dilakukan PMO Jika Pasien Akan Pergi Untuk Beberapa Lama Atau Pindah

- a. Ingatkan pasien untuk selalu memberitahu PMO, jika ada rencana bepergian dalam waktu lama atau pindah.
- b. Hubungi Puskesmas dan minta saran mereka atas rencana kepergian pasien.

c) Yang Dilakukan PMO Apabila PMO Akan pergi Untuk Beberapa Lama

- a. Bicarakan dengan pasien untuk mencari PMO pengganti yang bisa mendampingi selama PMO pergi
- b. Beritahu kader kesehatan yang ada di wilayah tersebut.

2.3.5 Cara Motivator Muhammadiyah – 'Aisyiyah Menjalankan Perannya

- a. Memanfaatkan forum pengajian, PKK, Pendidikan, dan forum lain sebagai sarana untuk menyampaikan informasi tentang penanggulangan TB
- b. Membangkitkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat melalui kegiatan penyuluhan, memberikan contoh hidup sehat.
- c. Menemukan tersangka TB dan merujuk ke fasilitas kesehatan terdekat (Puskesmas, balai pengobatan dan Rumah Sakit)
- d. Membangun kemitraan/jejaring dengan pihak terkait
- e. Mengawasi pengobatan pasien TB secara rutin sampai sembuh
- f. Melakukan pendampingan terhadap PMO
- g. Melakukan pendekatan dan bimbingan mental spiritual kepada pasien dan keluarga
- h. Melakukan Pencatatan data tersangka dan pasien TB.

2.4 Kepatuhan Berobat

2.4.1. Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan diartikan sebagai sikap yang sesuai dengan peraturan yang telah diberikan (kamus bahasa Indonesia, 1997) sedangkan menurut Azwar (2002) mengatakan bahwa kepatuhan adalah suatu sikap yang merupakan respon yang hanya muncul apabila individu tersebut dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya reaksi individual. Berdasarkan teori tersebut maka dapat dikatakan bahwa kepatuhan adalah sikap yang akan muncul pada seseorang yang merupakan suatu reaksi terhadap sesuatu yang ada dalam peraturan yang harus dijalankan. Kepatuhan adalah Tingkat perilaku pasien dalam mengambil suatu tindakan untuk pengobatan seperti, kebiasaan hidup sehat, ketepatan berobat (Sacket, dkk 1985). Seorang ahli (Trostle 1988) yang menyatakan bahwa kepatuhan adalah tingkat perilaku pasien dalam pengobatan, diet atau melaksanakan gaya hidup yang sesuai dengan kesehatan.

Beberapa ahli mengemukakan cara mengukur kepatuhan berobat, antara lain dikemukakan oleh Sacket dkk (1985) dan Sarafino (1990). Sacket menyatakan bahwa berobat dapat diketahui melalui tujuh cara, yaitu kepatuhan dokter yang didasarkan pada hasil pemeriksaan, pengamatan terhadap jadwal pengobatan, penilaian terhadap tujuan pengobatan, penghitungan jumlah tablet (pil) pada akhir pengobatan, pengukuran kadar obat dalam darah dan urine, wawancara pada pasien dan pengisian formulir khusus. Pernyataan sarafino (1990) yaitu kepatuhan berobat pasien dapat diketahui melalui tiga cara, yaitu: penghitungan sisa obat secara manual, penghitungan sisa obat berdasarkan suatu alat elektronik, serta pengukuran berdasarkan tes biokimia (kadar obat dalam darah dan urine). Kepatuhan berobat erat kaitannya dengan dengan perilaku seseorang. Blum (1974) menyimpulkan bahwa faktor perilaku mempunyai peranan yang besar terhadap tingkat keberhasilan program-program kesehatan yang ada dibandingkan dengan fasilitas pelayanan kesehatan yang diberikan, sehingga tidak jarang pemerintah memberikan fasilitas kesehatan yang baik tanpa disertai perbaikan perilaku masyarakat pengguna akan menyebabkan cakupan program tetap rendah.

Oleh karena itu pengukuran kepatuhan berobat dari pasien TB Paru BTA positif adalah dengan cara pengamatan terhadap jadwal keteraturan berobat, pemeriksaan laboratorium BTA dan keteraturan menelan obat dari pasien, dan dapat juga diukur dari Default yaitu menghentikan pengobatan terlalu awal atau pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif. Pentingnya pengawasan pengobatan 2 bulan pertama, jika pasien menghentikan pengobatan intensif selama 2 bulan pertama, maka pada fase ini kuman TB hidup dalam tubuh pasien dan mampu berkembang biak dengan cepat (Crofton, 2002). Untuk mengetahui data yaitu dengan cara melihat dari registrasi Form B, dan TB 01.

Berbagai strategi telah dicoba untuk meningkatkan ketaatan/ kepatuhan seperti meningkatkan ketrampilan komunikasi, memberikan informasi yang jelas kepada pasien mengenai penyakit yang diderita serta cara

pengobatannya, keterlibatan lingkungan social misalnya keluarga, dan dukungan social juga menjadi faktor penting yang mempengaruhi kepatuhan seperti dokter dan petugas kesehatan (Taylor et al, 1990).

2.4.2 Perilaku Kepatuhan Berobat Pasien Tuberkulosis Paru

2.4.2.1 Konsep Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan, baik yang dapat teramati secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku dapat diartikan sebagai keadaan jiwa (bersikap, berfikir, berpendapat dan sebagainya) untuk memberikan respon terhadap situasi diluar subjek tersebut. Respon ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan). dan dapat bersifat aktif (dengan tindakan) menurut (Notoatmojo, 2007).

Skinner (1938), seorang ahli perilaku mengemukakan bahwa perilaku merupakan hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dengan respon. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori ini disebut teori "S.O.R" (Stimulus Organisme Respon).

Berdasarkan teori S-O-R, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu :

a. Perilaku tertutup (*Covert behavior*)

Perilaku tersebut terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk perilaku tertutup yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

b. Perilaku terbuka (*Overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan, atau praktek ini dapat diamati orang lain dari luar contohnya : Seorang pasien TB paru minum obat anti TB secara teratur.

Perubahan (*adopsi*) perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori perubahan perilaku atau

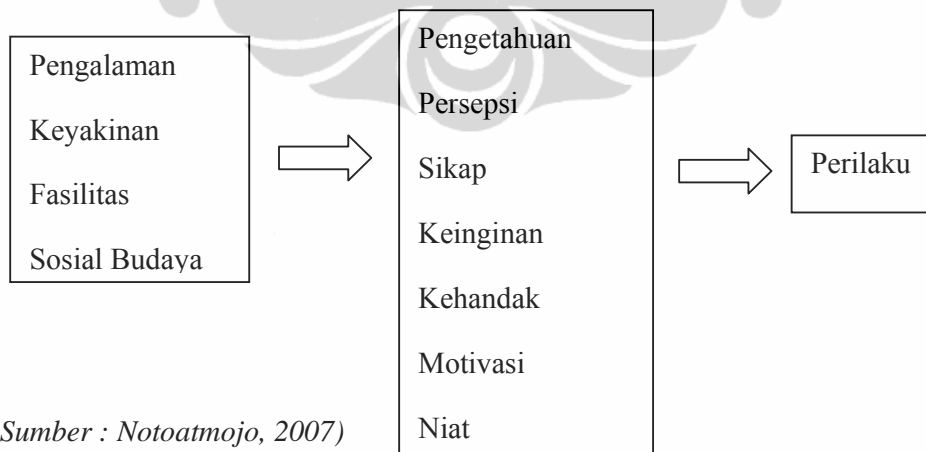
seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap:

- a) Perilaku dalam bentuk pengetahuan yaitu dengan mengetahui situasi atau rangsangan dari luar.
- b) Perilaku dalam bentuk sikap, yaitu penilaian seseorang terhadap stimulus atau objek
- c) Perilaku dalam bentuk Praktek atau tindakan yaitu melaksanakan atau mempraktekkan apa yang disikapi (dinilai baik).

Faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultan dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Secara garis besar perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek, yakni aspek fisik, psikis, dan sosial. secara lebih terinci, perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

Gambar 2.1

Konsep perilaku



(Sumber : Notoatmojo, 2007)

2.4.2.2 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman serta lingkungan. dari batasan ini perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok.

a. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health Maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha seseorang untuk menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.

b. Perilaku pencarian dan penggunaan system atau fasilitas pelayanan kesehatan (*Health Seeking behavior*).

Perilaku ini menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mulai mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan keluar negeri.

c. Perilaku Kesehatan Lingkungan

Bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

2.4.2.3. Teori-Teori Yang Mengungkapkan Determinan Perilaku

Teori Lawrence Green (1980)

Lawrence Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*non behavior causes*) perilaku tersebut terbentuk dari 3 faktor:

a) Faktor predisposisi (*Predisposing Factor*)

Yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

b) Faktor Pendukung (*Enabling factor*)

Yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.

c) Faktor Pendorong (*Reinforcing Factor*)

Yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dari orang tersebut. Ketersediaan atau ketidaktersediaan fasilitas kesehatan dan perilaku petugas kesehatan.

2.4.2.4. Teori-Teori Motivasi

Pengertian motivasi adalah keinginan yang terdapat pada diri seseorang individu yang mendorongnya untuk melakukan perbuatan-perbuatan/perilaku (Terry G, 1986), sedangkan menurut Stooner (1992) pengertian motivasi adalah sesuatu hal yang menyebabkan dan mendukung tindakan atau perilaku seseorang.

Motivasi merupakan suatu konstruksi dengan 3 karakteristik yaitu intensitas, arah, dan persisten (Rahmawati, 2006).

Motivasi dengan intensitas yang cukup akan memberikan arah pada individu untuk melakukan suatu secara tekun dan kontinue. Indikasi motivasi adalah sebagai berikut:

a. Intensitas

Keadaan yang memperkuat motivasi, hal ini tergantung dari besar kecilnya motivasi, yang menggambarkan intensitas adalah keinginan sembuh pasien TB, persepsi tentang harapan untuk sembuh dari penyakit TB, persepsi lamanya pengobatan 6 bulan.

b. Arah

Arah perilaku pasien jika ingin sembuh, keadaan ini dapat digambarkan dari perilaku pengobatan, perilaku tindak lanjut terhadap penyakitnya, misalnya pemeriksaan dahak sesuai jadwal, dan pemeriksaan fisik secara rutin.

c. Persisten

Perilaku yang terjadi secara kontinyu untuk tujuan tertentu, Keadaan ini terlihat dari keteraturan minum obat.

Dukungan sosial yang diterima pasien TB adalah:

Dukungan Emosional, yaitu menyangkut ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian. Dukungan penghargaan yaitu ungkapan penghargaan positif untuk individu, Dukungan instrumental yaitu bantuan langsung berupa materi seperti memberikan pinjaman kepada pasien. Dukungan informasi yaitu dukungan yang diberikan berupa informasi pengetahuan tentang penyakit TB. Dukungan Jaringan yaitu mempunyai rasa menjadi bagian dari kelompok dalam group yang berbagi kegiatan sosial.

Aditama (2000) mengatakan bahwa kepatuhan berobat bukan semata kesalahan peserita, tetapi juga gambaran kesalahan petugas kesehatan yang menyakinkan pasien untuk berobat dengan teratur sampai tuntas.

2.5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Resiko Terjadinya TB (Crofton, 2002) Sebagai Berikut:

a. Tingkat Pendidikan atau pengetahuan

Pendidikan atau pengetahuan akan menggambarkan perilaku seseorang dalam bidang kesehatan. Semakin tingkat pendidikannya rendah maka asumsinya adalah pengetahuan dibidang kesehatan kurang, baik yang menyangkut pengaturan asupan makanan, penanganan keluarga yang menderita sakit dan usaha-usaha preventif lainnya.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat menyangkut ketepatan program pemberantasan TB yang diadakan pemerintah dan ketaatan dalam pelaksanaan program. Keterjangkauan tempat pelayanan, ketersediaan sarana laboratorium yang diperlukan, ketersediaan obat baik obat program pemerintah (OAT), obat standar maupun obat-obat TB bagi mereka yang telah resisten dengan obat yang ada, Termasuk juga program yang mengikut sertakan partisipasi masyarakat.

c. Faktor sosial Ekonomi

Tingkat pendapatan akan banyak pengaruhnya terhadap perilaku dalam menjaga kesehatan individu dan keluarga. Hal ini disebabkan pendapatan mempengaruhi pendidikan dan pengetahuan seseorang, mempengaruhi asupan makanan, mempengaruhi lingkungan tempat tinggal seperti keadaan rumah dan kondisi pemukiman yang ditempati.

Secara umum kekurangan gizi, kelaparan atau gizi buruk akan berpengaruh terhadap kekuatan, daya tahan dan respon imunologis terhadap serangan penyakit pada masyarakat miskin, baik pada orang dewasa maupun pada anak.

Berdasarkan pendapat beberapa ahli, faktor yang mungkin berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan pasien TB Paru antara lain:

a. Faktor Individu

a) Umur

Sekitar 75% pasien TB adalah Usia produktif (15 – 50 tahun), diperkirakan seorang pasien TB dewasa, akan kehilangan waktu kerja rata-rata 3 sampai 4 bulan, hal tersebut pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangga sekitar 20-30%, jika meninggal akan kehilangan pendapatan sekitar 15 tahun.

Dalam berapa penelitian telah disebutkan bahwa tingkatan usia menentukan kepatuhan terhadap sesuatu yang harus dilakukan sesuai dengan peraturan yang dibuat. Dalam hal ini kepatuhan minum obat dapat dikaitkan dengan usia seseorang. yang mempunyai usia lanjut akan mempunyai kesulitan dalam kepatuhan minum obat.

Umur mempunyai hubungan dengan keterpaparan, besarnya resiko, serta sifat *resistensi* tertentu (Wirdani, 2001). Semakin tua umur, karena proses alami mengakibatkan tubuh lebih rentan terhadap penyakit maupun terhadap pengaruh dosis obat yang diminum, sehingga dengan dosis obat yang sama antara umur lebih muda dengan umur lebih tua akan beresiko yang tua, baik karena efek samping maupun kepasrahan terhadap pengalaman sakit.

Penelitian Syahrizal (2004) mengelompokkan umur yaitu umur usia muda 15 tahun – 40 tahun dan kelompok umur usia tua diatas 40 tahun.

Menurut Madras (1993), struktur usia merupakan aspek demografi yang penting diamati, karena dapat mencerminkan beberapa nilai seperti pengalaman, pengetahuan, kematangan berpikir dan kemampuan akan beberapa nilai tertentu.

b) Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian PMO Heryanto dkk, (2002) terhadap pasien TB Paru putus berobat menurut jenis kelamin lebih banyak dijumpai pada perempuan (52,1%), walaupun jenis kelamin merupakan karakteristik yang tidak dapat dipisahkan dalam pengamatan mengenai keterpajanan penyakit pada manusia, walaupun kemaknaan hubungannya berbeda-beda. laki-laki cenderung berperilaku lebih patuh kemungkinan karena sebagai orang yang bertanggung jawab dalam keluarga.

c) Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat diperlukan untuk pengembangan diri. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah menerima pengetahuan dan teknologi (Biro Pusat statistik, 1990). Soekanto (1982) mengemukakan bahwa pendidikan akan memberi kesempatan kepada orang untuk membuka jalan pikiran dalam menerima ide-ide atau nilai-nilai baru.

Heryanto dkk (2002) dalam penelitiannya di DKI, menunjukan sebagian besar PMO berpendidikan rendah (52,3%), yang menyebabkan keterbatasan informasi tentang melaksanakan tugasnya. Rendahnya tingkat pendidikan, kurangnya pemahaman PMO akan tugasnya menyebabkan PMO tidak dapat melaksanakan tugasnya dengan baik, sehingga pasien menghentikan pengobatan sebelum waktunya.

d) Pengetahuan

Adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Berdasarkan hasil penelitian Umar firdous (2005), faktor-faktor pasien TB putus berobat terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kesembuhan dengan nilai OR 5,51, $p = 0,012$, 95% CI (1,391 – 21,88), berarti seseorang yang mempunyai pengetahuan TB Paru yang buruk akan berpeluang mengalami ketidak sembuhan 5,5 kali dibandingkan dengan orang yang berpengetahuan baik, hal ini tidaklah bertentangan dengan teori perilaku kesehatan yang menyebutkan bahwa pengetahuan seseorang dapat mendasari seseorang untuk bertindak (Notoatmojo, 2007) termasuk bertindak sesuai dengan petunjuk pengobatan dalam menjalani proses pengobatan TB Paru.

e) Perilaku berobat

Komponen perilaku (*konatif*) dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasarkan oleh asumsi kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku. Kecenderungan berperilaku secara konsisten selaras dengan kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual. Karena itu adalah logis untuk mengaharapkan bahwa seseorang akan dicerminkannya dalam bentuk tendensi perilaku terhadap objek (Azwar, 2005). Menurut Umar Firdous dalam penelitian faktor-faktor pasien Tuberkulosis paru putus berobat (2005) memperlihatkan bahwa orang yang tidak taat berobat akan berpeluang mengalami ketidak sembuhan, dibandingkan dengan orang yang taat berobat.

Sesuai dengan slogan dari program pemberantasan TB bahwa TB dapat disembuhkan asal minum obat secara teratur.

(a) Mengambil obat

Ketersediaan obat merupakan salah satu yang penting dalam tatalaksana pengobatan pasien TB Paru, disamping dalam pengaturan waktu minum obat dan penentuan dosis sesuai kategori pengobatan.

Prinsip strategi DOTS, selain mendekatkan pelayanan pengobatan terhadap pasien agar secara langsung dapat mengawasi keteraturan menelan obat, juga melakukan pelacakan bila pasien tidak datang mengambil obat sesuai dengan yang ditetapkan, yaitu dua hari berturut-turut pada fase awal atau seminggu pada fase lanjutan (Aditama, 2000).

(b) Minum Obat

Kepatuhan berobat dapat diketahui salah satunya dengan penghitungan jumlah tablet (pil) yang dimakan, pada akhir pengobatan. Dalam strategi DOTS untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, pengobatan perlu dilaksanakan dengan pengawasan langsung oleh seorang pengawas menelan obat (Dep, Kes, 2008). Oleh karena itu cara pemberian obat yang diawasi dalam sistem DOTS merupakan upaya untuk menjamin agar obat diminum oleh pasien (Aditama, 2000). Ketidakepatuhan untuk berobat secara teratur bagi pasien TB Paru tetap menjadi hambatan untuk mencapai angka kesembuhan yang tinggi. Kebanyakan pasien tidak datang selama fase intensif karena tidak adekuatnya motivasi terhadap kepatuhan berobat dan kebanyakan pasien merasa enak pada akhir fase intensif dan merasa tidak perlu kembali untuk pengobatan selanjutnya, O'Boyle dkk melaporkan di kota Kinabalu Sabah Malaysia bahwa kepatuhan dapat ditingkatkan dengan peningkatan *edukasi* pasien, keluarga dan populasi umum, mengurangi biaya transportasi dan lamanya perjalanan. (Masniari, Priyanti dan Aditama, 2002).

(c) Pemeriksaan ulang dahak

Perlunya pasien memeriksa dahak ulang adalah untuk memantau kemajuan pengobatan, dimana dilakukan pemeriksaan specimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke 2

spesimen tersebut negatif. Bila salah satu specimen positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif. Pemeriksaan dahak ulang untuk fase intensif dilakukan seminggu sebelum akhir bulan ke 2 pengobatan kategori I. atau seminggu sebelum akhir bulan ke 3 pengobatan kategori II. Pemeriksaan dahak pada akhir tahap intensif dilakukan untuk mengetahui apakah telah terjadi konversi dahak, yaitu perubahan dari BTA positif menjadi negatif. Kemudian pada fase lanjutan dilakukan pemeriksaan ulang dahak pada seminggu sebelum akhir bulan ke 5 pengobatan kategori I, atau seminggu sebelum akhir bulan ke 7 pada pengobatan kategori II. Selanjutnya pada akhir pengobatan dilakukan pemeriksaan ulang dahak pada seminggu sebelum akhir bulan ke 6 untuk kategori I dan seminggu sebelum akhir bulan ke 8 pada kategori II (Depkes RI, 2008).

f) Keterjangkauan jarak ketempat pelayanan

Kemungkinan masih banyaknya masyarakat yang belum memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, salah satunya akibat penyebaran fasilitas pelayanan yang belum merata, sehingga adanya keterbatasan jangkauan masyarakat dalam pemanfaatannya.

Jarak rumah pasien dengan tempat pelayanan yang sangat jauh, sehingga kemampuan untuk menuju ketempat pelayanan serta biaya yang dikeluarkan untuk transportasi, serta waktu yang dibutuhkan cukup lama.

b. Faktor Pelayanan Kesehatan

a) Pelayanan Petugas kesehatan

Peran petugas kesehatan adalah yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, Untuk meningkatkan kualitas pelayanan pengobatan TB Paru maka hendaknya petugas kesehatan melakukan pemantauan, pengawasan, motivasi dan semangat serta informasi yang jelas kepada pasien khususnya bagi pasien yang pengetahuan rendah, jarak rumah jauh dan mempunyai penyakit lain penyerta pada saat pengobatan. Pasien merasa kecewa apabila petugas kesehatan bersikap tidak ramah, kurang adil dalam

memberikan pelayanan, terlalu lama menunggu giliran pengobatan, serta tidak pernah diperiksa dokter saat mengambil obat.

b) Ketersediaan obat

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) termasuk golongan obat sangat *Esensial* (SSE) yaitu obat beresiko tinggi yang apabila tidak tersedia atau terlambat disediakan akan sulit didapatkan. Oleh karenanya OAT merupakan obat program yang harus terjamin ketersediaannya secara tepat waktu, tepat jenis dengan mutu terjamin untuk menjamin kesinambungan pelayanan pengobatan. Ketersediaan obat di sarana kesehatan juga berhubungan dengan keteraturan pasien berobat, dimana kadang-kadang obat tidak tersedia pada saat pasien sudah saatnya minum obat, sehingga berakibat tidak teratur minum obat. Proses pemberian OAT pada pasien TB diberikan beberapa macam obat sekaligus dalam jangka waktu lama, setidaknya 6 – 8 bulan.

g) Pelayanan Motivator TB

Motivator TB atau Kader kesehatan adalah anggota masyarakat yang bekerja secara sukarela dalam membantu Program penanggulangan TB dan sudah dilatih.

Motivator atau Kader kesehatan sangat penting dalam hal pendampingan di masyarakat untuk menurunkan angka putus berobat dan meningkatkan kesembuhan serta penemuan kasus TB di wilayah. Cara pemberian penyelasan dan pemberian obat yang dilakukan oleh motivator pada pasien TB Paru diharapkan sesuai dengan sebenarnya.

h) Keluhan efek samping OAT

Yang sering terjadi pada saat pasien minum obat adalah kemerahan pada kulit, kuning pada mata atau kulit, gejala seperti flu, gangguan penglihatan, warna merah pada urine, gangguan keseimbangan dan pendengaran, rasa mual, rasa kesemutan. Keluhan ini biasanya akan menyebabkan pasien tidak mau minum obatnya, karena merasa takut akan datang penyakit lain yang lebih berat.

2.6. Penelitian Terkait

No	Kepustakaan	Desain	Variabel Dependent	Variabel Independent	Hasil
1	Bau Intang, 2002 Penderita TB minum obat anti Tuberkulosis.	Case control	Kepatuhan	Factor predisposisi Factor pendorong	Factor yang paling dominan menyebabkan ketidak patuhan adalah pengetahuan (OR=2,95) Jarak Rumah (OR=2,75) Penyakit penyerta (OR=8,35) Factor lain, umur, pendidikan, penghasilan, ketersediaan obat dan PMO (OR=0,26).
2	Bambang sukana Dkk (2000), penderita TB Paru dengan memberdayakan tenaga anggota keluarga.	Kohort prospektif	Penderita TB Paru	Tenaga anggota keluarga	Keteraturan minum obat pendeita TB Paru yang menggunakan tenaga PMO lebih baik dibandingkan dengan penderita yang tidak menggunakan PMO (97,37%).
3	Armaidi Darmawan (2002), Keberadaan pengawas menelan obat dengan keteraturan minum obat TB.	Case control	Keteraturan minum Obat	Keberadaan pengawas menelan obat	Penderita yang tidak mempunyai PMO selama minum obat beresiko 2,68 kali dibandingkan yang mempunyai PMO.
4	Syahrizal (2004) kepatuhan penderita TBC Paru BTA positif dalam menelan obat.	Cros sectional	Kepatuhan berobat	Factor predisposisi Factor pemungkin Faktor penguat	Penderita yang patuh 63,3%, dan yang tidak patuh 36,7%, variable yang mempunyai hubungan bermakna paling kuat ($p < 0,05$) adalah PMO dengan P. Value 0,039, OR 6,00 (1,09-32,87).

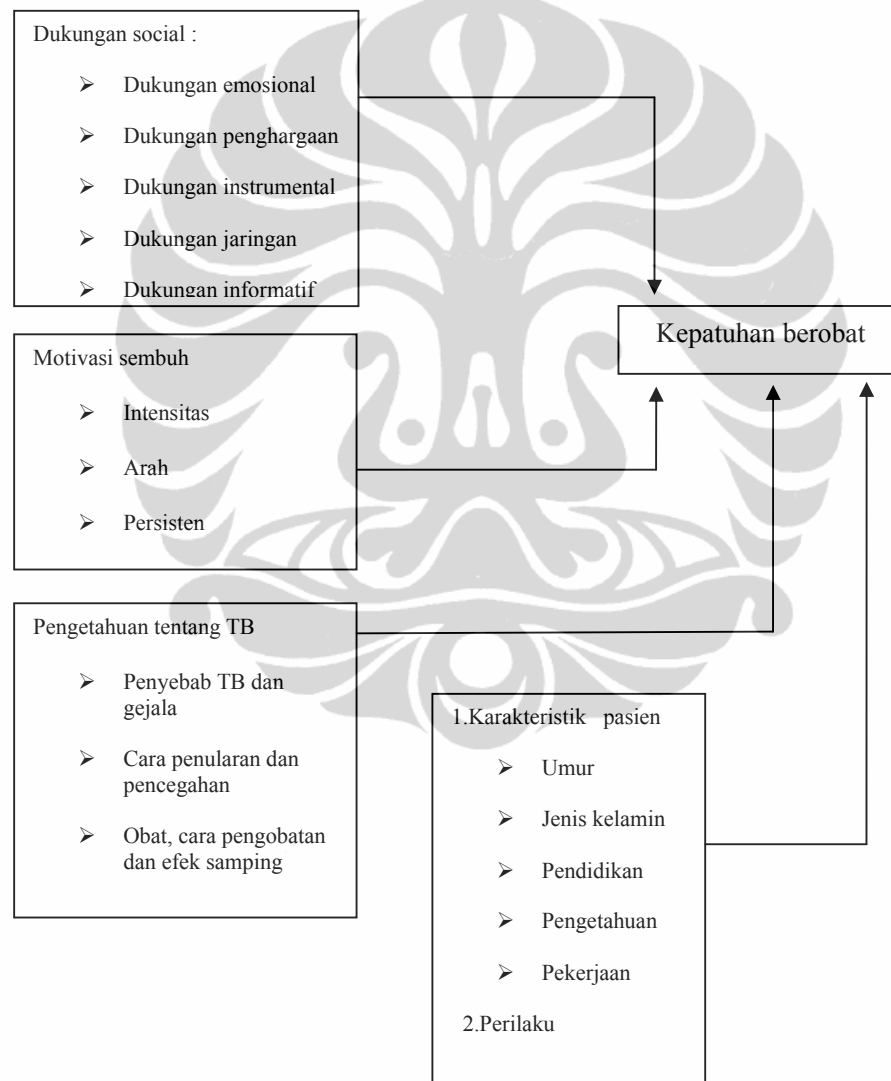
5	Wirdani (2001) Keberadaan PMO dengan keteraturan minum obat.	Case control	Keteraturan minum Obat	Keberadaan PMO	Penderita tanpa PMO beresiko tidak teratur minum obat 2,13 kali dibandingkan yang ada PMO.
6	Elisa (2009), PMO terhadap kepatuhan penderita TB.	Cross sectional	Pengawas menelan Obat	Kepatuhan Penderita TB	3 variabel yang mempengaruhi Kepatuhan penderita TB Paru, yaitu pengetahuan (P=0,039) Sikap (P= 0,026), perilaku PMO (P=0,002).
7	Heryanto (2002) Peran pengawas menelan obat pada kejadian putus berobat.	Cross sectional	Putus berobat	Peran pengawas menelan Obat	Sebagian besar PMO adalah anggota keluarga (95,6%), PMO mempunyai tingkat pendidikan rendah (52,3%).
8	Rahmawati (2006) Pengaruh dukungan sosial dan pengetahuan tentang penyakit TB terhadap motivasi untuk sembuh.	Cross sectional	Sembuh	Dukungan sosial	Dukungan sosial berpengaruh terhadap motivasi dengan koefisien $\gamma = 0,71$ (T value 5,81 > 1,96).
9	Suliha, U, 1991, Studi tentang perilaku kepatuhan pendidikan TB. paru dengan pengobatan jangka pendek di SRP, tesis.	Cross sectional	Perilaku kepatuhan berobat penderita TB. Paru	PSP, pendidikan, jadwal kontrol	Patuh 37,58% dan tidak patuh 62,42% Hubungan pengetahuan penderita dengan kepatuhan berobat.
10	Hidajat, J, 2000, faktor-faktor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan berobat penderita TB. Paru BTA positif di Kabupaten.	Kasus kontrol tidak berpadanan	Ketidak patuhan berobat penderita TB. Paru	Karakteristik penderita, petugas & masyarakat	Tidak mengerti penyuluhan, tidak ada PMO, pengetahuan, pelayanan tidak lengkap.

2.7. Kerangka Teori

Mengacu pada teori-teori serta hasil penelitian tentang berbagai faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan pasien TB Paru berobat, maka dapat disusun suatu kerangka teori.

Gambar 2.2

Kerangka Teori



(Sumber : Crofton ,2002, dan penelitian terkait)

BAB III
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS , DAN DEFINISI
OPERASIONAL

a. Kerangka Konsep

Dari kerangka teori mengenai beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan pasien Tuberkulosis Paru, tidak semua variabel kovariat dapat dioperasionalkan dalam penelitian ini mengingat adanya kesulitan dalam pengukuran dan adanya keterbatasan waktu dan biaya. Oleh karena itu, hanya beberapa variabel yang dianggap relevan dan dapat dilakukan dalam penelitian ini yaitu :

a. Variabel Dependen

Kepatuhan Pasien TB Paru berobat pada pengobatan fase awal di kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing , Jakarta Utara.

b. Variabel Independent

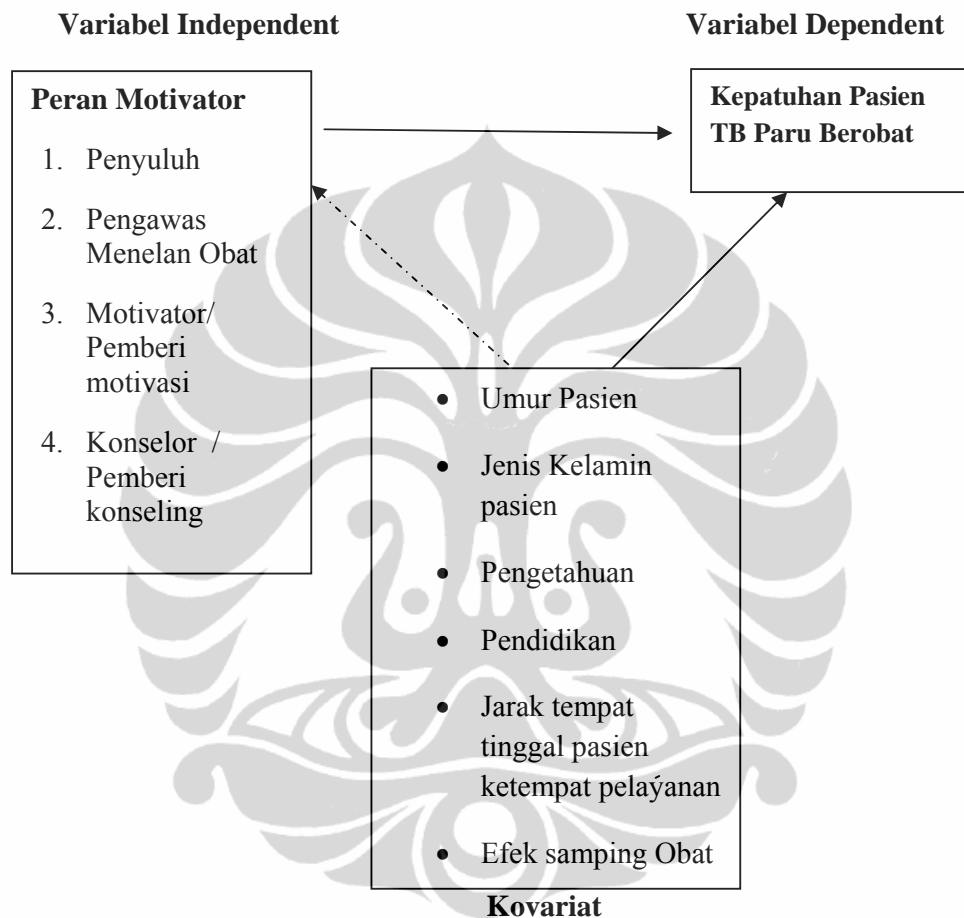
Peran Motivator TB Muhammadiyah – ‘Aisyiyah dapat dilihat :

- a) Penyuluh
- b) PMO
- c) Motivator / Pemberi Motivasi
- d) Konselor / Pemberi Konseling

c. Kovariat

Diperkirakan sebagai konfonding dalam penelitian ini adalah umur pasien, jenis kelamin pasien, pendidikan pasien, pengetahuan, jarak tempat tinggal ke tempat pelayanan, efek samping obat.

Gambar 3.1
Kerangka Konsep Penelitian
Pengaruh Peran Motivator TB Muhammadiyah – ‘Aisyiyah Terhadap
Kepatuhan Pasien TB Paru Berobat.



3.2 Hipotesis

Pengaruh Peran motivator TB Muhammadiyah – ‘Aisyiyah terhadap kepatuhan Pasien TB Paru berobat Pada fase awal pengobatan di Kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing – Jakarta Utara adalah :

Peran Motivator TB Muhammadiyah – ‘Asyiyah meningkatkan Kepatuhan Pasien TB Paru Berobat pada fase awal pengobatan , setelah dikontrol oleh faktor Umur, Jenis kelamin , pendidikan, Pengetahuan, jarak ketempat pelayanan, dan efek samping obat, Jenis PMO, dan Komunikasi yang diberikan motivator.

3.3 Definisi Operasional

3.3.1 Kepatuhan Pasien TB Paru Berobat

Kepatuhan berobat adalah apabila Pasien Tuberkulosis Paru yang mendapat pengobatan kategori I, tidak pernah terlambat mengambil obat 2 hari atau lebih pada fase intensif dan melakukan pemeriksaan dahak pada bulan ke 2 dari akhir pengobatan, serta teratur minum obat, teratur minum obat bila tidak pernah lupa minum obat lebih dari 2 hari berturut-turut pada fase awal.

Cara ukur : Menelaah kartu pencatatan Pasien baru TB Paru (Form.B) dan kartu pengobatan pasien TB (TB.01). dan wawancara.

Alat ukur : *Check list*, Kuesioner

Hasil ukur : data dikategorikan menjadi 2 kategori
 1 = patuh (bila tidak terlambat mengambil obat 2 hari atau lebih pada fase intensif, melakukan pemeriksaan dahak pada bulan ke 2 dari akhir pengobatan yaitu 1 minggu sebelum obat bulan kedua habis, tidak pernah lupa minum obat, obat sesuai dengan yang diminum.

0 = tidak patuh, bila tidak sesuai dengan kriteria

Skala ukur : Nominal

3.3.2 Peran Motivator

Persepsi pasien TB Paru terhadap pelaksanaan tugas-tugas motivator Muhammadiyah – ‘Aisyiyah dalam menjalani pengobatan dari awal sampai akhir dengan komposit bentuk kegiatan yaitu Penyuluh, Pengawas Menelan Obat, motivator atau pemberi motivasi, konselor atau pemberi konseling.

Cara mengukur : Wawancara

Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : Data dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu

1 = baik , bila motivator melakukan minimal 3 dari 4 peran yang menjadi tugasnya (penyuluh, pengawas menelan Obat (PMO), Motivator/ pemberi motivasi, Konselor/ pemberi konseling).

0 = Tidak baik, bila motivator melakukan maksimal 1 dari peran yang menjadi tugas motivator.

Skala ukur : Nominal

a. Peran Penyuluh

Peran motivator sebagai Penyuluh adalah memberikan penyuluhan atau penyelasan materi TB tentang: pengertian Tuberkulosis, gejala-gejala TB, cara Penularan TB, Cara pencegahan TB, Mengenai Kemana harus berobat jika didiagnosa TB. Memeriksa diri dan minum obat secara teratur, mematuhi pengobatan secara teratur, perilaku hidup bersih dan sehat.

Cara mengukur : Wawancara

Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : 1 = Baik (bila melakukan 3 dari materi penyuluhan tentang pengertian TB, gejala-gejala TB, cara penularan, cara pencegahan, cara berobat, Perilaku hidup sehat).

0 = Tidak baik, bila maksimal 2 dari materi penyuluhan yang dilakukan.

Skala ukur : Nominal

b. Peran Pengawas Menelan Obat (PMO)

Peran Motivator sebagai Pengawas Menelan Obat adalah melaksanakan tugas-tugas pengawas menelan obat selama pasien menjalani pengobatan dari awal sampai akhir dan mengawas pasien setiap kali menelan obat,

Cara mengukur : Wawancara

Alat ukur	: Kuesioner
Hasil ukur	: 1 = Baik (bila melaksanakan pengawasan pasien setiap menelan obat dan mendampingi pasien minum obat). 0 = tidak baik, bila tidak melakukan sesuai kriteria.
Skala ukur	: Nominal

c. Peran Motivator (Pemberi Motivasi)

Peran motivator adalah membimbing dan memberikan motivasi kepada PMO untuk melakukan pengawasan menelan obat. Mendorong mengambil obat, mendorong periksa dahak.

Cara mengukur	: wawancara
Alat ukur	: Kuesioner
Hasil ukur	: 1 = Baik bila memberikan motivasi saat pasien mengalami kesulitan menelan obat, mendorong mengambil obat, dan mendorong periksa dahak. 0 = tidak baik, bila tidak melakukan sesuai dengan kriteria.
Skala ukur	: Nominal

d. Peran Konselor (Pemberi Konseling)

Peran Konselor adalah melakukan pendekatan dan bimbingan mental spiritual kepada Pasien dan keluarga

Cara mengukur	: Wawancara
Alat ukur	: Kuesioner
Hasil ukur	: 1 = Baik (bila memberikan konseling kepada pasien dan keluarga pasien TB). 0 = tidak baik tidak melakukan sesuai dengan kriteria.
Skala ukur	: Nominal

3.3.3 Umur

Umur adalah Jumlah tahun yang dihabiskan Pasien sejak kelahirannya sampai saat dilakukan pengambilan data pada penelitian.

Cara mengukur	: Wawancara
Alat ukur	: Kuesioner
Hasil ukur	: Data yang diperoleh dikategorikan menjadi dua kategori menurut Syahrizal (2002)
	1 = 15 – 40 tahun
	0 = > 40 tahun
Skala ukur	: Ordinal

3.3.4 Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah Keadaan tubuh Pasien yang dibedakan secara fisik.

Cara mengukur	: Wawancara
Alat ukur	: Kuesioner
Hasil ukur	: Data dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu
	1 = Laki- laki
	0 = Perempuan
Skala ukur	: Nominal

3.3.5 Pendidikan

Pendidikan adalah jenjang pendidikan formal terakhir yang pernah tamat diikuti Pasien TB Paru dan motivator sampai saat didiagnosa TB Paru.

Pertanyaan no: 10

Cara mengukur	: Wawancara
Alat ukur	: Kuesioner
Hasil ukur	: Data yang diperoleh dikategorikan menjadi 2 Kategori yaitu
	1 = SMA, Perguruan tinggi
	0 = SMP, SD, Tidak tamat

Skala ukur : Ordinal

3.3.6 Pengetahuan

Pengetahuan adalah gambaran pemahaman Pasien terhadap penyakit TB Paru meliputi : pengertian, penyebab, gejala, cara penularan,serta cara pengobatan.

Cara mengukur : Wawancara

Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : data dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu
1 = baik bila responden dapat menjawab 3 dari 5 pertanyaan mengenai pengertian, penyebab, gejala,cara penularan, dan cara pengobatan TB dengan baik dan benar.

0 = Kurang baik bila menjawab maksimal 2 pertanyaan dari 5 pertanyaan dengan benar.

Skala : Nominal

3.3.7 Jarak Tempat Tinggal Ke Pelayanan kesehatan

Jarak adalah Jarak antara tempat tinggal Pasien TB Paru ke Pelayanan kesehatan (RS/Puskesmas), yang meliputi: jarak tempuh didalam Km, waktu tempuh dalam menit.

Cara mengukur : Wawancara

Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : 1 = 1-5 km

0 = >5 km

Skala ukur : Ordinal

3.3.8 Efek Samping Obat

Efek samping obat adalah bila pasien TB Paru setelah menelan obat anti tuberculosis timbul efek samping yang tidak diinginkan dan pasien merasa terganggu dengan efek samping tersebut, pasien mengambil keputusan

terhadap kelangsungan pengobatannya dan melaporkan karena adanya gangguan tersebut kepada motivator atau petugas kesehatan.

Cara ukur : Wawancara

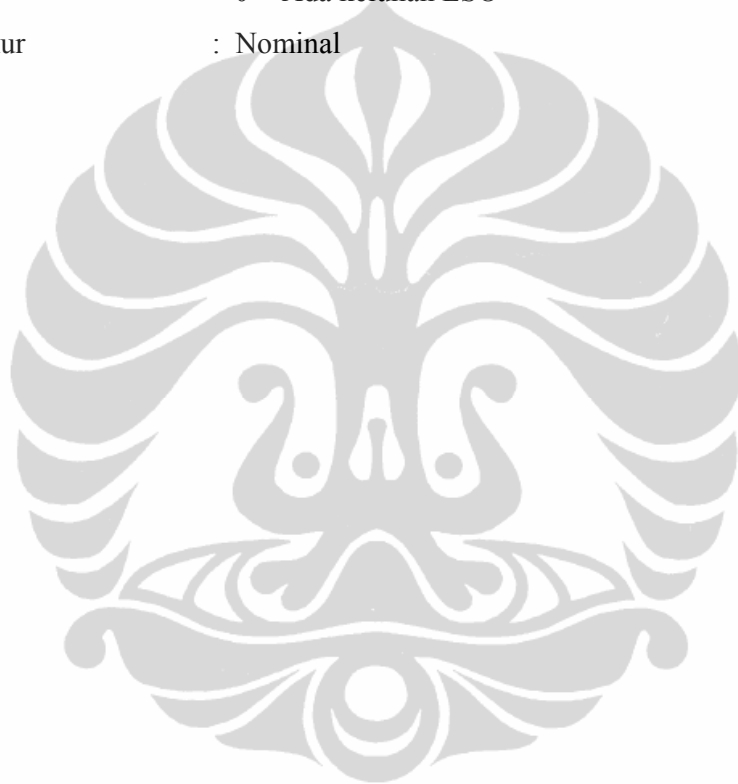
Alat ukur : Kuesioner

Hasil ukur : Data dikategorikan menjadi 2 kategori

1 = Tidak ada keluhan ESO

0 = Ada keluhan ESO

Skala ukur : Nominal



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah menggunakan rancangan studi kohort Retrospektif atau kohort sejarah dimana baik kelompok yang terpapar dan tidak terpapar berasal dari register (*frame*) yang sama, yaitu melalui registrasi Kader/motivator yang ada di lapangan daerah kecamatan Koja wilayah dan Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara. Data telah dikumpulkan dari Bulan Januari 2009 sampai Mei 2010 pada format pencatatan pasien baru TB Paru (Form B), dan kartu pengobatan pasien TB (Form TB. 01). Data pasien TB yang BTA positif dalam pengobatan fase awal kategori 1 yang variabel outcomenya berupa kepatuhan berobat yang terjadi dalam 2 bulan pengobatan fase awal. Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh antara peran motivator dengan kepatuhan pasien TB Paru berobat, setiap responden yang terdata pada masa lampau diikuti dengan wawancara dan ditelusuri peran motivatornya.

Pemilihan desain penelitian kohort retrospektif ini berdasarkan pertimbangan beberapa hal yaitu :

- a. Desain ini relatif cepat dilakukan, karena semua paparan terhadap faktor resiko dan hasil sudah terjadi sebelum penelitian dimulai.
- b. Relatif tidak mahal
- c. Subyek penelitian dapat diambil dari registrasi, yaitu dari pencatatan Pasien baru TB Paru yang ada pada motivator.
- d. Dapat memperoleh data insidens pada populasi daerah penelitian
- e. Dapat menerangkan hubungan antara faktor resiko dengan efek secara temporal.

4.2 Populasi Dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian adalah Semua Pasien TB Paru BTA positif berumur ≥ 15 tahun telah berobat di Rumah sakit atau Puskesmas wilayah Jakarta utara pada kurun waktu januari 2009 sampai Mei 2010, dan bertempat tinggal dikecamatan Koja dan kecamatan Cilincing, Jakarta Utara, yang mendapatkan pengobatan dengan obat anti tuberkulosis (OAT) kategori 1.

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian ini adalah semua Pasien TB Paru BTA positif berumur ≥ 15 tahun telah berobat di Rumah Sakit/Puskesmas wilayah Jakarta Utara pada kurun waktu Januari 2009 sampai Mei 2010, dan bertempat tinggal di kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing, Jakarta utara, yang mendapatkan pengobatan dengan obat anti tuberkulosis (OAT) kategori 1 yang memenuhi kriteria inklusi dan eklusi yang ditetapkan, serta bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

4.3 Kriteria Inklusi Dan Eksklusi

4.3.1 Kriteria Inklusi

Pasien TB Paru baru dengan BTA positif dengan kategori I, berusia dewasa ≥ 15 tahun yang mengikuti pengobatan di Rumah Sakit atau Puskesmas selama 2 bulan awal pengobatan, tidak menderita penyakit lain yang mengganggu jalannya penelitian, yang terekam dalam data pasien TB Paru di Kecamatan Koja, dan Kecamatan Cilincing bersedia ikut dalam penelitian.

4.3.2 Kriteria Eksklusi

Pasien TB Paru BTA positif dengan kategori II, berusia < 15 tahun, informasi kurang lengkap, tidak menderita penyakit lain yang mengganggu jalannya penelitian. Pasien menolak untuk ikut dalam penelitian.

4.4 Besar Sampel

Penghitungan besar sampel sesuai desain kohort dengan menggunakan perhitungan berdasarkan rumus (12) (stanley Lemeshow,1997) sbb :

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

P_1 = proporsi kasus pada kelompok terpajan

P_2 = proporsi kasus pada kelompok tidak terpajan

$Z_{1-\alpha/2}$ = probabilitas untuk mendapatkan perbedaan dimana perbedaan itu tidak ada = derajat kepercayaan 95% = 1,96

Power $Z(1-\beta)$ = probabilitas untuk mendapatkan dimana perbedaan itu ada, dengan kekuatan uji 80% = 0,842

P_1 = proporsi pasien TB Paru yang tidak patuh pada kelompok yang tidak terpajannya Peran Motivator, sebesar 50% (penelitian Jekti, tahun 2003 di Bekasi).

P_2 = proporsi pasien TB Paru yang patuh pada kelompok yang terpajannya peran motivator.

RR = Perkiraan Resiko Relatif (2,13) penelitian Wirdani tahun 2001 di Pandeglang.

Dengan kekuatan uji 80%, derajat kepercayaan 95%, dan proporsi pasien TB yang tidak patuh pada kelompok yang tidak terpajannya peran motivator sejumlah 50% (Penelitian Jekti tahun 2003 di Bekasi). Dengan perkiraan RR 2,13 (penelitian Wirdani tahun 2001) didapatkan.

$$P_1 = 50\% (0,50)$$

$$P_2 = \frac{P_1}{RR} = 23,47\% (0,23)$$

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2}$$

$$n = 61$$

$$2$$

$$n = 61$$

Dengan demikian jumlah sampel untuk pasien TB yang menggunakan peran motivator dan tanpa motivator seluruhnya adalah $61 \times 2 = 122$ orang.

4.5 Pengambilan Sampel

Data penelitian dengan menggunakan data yang telah dikumpulkan dari SSR (*Sub Sub Resipient*) 'Aisyiyah, yaitu salah seorang kader Muhammadiyah – 'Aisyiyah telah mengikuti pelatihan motivator TB yang ditunjuk sebagai penanggung jawab TB di wilayah. SSR wilayah Jakarta utara mengumpulkan data dari motivator-motivator yang ada di kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara dengan menggunakan Form B adalah pencatatan pasien TB Paru, dan Form C adalah pencatatan rekapitulasi pasien TB Paru. Data diambil dari Januari 2009 sampai Mei 2010, untuk mengurangi bias seleksi, peneliti melakukan beberapa langkah, yaitu :

- a. Ketika menentukan kelompok terpajan dan tidak terpajan tidak boleh menanyakan kepada kader/motivatornya, cukup dengan cara mengambil data yang ada di Form tersebut, untuk kuesioner langsung menanyakan kepada respondennya.
- b. Menentukan kriteria *Inklusi* dan *Eksklusi* untuk kelompok yang terpapar dan tidak terpapar, sehingga hanya yang memenuhi kriteria tersebut saja yang selanjutnya terpilih sebagai *eligible sample*.

Cara menentukan Peran motivator adalah dengan cara sebagai berikut :

- a. Semua pasien dengan BTA positif yang ada pada Form B dan register dipilih sebagai subyek dimana telah memenuhi kriteria inklusi.
- b. Setelah itu ditanyakan kepada pasien TB BTA positif tersebut sesuai dengan masing- masing peran motivator melalui kuesioner, dari kuesioner akan terlihat apakah ada keterpajanan peran motivator atau tidak ada keterpajanan peran motivator.

4.6 Jadwal Pelaksanaan Penelitian

Pelaksanaan penelitian direncanakan sesuai jadwal tersusun mulai dari masa persiapan, sampai dengan penyusunan proposal sebagai mana terlihat pada tabel berikut :

No	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan
1	Persiapan	1 minggu
2	Pengumpulan data	4 minggu
3	Rekapitulasi data	1 minggu
4	Pengolahan data	2 minggu
5	Penyusunan Proposal	5 minggu

4.6.1. Tahap Persiapan Penelitian

Tahap persiapan penelitian termasuk langkah-langkah perencanaan penelitian, diantaranya penentuan area penelitian, identifikasi dan penentuan prioritas masalah penelitian, penyediaan alat bantu penelitian, pembuatan surat izin penelitian, dan lain sebagainya.

4.7. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan selama kurang lebih 4 minggu, meliputi data skunder dan primer yang diambil dari hasil wawancara terstruktur menggunakan kuesioner dan observasi terhadap dokumen pencatatan yang ada pada motivator atau Kader yaitu Registrasi, Form B, untuk memvalidasi dari data yang ada sama kader dapat melihat registrasi TB 01. Proses pengumpulan data dibantu oleh tenaga sukarelawan (paramedis) Teknis pengumpulan data tersebut adalah sebagai berikut :

4.7.1 Cara Pengumpulan Data

Sebelum pengambilan data dilakukan, terhadap interviewer terlebih dahulu diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, petunjuk wawancara dan latihan pengisian kuesioner. Selanjutnya pengambilan data dilapangan, dilakukan dengan mengali informasi mengenai pengaruh motivator terhadap

kepatuhan pengobatan pasien TB Paru melalui wawancara terstruktur terhadap setiap responden.

Upaya Menjaga Kualitas Data dapat dilakukan :

- a. Pewawancara diambil dari tenaga sukarelawan.
- b. Sebelum wawancara, terlebih dahulu pewawancara diberi tahu dulu cara melakukannya.
- c. Supervisi oleh peneliti untuk melihat ada atau tidak adanya masalah yang ditemukan oleh pewawancara dalam melaksanakan instrument (Kuesioner) pengumpul data di lapangan.

4.8. Pengolahan Data

Pengolahan data yang meliputi pemeriksaan data dan pengkodean data dilakukan secara manual, kemudian langkah pengolahan selanjutnya dilakukan dengan menggunakan computer tahapan pengolahan data sebagai berikut :

a. Pemeriksaan data (Editing)

Pemeriksaan data meliputi pemeriksaan terhadap setiap lembar kuesioner yang masuk untuk memastikan bahwa setiap kuesioner benar-benar telah terisi sesuai kebutuhan penelitian. Untuk menjaga kualitas data yang terkumpul melalui kuesioner, dilakukan cross check data hasil wawancara dengan registrasi Form B, TB.01, sehingga bila terjadi kesalahan pengisian atau kekurangan, kuesioner tersebut akan dikembalikan kepada pewawancara untuk dilakukan perbaikan.

b. Pengkodean data (Coding).

Sebagai upaya koreksi terhadap konsistensi struktur pengisian data, dan untuk menjaga kesalahan tertukarnya data dalam memasukan status data kedalam computer (*entry data*), maka terhadap setiap jawaban pada lembar kuesioner dilakukan pengodean.

c. Pemasukan data (*Entry data*)

Setelah melalui proses pemeriksaan dan pengodean, selanjutnya data dimasukkan kedalam computer (*entry data*) dengan menggunakan excel 2007. Kemudian untuk mempermudah dalam pengolahan data tersebut, maka analisis data dilanjutkan dengan menggunakan STATA versi 9.1

4.9. Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan pemajanan antara kelompok yang terpapar dan yang tidak terpapar. Proses analisis data pada penelitian ini dilakukan berturut turut adalah deskriptif tentang karakteristik subyek penelitian (analisis univariat), analisis bivariat, analisis stratifikasi dan terakhir analisis multivariat, dengan menggunakan perangkat lunak STATA versi 9.1

4.10.1 Analisis Univariat (Deskriptif)

Analisis deskriptif ini dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan masing – masing variabel independent yaitu peran motivator, dependent yaitu kepatuhan, dan kovariat umur, jenis kelamin, pengetahuan, pendidikan, jarak tempat tinggal, efek samping obat, serta untuk untuk mengetahui distribusi frekuensi dan presentase dari masing – masing variabel.

4.10.2 Analisis Bivariat / Analitik

Analisa bivariat/analitik, dapat dilakukan dengan analisis tabel 2 x 2 terhadap variabel independent peran motivator dengan variabel dependent yaitu kepatuhan, dan variabel kovariat dengan kepatuhan, untuk menentukan berapa resiko relatif (RR) serta interval kepercayaan 95%.

Analisis bivariat/analitik dapat dilakukan untuk melihat apakah ada hubungan antara peran motivator dengan kepatuhan pasien TB berobat sesuai dengan kerangka konsep, maka variabel dilihat satu persatu dengan variabel kepatuhan, yang merupakan variabel utama. Dan juga dapat melihat hubungan

antara variabel kovariat yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, jarak ketempat pelayanan, dan efek samping obat dengan kepatuhan.

Analisis stratifikasi dilakukan dengan membandingkan RR pada masing-masing strata. Stratifikasi merupakan metode dalam mengendalikan confounding, dengan melihat antara *crude unadjusted effect* dan *adjusted effect* dari setiap strata kategori (Rothman, 2002).

Penilaian konfounding/kovariat didasarkan pada perbedaan/ perubahan nilai risk rasio.

$$Index\ confounding = \left(\frac{RR\ Crude - RR\ adjusted}{RR\ adjusted} \right) \times 100$$

Jika indeks konfounding > 10%, maka variabel bebas tersebut perlu dipertimbangkan sebagai konfounding. Setelah beberapa variabel teridentifikasi sebagai variabel konfounding, kemudian dilakukan analisis multivariat.

Rancangan tabulasi silang adalah :

Terpapar	Patuh	Tidak patuh	Jumlah
Ada Peran Motivator	a	b	a+b
Tidak ada Peran Motivator	c	d	c+d
Jumlah	a+c	c+d	a+b+c+d

Dalam perhitungan Resiko Relatif (RR) = $a/(a+b) / c/(c+d)$

Interpretasinya adalah sebagai berikut :

- a. Bila RR = 1, berarti tidak ada hubungan faktor resiko dengan hasil kejadian
- b. Bila RR < 1, berarti hubungan faktor resiko dengan hasil jadi adalah efek perlindungan (efek *proteksi*)

- c. Bila $RR > 1$, berarti hubungan factor resiko dengan hasil jadi adalah efek penyebab.

4.10.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengontrol pengaruh konfounding terhadap variabel utama dan menganalisis kaitan beberapa variabel independent terhadap outcome. bertujuan untuk mengetahui seberapa besar resiko yang timbul oleh pengaruh peran motivator dengan faktor lain yang diteliti terhadap kepatuhan pasien TB Paru berobat, dengan pendekatan *model regressi logistic* ganda dengan *backward conditional*, kontribusi utama dalam penggunaan analisis multivariat pada penelitian kausal ialah kemampuan untuk dapat melakukan pengendalian beberapa faktor konfounding.

Langkah- langkah analisis multivariat :

- a. Memasukan semua variabel kandidat, meliputi :
 - a) Variabel yang mempunyai resiko hubungan terhadap outcome.
 - b) Variabel yang secara substansi penting atau berhubungan secara *biological plausibility*.

Yaitu dengan cara memasukan variabel umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, jarak ketempat pelayanan, dan efek samping obat, yang telah ditetapkan sebagai kandidat model multivariat.

- b. Kemudian dikeluarkan satu persatu dari model berdasarkan OR terkecil dengan memperhatikan perubahan OR sebelumnya, apabila ada perbedaan OR dan dihitung sebagai faktor konfounding, bila ada perbedaan OR *crude* dengan OR *adjusted* dengan perbedaan $> 10\%$, maka variabel tersebut merupakan konfounding, sehingga tetap di masukkan kembali kedalam model untuk dipertahankan sebagai model selanjutnya, bila OR tidak ada perbedaan atau $< 10\%$ maka variabel yang dikeluarkan tersebut tetap tidak dimasukkan kedalam model, metode ini dilakukan sampai seluruh variabel kovariat dianalisis hingga mendapatkan model akhir.

c. Menentukan model akhir yang diperkirakan sebagai *model regresi logistic* yaitu rumus :

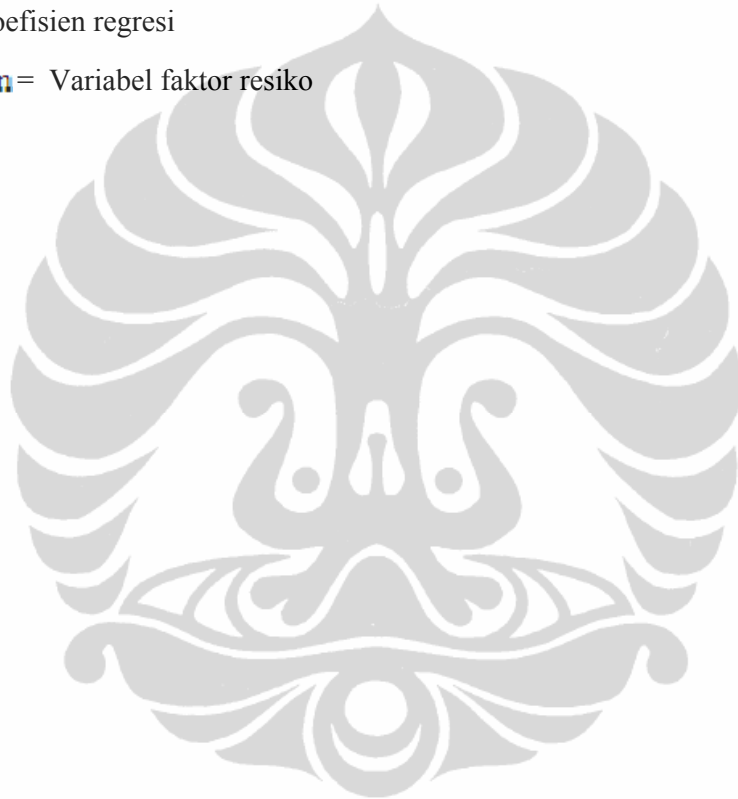
$$\text{Logit} [\text{Pr} (Y= 1)] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n$$

Keterangan :

β_0 = Konstanta

β_1 = Koefisien regresi

$X_1 - X_n$ = Variabel faktor resiko



BAB V

HASIL PENELITIAN

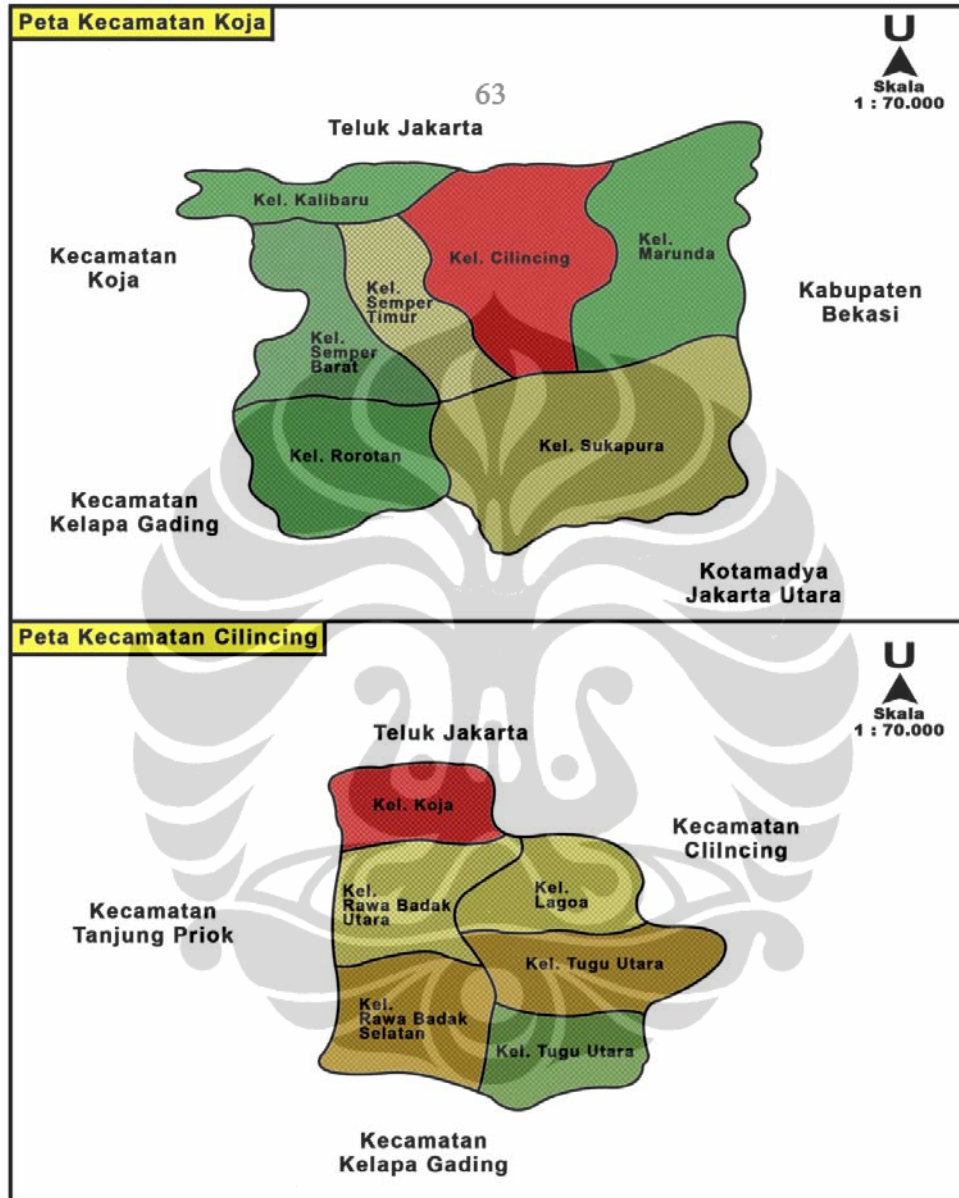
5.1 Situasi Umum Lokasi Penelitian

Dalam penelitian ini mengambil lokasi di wilayah Jakarta Utara yaitu wilayah Kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara dengan luas 142,20 km², Kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing Termasuk wilayah Kotamadya Jakarta Utara memiliki luas wilayah 1.320 ha, dengan luas 142,20 km². Secara administratif Kecamatan Koja terdiri dari 6 Kelurahan, dengan luas area 13,20 km² dengan kepadatan penduduk sebesar 17,081 jiwa/km², yang terdiri dari : Kelurahan Rawa Badak Selatan, Kelurahan Tugu Selatan, Kelurahan Tugu Utara, Kelurahan Lagoa, Kelurahan Rawa Badak Utara, Kelurahan Koja. Hal tersebut dapat dilihat dari peta lokasi sebagai berikut:

- a. Sebelah Utara berbatas dengan Teluk Jakarta
- b. Sebelah Selatan berbatas dengan Kecamatan Kelapa Gading
- c. Sebelah Barat berbatas dengan Kecamatan Tanjung Priok
- d. Sebelah Timur berbatas dengan Kecamatan Cilincing

Secara administratif Kecamatan Cilincing terdiri 7 Kelurahan, dengan jumlah penduduk 237.484 jiwa, Kelurahan Cilincing (831 ha) dengan jumlah penduduk 33.026 jiwa, yang terdiri dari : Kelurahan Sukapura, Kelurahan Rorotan, Kelurahan Marunda, Kelurahan Cilincing, Kelurahan Semper Timur, Kelurahan Semper Barat, Kelurahan Kali Baru. Dapat dilihat dalam peta lokasi sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara dengan batas wilayah Teluk Jakarta dan kecamatan Koja
- b. Sebelah Selatan dengan batas wilayah Kodya Jakarta Utara
- c. Sebelah Barat dengan batas wilayah Kecamatan Kelapa Gading
- d. Sebelah Timur dengan batas wilayah Kabupaten Bekasi.



5.2 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Jakarta Utara, yaitu Kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing, dimana wilayah ini merupakan wilayah binaan Motivator TB Aisyiyah untuk wilayah Jakarta Utara. Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh peran motivator TB Aisyiyah terhadap kepatuhan pasien TB Paru berobat di Kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing periode 2009 – Mei 2010. Pelaksanaan penelitian ini kurang lebih satu setengah bulan mulai tanggal 14 April sampai tanggal 31 Mei 2010, Penelitian ini dilakukan dengan desain kohort retrospektif, dimana sebelum pelaksanaan penelitian data diambil dari Form B yang ada pada koordinator TB kecamatan Muhammadiyah – ‘Aisyiyah Jakarta utara dan diambil juga dari pencatatan TB 01 yang ada di Puskesmas yang pasiennya adalah binaan Motivator Muhammadiyah – ‘Aisyiyah, data pasien TB paru dengan BTA positif dikumpulkan. Menurut data form B tahun 2010 tercatat 40 orang subyek dari Kecamatan Koja, dan 5 orang dari Kecamatan Cilincing, pada tahun 2009 tercatat sebanyak 38 orang dari Kecamatan Koja, 60 orang dari Kecamatan Cilincing, sehingga jumlahnya 143 orang. Kemudian dilakukan eksklusi sebanyak 23 orang, Pada saat awal jumlah subyek yang turut dalam penelitian adalah 120 orang namun pada saat follow up hanya 110 orang yang 4 orang dari Kecamatan Koja tidak ditemukan alamatnya, dari Kecamatan Cilincing 4 orang tidak ditemukan alamatnya 2 orang meninggal, sehingga terdapat 10 orang yang drop out (8,3%).

Motivator TB ‘Aisyiyah – Muhammadiyah diwilayah Kecamatan Koja yang telah diberikan pelatihan kader komunitas berjumlah 9 orang namun yang aktif 4 orang dan diwilayah Kecamatan Cilincing berjumlah 12 orang yang aktif hanya 5 orang.

Pada penelitian jenis data yang dikumpulkan adalah data primer yang berasal dari responden pasien TB paru BTA positif yang mendapatkan pengobatan dengan OAT (obat anti TB) kategori 1 pada fase intensif yaitu selama minimal 2 bulan yang menjalani pengobatan atau yang sudah selesai pengobatan dari Januari 2009 sampai Mei 2010.

5.3 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dimaksudkan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan presentase dari masing-masing variabel independent, variabel dependen dan variabel kovariat. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 110 responden.

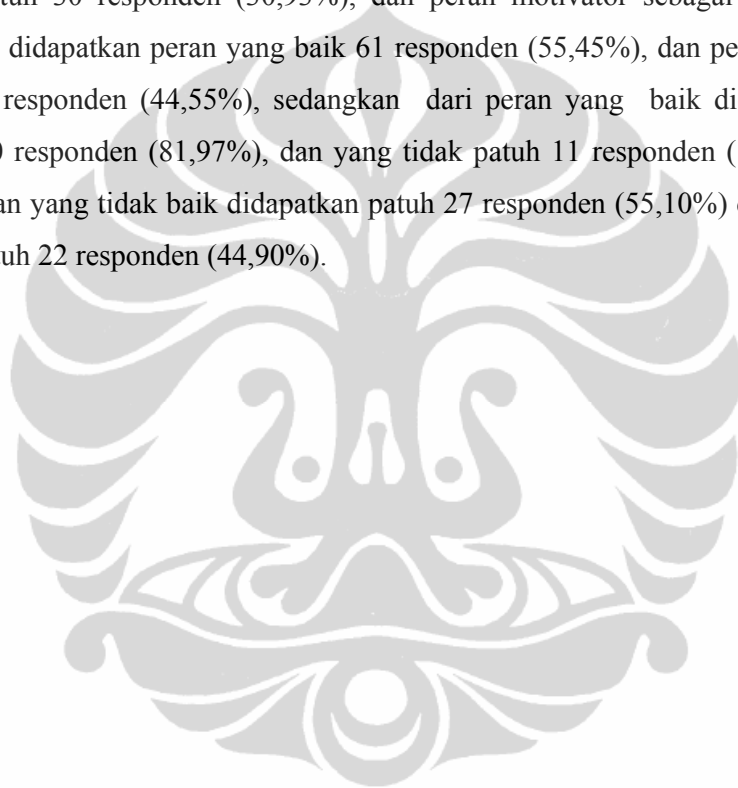
5.3.1. Distribusi Responden Menurut Kepatuhan

Pada penelitian ini dari 110 responden didapatkan 77 responden (70%) patuh dan 33 responden (30%) tidak patuh, bearti kepatuhan pasien dalam pengobatan TB cukup baik, yaitu lebih dari separuhnya.

5.3.2. Distribusi Responden Menurut Peran Motivator

Pada penelitian ini didapatkan hasil distribusi responden berdasarkan peran dari motivator, Dari tabel 5.3.2.1 terlihat bahwa peran motivator Muhammadiyah – ‘Aisyiyah dari 110 responden 68 responden (61,82%) mengatakan peran motivator baik dari 68 responden yang patuh 53 responden (77,9%) dan yang tidak patuh 15 responden (22,06), dan 42 responden (38,18%) mengatakan peran motivator kurang baik didapatkan yang patuh 24 responden (57,14%) dan yang tidak patuh 18 responden (42,86%). Dimana secara umum motivator sudah melaksanakan perannya dengan baik sebagai kader komunitas TB di wilayah Jakarta Utara , namun masih ada beberapa peran motivator belum dilaksanakan dengan baik. Peran motivator sebagai penyuluh, didapatkan peran yang baik 30 responden (27,27%), dan peran tidak baik 80 responden (72,73%), sedangkan dari peran yang baik didapatkan patuh 29 responden (96,67%), dan yang tidak patuh 1 responden (3,33%). dan peran motivator sebagai konseling didapatkan peran yang baik 17 responden (15,45%), dan peran tidak baik 93 responden (84,55%), sedangkan dari peran yang baik didapatkan patuh 17 responden (22,08%), dan yang tidak patuh 0 responden (0%).

Dan peran yang tidak baik didapatkan patuh 60 responden (64,52) dan yang tidak patuh 33 responden (35,48%), peran motivator sebagai PMO didapatkan peran yang baik 13 responden (11,82%), dan peran tidak baik 97 responden (88,18%), sedangkan dari peran yang baik didapatkan patuh 10 responden (76,92%), dan yang tidak patuh 3 responden (23,08%). Dan peran yang tidak baik didapatkan patuh 67 responden (69,07%) dan yang tidak patuh 30 responden (30,93%), dan peran motivator sebagai pemberi motivasi didapatkan peran yang baik 61 responden (55,45%), dan peran tidak baik 49 responden (44,55%), sedangkan dari peran yang baik didapatkan patuh 50 responden (81,97%), dan yang tidak patuh 11 responden (18,03%). Dan peran yang tidak baik didapatkan patuh 27 responden (55,10%) dan yang tidak patuh 22 responden (44,90%).



Tabel 5.3.2.1 Distribusi Frekuensi Masing-Masing Peran Motivator TB Muhammadiyah – Asyiyah, Terhadap Kepatuhan Pasien TB Di Kecamatan Koja Dan Kecamatan Cilincing Berobat Januari 2009 – Mei 2010

Variabel	%					
	Patuh		Tidak Patuh		Jumlah	
	n	%	n	%	n	Kepatuhan
1. Peran						
Motivator						
Baik	53	77,94	15	22,06	68	100
Tidak baik	24	57,14	18	42,86	42	100
2. Peran						
Penyuluh						
Baik	29	96,67	1	3,33	30	100
Tidak Baik	48	60	32	40	80	100
3. Peran						
Konseling						
Baik	17	100	0	0	17	100
Tidak baik	60	69,52	33	35,48	93	100
4. Peran						
Pengawas						
menelan obat						
Baik	10	76,92	3	23,08	13	100
Tidak baik	67	69,07	30	30,93	97	100
5. Peran						
Pemberi						
Motivasi						
Baik	50	81,97	11	18,03	61	100
Tidak baik	27	55,10	22	44,90	49	100

5.3.3. Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Dan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Pada Pasien TB Paru

5.3.3.1. Umur

Peneliti mengelompokkan umur menjadi 2 kelompok yaitu kelompok umur 15 tahun – 40 tahun dan kelompok umur lebih dari 40 tahun, karena mean atau rata –rata responden berumur 38 tahun, sesuai dengan penelitian Syahrizal (2004). Pada tabel 5.3.3.1 didapatkan hasil distribusi responden berdasarkan umur , yang paling banyak adalah kelompok umur 15 tahun sampai 40 tahun (63,64%) dibandingkan dengan kelompok umur lebih dari 40 tahun (36,36%). Untuk kepatuhan terbanyak terdapat pada umur 15 tahun – 40 tahun yaitu 77,14%.

5.3.3.2. Jenis Kelamin

Pada tabel didapatkan hasil distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, yang paling banyak adalah pada kelompok jenis kelamin laki – laki (66,36) dibandingkan dengan kelompok jenis kelamin perempuan (33,64%). Untuk kepatuhan terdapat pada jenis kelamin laki – laki yaitu 68,49%, tapi tidak jauh berbeda jenis perempuan yang patuh 72,97%

5.3.3.3. Pendidikan

Pada penelitian ini distribusi responden berdasarkan pendidikan, yang paling banyak adalah pada kelompok pendidikan SMP sampai tidak sekolah (73,64) dibandingkan dengan kelompok pendidikan SMA – perguruan tinggi (26,36). Sedangkan tingkat kepatuhan terbanyak terdapat pada pendidikan SMP tidak sekolah yaitu 65,13%.

5.3.3.4. Pengetahuan

Pada tabel didapatkan hasil distribusi responden berdasarkan pengetahuan paling banyak adalah pada kelompok pengetahuan baik 87,27%, dibandingkan dengan kelompok pengetahuan yang tidak baik hanya 12,73%.

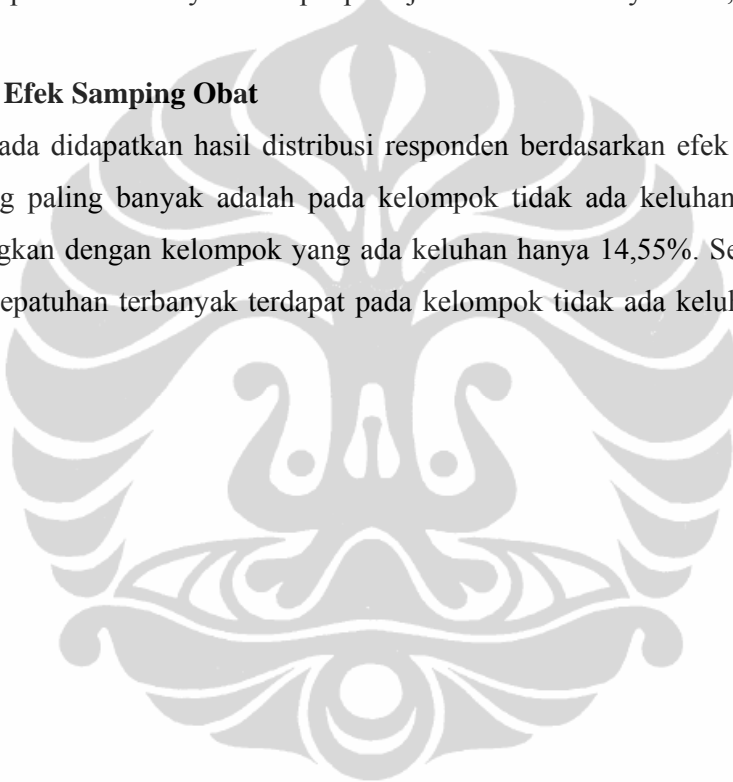
Sedangkan tingkat kepatuhan terbanyak terdapat pada kelompok yang pengetahuan baik yaitu 72,92%.

5.3.3.5. Jarak

Pada tabel didapatkan hasil distribusi responden berdasarkan jarak, yang paling banyak adalah pada kelompok jarak 1 km – 5 km yaitu 84,55% dibandingkan dengan kelompok lebih dari 5 km yaitu 15,45%. Sedangkan tingkat kepatuhan terbanyak terdapat pada jarak 1km – 5 km yaitu 73,12%.

5.3.3.6. Efek Samping Obat

Pada didapatkan hasil distribusi responden berdasarkan efek samping obat yang paling banyak adalah pada kelompok tidak ada keluhan 84,45% dibandingkan dengan kelompok yang ada keluhan hanya 14,55%. Sedangkan tingkat kepatuhan terbanyak terdapat pada kelompok tidak ada keluhan yaitu 71,28%.



Tabel 5.3.3.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Dan Faktor - Faktor Yang Berhubungan Pada Pasien TB Di Kecamatan Koja Dan Kecamatan Cilincing , Jakarta Utara Januari 2009 – Mei 2010

Karakteristik Responden	Kategori	Patuh		Tidak Patuh		Jumlah	
		n	%	n	%	n	%
1. Umur	15 - 40	54	77,14	16	22,86	70	100
	> 40	23	57,50	17	42,50	40	100
2. Jenis Kelamin	Laki-laki	50	68,59	23	31,51	73	100
	Perempuan	27	72,97	10	27,03	37	100
3. Pendidikan	SMA - PT	24	82,76	5	17,24	29	100
	Tidak Sekolah - SMP	53	65,13	28	34,57	81	100
4. Pengetahuan	Baik	70	72,92	26	27,08	96	100
	Tidak baik	7	50	7	50	14	100
5. Jarak	1 km - 5 km	68	73,12	25	25,86	93	100
	> 5 km	9	52,94	8	47,06	17	100
6. Efek Samping Obat	Tidak ada - keluhan	67	71,28	27	28,72	94	100
	Ada keluhan	10	62,50	6	37,50	16	100

5.4 Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan antara Peran motivator dan variabel kepatuhan sesuai dengan kerangka konsep, maka variabel akan dilihat hubungannya satu persatu dengan variabel kepatuhan, yang merupakan variabel utama. Dan juga dapat melihat hubungan antara variabel kovariat dengan variabel kepatuhan.

5.4.1. Hubungan Peran Motivator Dengan Kepatuhan Pasien TB Paru Berobat

Pada tabel 5.4.1 dan tabel 5.4.2 didapatkan hasil peran motivator yang baik lebih banyak dibandingkan dengan peran motivator yang kurang baik, bahwa motivator sudah berperan yaitu lebih dari separuh. Dan peran motivator yang baik terdapat yang patuh 77,94% dan tidak patuh 22,06%, Dengan nilai RR sama dengan 1,36 dengan 95% CI 1,01-1,82 berarti bahwa peran motivator yang baik akan meningkatkan kepatuhan sebesar 1,36 kali dibanding dengan peran motivator yang tidak baik.

Peran motivator sebagai penyuluh didapatkan peran motivator yang baik lebih sedikit dari peran motivator yang kurang baik, artinya bahwa motivator belum berperan dengan baik, untuk peran sebagai penyuluh yang baik terdapat yang patuh 96,67% dan yang tidak patuh 3,33%. Dengan nilai RR sama dengan 1,61 (95% CI 1,33 – 1,94) berarti bahwa peran motivator sebagai penyuluh yang baik akan meningkatkan kepatuhan sebesar 1,61 kali dibandingkan dengan peran motivator sebagai penyuluh yang tidak baik.

Peran motivator sebagai konseling didapatkan peran motivator yang baik lebih sedikit dari peran motivator yang kurang baik, artinya bahwa motivator belum berperan dengan baik, untuk peran sebagai konseling yang baik terdapat yang patuh 100% dan yang tidak patuh 0%. Dengan nilai RR sama dengan 1,55 (95% CI 1,33 – 1,80) berarti bahwa peran motivator sebagai konseling yang baik akan meningkatkan kepatuhan sebesar 1,55 kali dibandingkan dengan peran motivator sebagai konseling yang tidak baik.

Peran motivator sebagai pengawas menelan obat (PMO) didapatkan peran motivator yang baik lebih sedikit dari peran motivator yang kurang baik, artinya bahwa motivator belum berperan dengan baik, untuk peran PMO yang baik terdapat yang patuh 76,92% dan yang tidak patuh 23,08%. Dengan nilai RR sama dengan 1,11 (95% CI 0,80 – 1,54) berarti bahwa peran motivator sebagai PMO yang baik relatif hampir sama dengan peran motivator sebagai PMO yang tidak baik terhadap kepatuhan.

Peran motivator sebagai Pemberi motivasi didapatkan peran motivator yang baik lebih besar dari peran motivator yang kurang baik, artinya bahwa motivator sebagai pemberi motivasi sudah berperan dengan baik, untuk peran pemberi motivasi yang baik terdapat yang patuh 81,97% dan yang tidak patuh 18,03%. Dengan nilai RR sama dengan 1,48 (95% CI 1,12 – 1,96) berarti bahwa peran motivator sebagai pemberi motivasi yang baik akan meningkatkan kepatuhan sebesar 1,48 kali dibandingkan dengan peran motivator sebagai pemberi motivasi yang tidak baik.

Tabel 5.4.1 Hubungan Peran Motivator TB Muhammadiyah – ‘Asyiyah Terhadap Kepatuhan Pasien TB berobat di Kecamatan Koja Dan Kecamatan Cilincing

Peran Motivator	Kepatuhan				RR Crude (95%CI)
	Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	
Baik	53	77,94	15	22,06	1,36 (1,01 - 1,82)
Tidak baik	24	57,14	18	42,86	

Tabel 5.4.2 Hubungan Masing-Masing Peran Motivator TB Muhammadiyah – ‘Asyiyah Terhadap Kepatuhan Pasien TB Berobat Di Kecamatan Koja Dan Kecamatan Cilincing Januari 2009 – Mei 2010

Peran Motivator	Kepatuhan				RR (96%CI)
	Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	
1. Peran Penyuluh					
Baik	29	96,67	1	3,33	1,61 (1,33 - 1,94)
Tidak baik	48	60	32	40	
2. Peran Konseling					
Baik	17	100	0	0	1,33 (1,13 - 1,80)
Tidak baik	60	69,52	33	35,48	
3. Peran Pengawas Menelan Obat					
Baik	10	76,92	3	23,08	1,11 (0,80 - 1,54)
Tidak baik	67	69,07	30	30,93	
4. Peran Pemberi Motivasi					
Baik	50	81,97	11	18,03	1,48 (1,12 - 1,96)
Tidak baik	27	55,10	22	44,90	

5.4.2. Hubungan Umur Dengan Kepatuhan pasien TB Paru Berobat

Pada tabel 5.4.2.1 didapatkan hasil pasien TB Paru yang berumur 15 tahun – 40 tahun lebih besar dibandingkan dengan pasien yang berumur lebih dari 40 tahun. Untuk pasien TB Paru yang umur 15 tahun – 40 tahun yang patuh terdapat 77,14%, dan yang tidak patuh 22,86%, sedangkan untuk umur lebih dari 40 tahun yang patuh terdapat 57,50% dan yang tidak patuh 42,50%, Dengan nilai RR sama dengan 0,74 (95% CI 0,55 – 1,00).

5.4.3. Hubungan Jenis Kelamin Dengan Kepatuhan Pasien TB Berobat

Pasien TB Paru yang jenis kelamin perempuan lebih sedikit dibandingkan jenis kelamin laki-laki, artinya jenis kelamin laki-laki lebih banyak dari perempuan. Untuk pasien TB Paru jenis perempuan yang patuh 72,97 %, sedangkan yang tidak patuh 27,03%, sedangkan untuk jenis laki – laki yang patuh 68,49 %, dengan nilai RR 1,06 (95% CI 0,82 – 1,36).

5.4.4. Hubungan Pendidikan Dengan Kepatuhan Pasien TB Berobat

Pasien TB Paru yang pendidikan SMA - perguruan tinggi lebih sedikit dibandingkan yang berpendidikan tidak sekolah – SMP. Untuk pasien pendidikan SMA sampai perguruan tinggi yang patuh berobat sebesar 87,76% dan yang tidak patuh 17,24%, sedangkan untuk kelompok yang pendidikan tidak sekolah sampai SMP yang patuh sebesar 65,13% yang tidak patuh 34,37%, Dengan nilai RR 1,45 (95% CI 0,85 – 2,49).

5.4.5. Hubungan Pengetahuan Dengan Kepatuhan Pasien TB Berobat

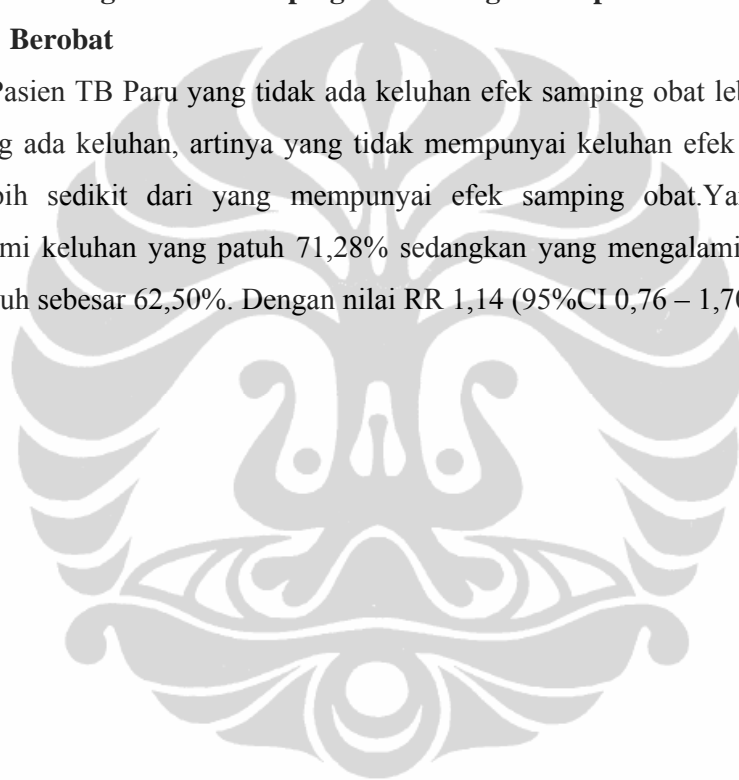
Pasien TB Paru yang pengetahuan baik lebih besar dari yang pengetahuan kurang baik, pengetahuan yang baik dan patuh sebesar 72,92%, dan yang tidak patuh sebesar 27,08% sedangkan pengetahuan yang kurang baik yang patuh sama besar antara yang tidak patuh yaitu 50%, dengan nilai RR 1,45 (95% CI 0,85 – 2,49).

5.4.6. Hubungan Jarak Dengan Kepatuhan Pasien TB Berobat

Pasien TB Paru yang jarak ketempat pelayanan 1 km – 5 km lebih besar dari pasien yang lebih dari 5 km, jarak 1 km – 5 km yang patuh sebesar 73,12%, dan yang tidak patuh 26,86%, dan jarak lebih dari 5 km yang patuh 52,94%. dengan nilai RR 1,38 (95% CI 0,86 – 2,19).

5.4.7. Hubungan Efek Samping Obat Dengan Kepatuhan Pasien TB Berobat

Pasien TB Paru yang tidak ada keluhan efek samping obat lebih besar dari yang ada keluhan, artinya yang tidak mempunyai keluhan efek samping obat lebih sedikit dari yang mempunyai efek samping obat. Yang tidak mengalami keluhan yang patuh 71,28% sedangkan yang mengalami keluhan yang patuh sebesar 62,50%. Dengan nilai RR 1,14 (95%CI 0,76 – 1,70).



Tabel 5.4.2.1 Hubungan Karakteristik Dan Faktor -Faktor Pada Pasien TB Paru Terhadap Kepatuhan Berobat Di Kecamatan Koja Dan Kecamatan Cilincing, Jakarta Utara Januari 2009 –Mei 2010

Karakteristik Variabel	Kategori	Kepatuhan				RR (95% CI)
		Patuh		Tidak Patuh		
		n	%	n	%	
1. Umur	15-40	54	77,14	16	22,86	0,74 (0,55 - 1,00)
	> 40	23	57,50	17	42,50	
2. Jenis Kelamin	Laki- laki	50	68,49	23	31,51	1,06 (0,82 -1,36)
	Perempuan	27	72,97	10	27,03	
3. Pendidikan	SMA - PT	24	82,76	5	17,24	0,79 (0,62 -0,99)
	Tidak Sekolah - SMP	53	65,13	28	34,57	
4. Pengetahuan	Baik	70	72,92	26	27,08	1,45(0,85 - 2,49)
	Tidak baik	7	50	7	50	
5. Jarak	1 km - 5 km	68	73,12	25	26,86	1,38 (0,86 - 2,19)
	> 5 km	9	52,94	8	47,06	
6. Efek Samping Obat	Tidak ada keluhan	67	71,28	27	28,72	1,14 (0,76 - 1,70)
	Ada keluhan	10	62,50	6	37,50	

5.5 Analisis Stratifikasi

Analisis Stratifikasi dilakukan untuk melihat kemungkinan adanya konfounding dari faktor-faktor umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, jarak dan efek samping obat. Analisis ini dilakukan dengan cara membandingkan RR *Crude* peran motivator kepatuhan pasien TB Paru berobat dibandingkan RR dari pada peran motivator yang di *adjusted*. Variabel yang dianalisis ditetapkan sebagai konfounding jika perbedaan RR *crude* dengan *adjusted* lebih dari 10%.

Hasil RR Crude pada variabel peran motivator yang baik yaitu dengan RR 1,36 (95% CI 1,01 – 1,82).

Tabel 5.5.1
Hasil Analisis Stratifikasi Dengan Variabel Bebas Umur

Peran Motivator	Umur								RR Adjusted 95%CI
	15 Tahun - 40 Tahun				> 40 Tahun				
	Patuh		Tidak Patuh		Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baik	39	79,6	10	20,4	14	73,7	5	26,3	1,28 (0,97 – 1,69)
Tidak baik	15	71,4	6	28,6	9	42,9	12	57,1	

Pada tabel diatas, hasil RR adjusted pada variabel peran motivator setelah dikontrol dengan variabel umur didapatkan nilai RR adjusted 1,28 setelah dibandingkan dengan RR crude 1,36 didapatkan selisih dari RR crude dan adjusted sebesar 5,42% yaitu kurang dari 10%. Dari tabel, bahwa variabel umur bukan merupakan faktor konfounding.

Tabel 5.5.2
Hasil Analisis Stratifikasi Dengan Variabel Bebas Jenis Kelamin

Peran Motivator	Jenis Kelamin								RR Adjusted 95%CI
	Laki - Laki				Perempuan				
	Patuh		Tidak Patuh		Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baik	32	72,7	12	27,3	21	87,5	3	12,5	1,36 (1,01 – 1,83)
Tidak baik	18	62,1	11	37,0	6	46,2	7	53,8	

Pada tabel diatas, hasil RR adjusted pada variabel peran motivator setelah dikontrol dengan variabel jenis kelamin didapatkan nilai RR adjusted 1,36 setelah dibandingkan dengan RR crude 1,36 didapatkan selisih dari RR crude dan adjusted sebesar 0% yaitu kurang 10%. Dari tabel, bahwa variabel jenis kelamin bukan merupakan faktor konfounding.

Tabel 5.5.3

Hasil Analisis Stratifikasi Dengan Variabel Bebas Pendidikan

Peran Motivator	Pendidikan								RR Adjusted 95%CI
	SMA - PT				Tidak Sekolah - SMP				
	Patuh		Tidak Patuh		Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baik	18	90	2	10	35	72,9	13	27,1	1,34 (1,00 – 1,79)
Tidak baik	6	66,7	3	33,3	18	54,6	15	45,5	

Pada tabel diatas, hasil RR adjusted pada variabel peran motivator setelah dikontrol dengan variabel pendidikan didapatkan nilai RR adjusted 1,34 setelah dibandingkan dengan RR crude 1,36 didapatkan selisih dari RR crude dan adjusted sebesar 1,4% yaitu kurang 10% dari tabel, bahwa variabel pendidikan bukan merupakan faktor konfounding.

Tabel 5.5.4

Hasil Analisis Stratifikasi Dengan Variabel Bebas Pengetahuan

Peran Motivator	Pengetahuan								RR Adjusted 95%CI
	Baik				Kurang Baik				
	Patuh		Tidak Patuh		Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baik	50	78,1	14	21,19	3	75	1	25	1,29(0,97 – 1.72)
Tidak baik	20	62,5	12	37,5	4	40	6	60	

Pada tabel diatas , hasil RR adjusted pada variabel peran motivator setelah dikontrol dengan variabel pengetahuan didapatkan nilai RR adjusted 1,29 setelah dibandingkan dengan RR crude 1,36 didapatkan selisih dari RR crude dan adjusted 5,5% yaitu kurang 10% dari tabel, bahwa variabel pengetahuan bukan merupakan faktor konfounding.

Tabel 5.5.5
Hasil Analisis Stratifikasi Dengan Variabel Bebas Jarak

Peran Motivator	Jarak								RR Adjusted 95%CI
	1 km - 5 km				> 5 km				
	Patuh		Tidak Patuh		Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baik	47	82,5	10	17,5	6	54,5	5	45,5	1,37 (1,02 – 1,82)
Tidak baik	21	58,3	15	41,7	3	50	3	50	

Pada tabel diatas , hasil RR adjusted pada variabel peran motivator setelah dikontrol dengan variabel jarak didapatkan nilai RR adjusted 1, 37 setelah dibandingkan dengan RR crude 1,36 didapatkan selisih dari RR crude dan adjusted sebesar 0,7% yaitu kurang 10% dari tabel, bahwa variabel jarak bukan merupakan faktor konfounding.

Tabel 5.5.6
Hasil Analisis Stratifikasi Dengan Variabel Efek Samping Obat

Peran Motivator	Efek Samping Obat								RR Adjusted 95%CI
	Tidak Ada Keluhan				Ada Keluhan				
	Patuh		Tidak Patuh		Patuh		Tidak Patuh		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baik	45	78,9	12	21,1	8	72,7	3	27,3	1,37 (1,02 – 1,83)
Tidak baik	22	59,5	15	40,5	2	40	3	60	

Pada tabel diatas , hasil RR adjusted pada variabel peran motivator setelah dikontrol dengan variabel efek samping obat didapatkan nilai RR adjusted 1,77 setelah dibandingkan dengan RR crude 1,75 didapatkan selisih dari RR crude dan adjusted sebesar 0,7% yaitu kurang 10% dari tabel, bahwa variabel efek samping obat bukan merupakan faktor konfounding.

5.6 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengestimasi peran motivator dengan kepatuhan pasien TB Paru berobat setelah dikontrol dengan variabel lain, Analisis yang digunakan adalah uji regresi logistic ganda model backward conditional dengan tingkat kepercayaan (confidence interval 95%)

5.6.1. Pemilihan Variabel Ke Dalam Model Kausal

Untuk mendapatkan model akhir, memasukkan semua variabel kedalam model awal, dengan menggunakan analisa regresi logistic ganda model backward, kemudian disingkirkan satu persatu dari dari model berdasarkan kriteria kemaknaan. Variabel yang dikeluarkan pertama kali adalah yang mempunyai OR terkecil dengan memperhatikan perubahan OR sebelumnya. Apabila ada perbedaan OR motivator dan dihitung sebagai faktor konfounding (bila perbedaan OR crude dengan adjusted dengan selisih konfounding $>10\%$), maka variabel yang dimasukkan terakhir tetap dipertahankan sebagai model dan selanjutnya bila variabel yang di keluarkan tidak ada perbedaan OR (selisih konfounding $<10\%$ maka variabel yang dikeluarkan tersebut tetap tidak dimasukkan kedalam model, metode ini dilakukan terus sampai seluruh variabel bebas dianalisis hingga mendapatkan model akhir.

Langkah pertama adalah memasukkan semua variabel umur, jenis kelamin, pengetahuan, pendidikan, jarak, dan efek samping obat didapatkan nilai OR adjusted peran motivator 2,265. Setelah itu dikeluarkan dari OR terkecil yaitu pendidikan dan didapatkan OR motivator tanpa pendidikan 2,32 dengan selisih konfounding 2,3 % ($<10\%$) sehingga variabel pendidikan dikeluarkan dari model. Dan bukan merupakan konfounding.

Langkah kedua mengeluarkan variabel jenis kelamin didapatkan OR motivator tanpa jenis kelamin 2,33 dengan selisih konfounding 2,2% ($<10\%$), sehingga variabel jenis kelamin dikeluarkan dari model. Dan bukan merupakan konfounding.

Langkah ketiga mengeluarkan variabel umur didapatkan OR motivator tanpa umur 2,57 didapatkan selisih konfounding 11,86% (<10%), dan variabel umur merupakan konfounding sehingga harus dimasukkan ke dalam model .

Langkah keempat mengeluarkan variabel efek samping obat didapatkan OR motivator tanpa efek samping obat 2,27 dengan selisih konfounding 2,7%% (<10%) maka variabel efek samping obat dikeluarkan dari model, karena bukan merupakan konfounding.

Langkah kelima mengeluarkan variabel pengetahuan didapatkan OR motivator tanpa pengetahuan 2,41 dengan selisih konfounding 10,01% (>10%), variabel pengetahuan merupakan konfounding maka variabel pengetahuan tetap dipertahankan sebagai model. Sehingga variabel pengetahuan dimasukkan kembali kedalam model.

Langkah keenam mengeluarkan variabel jarak, didapatkan OR motivator tanpa jarak 2,111 dengan selisih konfounding 7,2% (<10%) maka variabel jarak dikeluarkan dari model, sehingga didapatkan model akhir yaitu OR 2,11 (95% CI 0,87 – 5,11).

Tabel 5.6.1.1

Hubungan Peran Motivator Dengan Kepatuhan TB Paru Yang dikontrol

Variabel	OR motivator setelah	OR motivator setelah	Perbandingan
	dikontrol semua variabel	dikeluarkan variabel	%
Pendidikan	2,265	2,32	2,3
Jenis Kelamin	2,265	2,33	2,2
Umur	2,265	2,57	11,86
Efek Samping Obat	2,265	2,27	2.7
Pengetahuan	2,265	2,41	10,1
Jarak	2,265	2,11	7,2

5.7 Model Akhir

Dengan mempertimbangkan kerangka konsep yang telah dibuat berdasarkan uji confounding, maka model akhir yang presisinya paling tinggi adalah yang mengandung variabel bebas utama dan variabel konfounder, yaitu peran motivator, umur dan pengetahuan.

Tabel 5.7.1
Hasil Akhir Pengaruh Peran Motivator Terhadap Kepatuhan Pasien TB Paru Berobat

Variabel	Koefisien	SE	OR adjust	95% CI
Motivator	0,7471801	0,4517	2,111	0,87 - 5,11
Umur	-0,6883672	0,4500	0,502	0,207 - 1,21
Pengetahuan	0,5356371	0,6242	1,708	0,50- 5,80
Konstanta	- 0,236	0,6442		

Sehingga didapat persamaan model akhir :

$$\text{Logit Kepatuhan} = -0,236 + 0,747 (\text{Peran Motivator}) - 0,688 (\text{Umur}) + 0,536 (\text{Pengetahuan})$$

Peran motivator yang baik akan meningkatkan kepatuhan pasien TB Paru 2,11 kali dibandingkan peran motivator yang tidak baik setelah dikontrol oleh umur dan pengetahuan .

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Suatu penelitian tidak mungkin dapat dilakukan secara sempurna, demikian dengan penelitian ini tidak lepas dari segala kekurangan dan keterbatasannya, berikut adalah keterbatasan dalam penelitian.

6.1.1 Desain Penelitian

Data Kohort peran motivator tidak memuat semua unsur yang berhubungan dengan kepatuhan pasien TB paru berobat, sehingga kehandalan studi kohort retrospektif dalam kemampuan mengkaji hubungan faktor resiko dengan hasil jadi dari analisa data form B dan form TB 01 menjadi tidak optimal, sehingga perlu data dari kuesioner.

6.1.2 Populasi dan Sampel

Pemilihan populasi diwilayah kecamatan Koja dan kecamatan Cilincing bukan karena subyektifitas peneliti, namun menetapkan wilayah tersebut karena merupakan wilayah binaan program penanggulangan TB Muhammadiyah – ‘Aisyiyah diwilayah Jakarta Utara. Didalam menentukan lokasi sudah sesuai dengan kriteria yang ditentukan oleh program Muhammadiyah Penentuan sampel yang memenuhi syarat terpilih berdasarkan peran motivator Muhammadiyah – ‘Aisyiyah yang terekam dalam form B dan TB 01 terbatas dan sedikit, sehingga pengambilan sampelnya berdasarkan total populasi.

6.1.3 Kuesioner penelitian

Pengunaan kuesioner dalam penelitian ini sangat penting dalam kaitannya dengan pengumpulan data dari responden, khususnya terkait dengan peran motivator.

Walaupun demikian sampai saat ini dari penelusuran literatur belum ada kuesioner yang telah teruji secara klinis dan objektif dapat memperoleh data tentang peran motivator.

Dimana belum terdapatnya pedoman atau standar pada kuesioner untuk dapat mendefinisikan kategori patuh terkait dengan peran motivator. Kuesioner yang kurang valid dalam memperoleh data yang akurat tentunya dapat mengakibatkan kesalahan dalam interpretasi hasil akhir

6.1.4 Bias

6.1.4.1 Bias Seleksi

Penelitian ini dilakukan di wilayah kecamatan Koja dan Kecamatan Cilincing, dimana bias seleksi yang terjadi yaitu menolak berpartisipasi pada hal *eligible* untuk dipilih adalah sebagai subyek, dan penolakan tersebut berhubungan dengan *eksposure* dan *outcome*, bias seleksi yang dapat terjadi adalah *withdrawal* bias dimana subyek yang telah ikut serta didalam penelitian menghilang secara proporsional selama periode *follow up*. Seluruh subyek yang drop – out 10 orang (8,3%) berasal dari kelompok pendataan *Sub Sub Recipient* (SSR) Aisyiyah Jakarta Utara. Pada saat awal jumlah subyek yang turut dalam penelitian adalah 120 orang namun pada saat *follow up* hanya 110 orang yang 4 orang dari Kecamatan Koja tidak ditemukan alamatnya, dari Kecamatan Cilincing 4 orang tidak ditemukan alamatnya 2 orang meninggal. Apabila perbedaan karakteristik dari mereka yang drop out dengan mereka yang berpartisipasi dalam penelitian ini tidak diketahui maka arah bias tidak dapat diperkirakan, namun apabila perbedaan tersebut diketahui maka arah bias dapat diperkirakan. Berdasarkan analisis yang dilakukan, karakteristik 10 orang yang drop out tidaklah berbeda dengan 110 subyek penelitian.

Upaya yang dilakukan peneliti untuk menghindari bias seleksi adalah merencanakan lama pengambilan data selama 1 bulan 17 hari atau 47 hari kerja agar jumlah sampel dapat terpenuhi, merencanakan metode door to door langsung ke lokasi sesuai dengan alamat untuk meminimalisasi jumlah drop out. Kunjungan dilakukan secara 2 tahap. Yang pertama dilakukan 2 minggu

awal kunjungan, dimana peneliti langsung kelokasi, berbicara langsung dengan tetangga responden. Bila pada kunjungan awal tidak ditemukan untuk melakukan kembali kunjungan ulang seminggu sebelum berakhir penelitian.

6.2 Analisis Deskriptif

6.2.1 Kepatuhan Pasien TB Paru Berobat

Pada penelitian ini didapatkan hasil dari 110 responden yang diobati dengan Obat Anti Tuberkulosis kategori I sebagian besar dari 68 responden yang peran motivatornya baik 77,9% patuh dan yang tidak patuh 22,06%, Dan dari 42 responden yang peran motivator yang tidak baik didapatkan yang patuh 24 responden (57,14%), dan yang tidak patuh didapatkan 18 responden (42,86%).

Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda yang dikemukakan oleh Salim (2002) yang mengemukakan sebagian besar pasien (61,22%) patuh berobat dan yang tidak patuh berobat 38,88%. hasil hampir sama dengan penelitian Syahrizal (2004), variabel kepatuhan didapat : 63,3% yang patuh berobat secara teratur dan yang tidak patuh 36,7%.

Hasil penelitian yang berbeda diperlihatkan oleh Suliha (1991) yang mengemukakan bahwa sebagian besar pasien (62,42%) tidak patuh berobat dan 37,58% pasien yang datang untuk kontrol berobat sesuai dengan ketentuan.

Adanya perbedaan hasil penelitian ini disebabkan karena perbedaan pada desain penelitian, kriteria keteraturan berobat atau definisi operasional dan populasi penelitian. Hasil penelitian tersebut diatas adalah penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit sehingga dapat memberikan hasil yang berbeda dengan penelitian yang dilakukan di masyarakat atau Puskesmas.

6.2.2 Karakteristik Dan Faktor- Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pasien TB Paru Berobat

Dari hasil penelitian didapatkan pada distribusi responden menurut umur yang terbanyak mengalami kepatuhan (77,14%) dari 70 responden yang berumur 15 tahun – 40 tahun, dan yang tidak patuh 22,86%.

Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dikemukakan oleh Syahrizal (2004), bahwa umur yang patuh terdapat pada umur muda yaitu 15 tahun – 54 tahun yaitu 58,9%. Dan pada penelitian Bambang Sukana dkk (2000) mengemukakan bahwa umur yang taat dalam pengobatan TB adalah umur dibawah 40 tahun (63,62%) dan yang tidak taat dalam pengobatan adalah umur diatas 40 tahun (36,38%).

Penelitian ini sesuai dengan Depkes (2008), bahwa sekitar 75 % pasien TB adalah usia produktif yaitu 15 tahun sampai 50 tahun. Dan tingkat usia menentukan kepatuhan sesuatu sesuai dengan aturan, kepatuhan berobat, minum obat, memeriksakan dahak ulang dapat dikaitkan dengan usia seseorang yang mempunyai usia lanjut akan mempunyai kesulitan dalam kepatuhan berobat.

Distribusi jenis kelamin yang terbanyak terdapat pada jenis laki-laki (66,36%) dan perempuan 36,36%, sedangkan yang patuh antara jenis kelamin laki-laki tidak jauh berbeda. Yang patuh pada perempuan terdapat 72,97% sedangkan pada laki-laki yang patuh 68,49%.

Hasil penelitian Heryanto dkk (2003) pasien TB Paru putus berobat menurut jenis kelamin lebih banyak dijumpai pada perempuan (52,1), sedangkan pada penelitian Bambang sukana (2000) dikemukakan bahwa pasien yang taat berobat yang terbanyak adalah pada jenis kelamin laki-laki yaitu 59,09%. Walaupun kemaknaan hubungan berbeda-beda, laki-laki cenderung lebih patuh, kemungkinan karena sebagai yang bertanggung jawab dalam keluarga.

Distribusi pendidikan responden berdasarkan pendidikan, yang paling banyak adalah pada kelompok pendidikan SMP sampai tidak sekolah (73,64) dibandingkan dengan kelompok pendidikan SMA – perguruan tinggi (26,36).

Dari penelitian tidak terdapat suatu perbedaan dimana pendidikan SMA – Perguruan tinggi pasien yang patuh sebanyak 82,76%, sedangkan pendidikan SMP sampai tidak sekolah didapatkan yang patuh sebanyak 65,13, hal ini disebabkan mayoritas responden berpendidikan SMP sampai tidak sekolah.

Pada penelitian didapatkan hasil distribusi responden berdasarkan pengetahuan paling banyak adalah pada kelompok pengetahuan baik 87,27%, dibandingkan dengan kelompok pengetahuan yang tidak baik hanya 12,73%. Sedangkan tingkat kepatuhan terbanyak terdapat pada kelompok yang pengetahuan baik yaitu 72,92%.

Penelitian Idrus salim (2002) mengemukakan proporsi penderita TB Paru menunjukkan bahwa yang mempunyai pengetahuan baik 38,5% dan yang berpengetahuan kurang baik 61,5%, Pada kelompok patuh sebagian besar mempunyai pengetahuan baik (78,0%).

Pada penelitian ini tidak terdapat perbedaan, dimana kelompok yang berpengetahuan baik akan menyebabkan kepatuhan.

Pada penelitian didapatkan hasil responden yang paling banyak adalah pada kelompok jarak dekat 1 km – 5 km yaitu 84,55% dibandingkan dengan kelompok jarak jauh lebih dari 5 km yaitu 15,45%. Sedangkan tingkat kepatuhan terbanyak terdapat pada jarak jarak dekat 1km – 5 km yaitu 73,12%. Menurut penelitian Syahrizal (2004) dari kepatuhan yang didapat 63,3% yaitu tempat tinggal pasien dekat dari pelayanan kesehatan (90%). Dimana responden yang patuh berobat ternyata dari jarak tempat tinggal dekat, karena mudah dijangkau.

Pada penelitian didapatkan hasil efek samping obat yang paling banyak adalah pada kelompok tidak ada keluhan 84,45% dibandingkan dengan kelompok yang ada keluhan hanya 14,55%. Sedangkan tingkat kepatuhan terbanyak terdapat pada kelompok tidak ada keluhan yaitu 71,28%. Menurut penelitian Salim mereka yang terganggu adanya efek samping obat 53,5 % dan merasa tidak terganggu 46,5% dan kelompok yang patuh merasa terganggu sebanyak 42,4, dan pada kelompok tidak patuh merasa terganggu

efek samping obat 57,6%. Dimana tidak terdapat perbedaan adanya keluhan dan tidak adanya keluhan dengan efek samping obat dengan kepatuhan.

6.3 Hubungan Peran Motivator Dengan kepatuhan Pasien TB Paru

Berobat

Peran motivator yang baik lebih banyak dibandingkan dengan peran motivator yang kurang baik, bahwa motivator sudah berperan yaitu lebih dari separuh. Dan peran motivator yang baik terdapat yang patuh 77,94% dan tidak patuh 22,06%, Dengan nilai RR sama dengan 1,36 dengan 95% CI 1,01 – 1,82 berarti bahwa peran motivator yang baik akan meningkatkan kepatuhan sebesar 1,36 kali dibanding dengan peran motivator yang tidak baik.

Hasil analisis bivariat menunjukkan hubungan antara peran motivator dengan kepatuhan pasien TB Paru berobat, peran motivator yang baik akan meningkatkan kepatuhan 1,36 kali dibandingkan dengan yang peran motivator nya tidak baik.

Belum ada penelitian motivator terhadap kepatuhan yang hampir sama dengan penelitian adalah mengenai PMO. Penelitian Salim, (2002) menunjukkan bahwa adanya hubungan peran PMO dengan kepatuhan pasien TB Paru berobat yaitu aktivitas PMO kurang baik mempunyai resiko 22,65 kali untuk tidak patuh dibandingkan aktivitas PMO yang baik.

Pada analisis stratifikasi didapatkan hasil beberapa variabel yang merupakan konfounder dalam penelitian ini yaitu: umur dan pengetahuan, dapat dilihat pada tabel 5.5.7 dimana terdapat perbandingan antara RR crude dan adjusted > dari 10% setelah dikontrol oleh variabel umur dan pengetahuan.

Hasil hubungan peran motivator TB terhadap kepatuhan pasien TB paru berobat dengan RR = 1,36 (95% CI 1,01 – 1,82), setelah dikontrol variabel umur didapatkan nilai RR = 1,28 (95% CI 0,97 - 1,69), menunjukkan hubungan dengan kepatuhan yaitu peran motivator baik pada responden berumur 15 tahun – 40 tahun memiliki 1,28 kali lebih patuh dibandingkan

peran motivator yang tidak baik, artinya peran motivator meningkatkan kepatuhan 1,28 kali lebih besar dari tidak ada peran motivator.

Umur mempunyai hubungan dengan keterpaparan, besarnya resiko, serta sifat resistensi tertentu (Wirdani, 2001). Semakin tua umur, karena proses salami mengakibatkan tubuh lebih rentan terhadap penyakit maupun terhadap pengaruh dosis obat yang diminum, sehingga dengan dosis obat yang sama antara umur lebih muda dengan umur lebih tua akan beresiko yang umur tua, baik karena efek samping maupun kepasrahan terhadap pengalaman sakit, dimana hal ini lebih beresiko bagi pasien untuk tidak teratur minum obat. Ketidak patuhan berobat pada usia tua biasanya kurangnya motivasi dan pengertian pasien, lupa, penglihatan yang kurang dan kurang menyukai pengobatan yang terlalu lama dan rumit. Peran motivator sangat dibutuhkan untuk keberhasilan pengobatan.

Kemudian setelah dikontrol variabel pengetahuan didapatkan $RR = 1,29$ (95% CI 0,97 – 1,72), menunjukkan hubungan dengan kepatuhan yaitu peran motivator baik pada responden yang pengetahuannya baik memiliki 1,29 kali lebih patuh dibandingkan peran motivator tidak baik, artinya yang ada peran motivator meningkatkan kepatuhan 1,29 kali lebih besar dibandingkan tidak ada peran motivator.

Seseorang yang mempunyai pengetahuan TB Paru yang buruk akan berpeluang mengalami ketidak sembuhan dibandingkan dengan orang yang berpengetahuan baik, hal ini tidaklah bertentangan dengan teori perilaku kesehatan yang menyebutkan bahwa pengetahuan seseorang dapat mendasari seseorang untuk bertindak (Notoatmojo, 2007) termasuk bertindak sesuai dengan petunjuk pengobatan dalam menjalani proses pengobatan TB Paru. Pengetahuan dan sikap yang kurang terutama tentang penyakit TB paru yang diderita, berakibat tidak tuntasnya pengobatan penyakitnya karena ketidak patuhan berobat, oleh sebab itu peran motivator sangat dibutuhkan.

Pada beberapa literatur disebutkan bahwa kepatuhan adalah tingkat perilaku pasien dalam mengambil suatu tindakan untuk pengobatan seperti kebiasaan hidup sehat, ketepatan berobat Sacket dkk (1985). Faktor perilaku

mempunyai peranan yang besar terhadap keberhasilan suatu program kesehatan yang diberikan, sehingga tidak jarang pemerintah memberikan fasilitas kesehatan yang baik tanpa disertai perbaikan perilaku masyarakat.

Oleh karena itu pengukuran kepatuhan berobat dari pasien TB Paru BTA positif adalah dengan cara pengamatan jadwal keteraturan berobat, pemeriksaan laboratorium dan keteraturan menelan obat dari pasien, pentingnya pengawasan pengobatan 2 bulan pertama, jika pasien menghentikan pengobatan intensif selama 2 bulan, maka pada fase ini kuman TB hidup dalam tubuh pasien dan mampu berkembangbiak dengan cepat (Croffton, 2002). Dimana dukungan sosial menjadi faktor penting yang mempengaruhi kepatuhan seperti dokter, petugas kesehatan, dalam hal ini peran motivator sangat mendukung sekali dalam keberhasilan penanggulangan TB Paru. Aditama (2000) mengatakan bahwa kepatuhan berobat bukan semata kesalahan pasien, tetapi juga gambaran kesalahan petugas kesehatan yang menyakinkan pasien untuk berobat dengan teratur sampai tuntas.

Pada pemodelan akhir untuk mengetahui akhir model kausal yang didapatkan dari analisis multivariat, didapatkan model akhirnya: Peran motivator setelah dikontrol dengan umur dan pengetahuan: didapatkan OR adjusted 2,11 (95% CI 0,87 – 5,11).

Peran motivator yang baik akan meningkatkan kepatuhan 2,11 kali lebih besar dibandingkan dengan peran motivator tidak baik, setelah dikontrol oleh umur dan pengetahuan.

Bahwa dengan peran motivator mempunyai dampak yang positif terhadap kepatuhan, walaupun dalam pengamatan yang dilakukan dilapangan belum semua motivator yang berperan dengan baik. Dalam hal ini motivator yang sudah dilatih sebanyak 47 orang, yang baru berperan aktif hanya 9 orang yaitu 19,14%, Pasien TB Paru yang ada dilokasi baik di Kecamatan Koja maupun di Kecamatan Cilincing mempunyai jarak jauh dari tempat tinggal motivator, sehingga hal ini menyulitkan untuk motivator untuk memantaunya. Sehingga saat pasien sudah pindah alamat motivator tidak tahu kemana pasien pindah.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- a. Pada penelitian ini, peran motivator yang baik pada pasien TB Paru Berobat lebih besar (77,9%) dibandingkan dengan peran motivator yang tidak baik (57,14%). Masing masing peran motivator mempunyai hubungan dengan kepatuhan seperti peran penyuluh, peran konseling, peran pengawas menelan obat, dan peran pemberi motivasi.
- b. Analisis multivariat mendapatkan hubungan antara peran motivator dengan kepatuhan setelah dikontrol dengan variabel – variabel konfounding : umur dan pengetahuan. Dimana peran motivator yang baik dengan OR 2,11 kali lebih besar untuk meningkatkan kepatuhan dibandingkan dibandingkan peran motivator yang tidak baik (95% CI 0,87 – 5,11).

7.2 Saran

- a. Kepada Pengelola program TB Paru Muhammadiyah – Aisyiyah memberikan penghargaan khusus bagi motivator yang telah menyelesaikan tugasnya, agar motivator berperan lebih baik.
- b. Untuk mencegah terjadinya pasien TB Paru tidak patuh berobat, maka disarankan kepada pengelola program TB Paru baik yang ada di Puskesmas maupun di Rumah sakit, agar meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit TB Paru dan cara pengobatannya serta akibat yang mungkin terjadi bila tidak patuh dalam menjalankan pengobatan, melalui penyuluhan secara berkala setiap kali pasien mengambil obat ke Puskesmas.
- c. Untuk mencegah terjadinya pasien TB Paru tidak patuh berobat, maka disarankan kepada pengelola program TB Paru dan pimpinan Puskesmas atau

Rumah sakit untuk meningkatkan pengetahuan motivator TB di masyarakat melalui penyuluhan secara berkala dan memotivasi agar dalam melaksanakan pengawasan sesuai dengan tugas – tugasnya secara kontinu dan intensif.

- d. Untuk mengetahui perkembangan pasien di masyarakat, sebaiknya motivator lebih memantau masing-masing pasien yang menjadi kelolaannya, sehingga bisa mengecek bila ada pasien yang pindah alamat pindah
- e. Untuk petugas Puskesmas/ atau Rumah Sakit , memberikan waktu untuk konsultasi kepada pasien TB Paru yang datang untuk kontrol berobat, sehingga adanya petugas khusus untuk konsultasi mengenai penyakit TB.
- f. Pengelola program TB Muhammadiyah meningkatkan monitoring terhadap pasien dan motivator di komunitas atau masyarakat.
- g. Perlu adanya penelitian lebih lanjut terhadap peran motivator, dengan desain kohort prospektif, dengan jumlah sampel yang lebih besar dan menggunakan instrument/alat ukur yang lebih akurat tentang kepatuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, 1994, *Tuberkulosis Paru Masalah dan Penanggulangannya*, Universitas Indonesia (UI – Press), Jakarta
- Aditama, 1999, *WHO – Searo Regional training Workshop on Laboratory methods for TB Control*, Persahabatan general Hospital ,Jakarta
- Amri, 2008, *Pengenalan Multivarit Logistik regresi*, Universitas Indonesia
- Basuki, 2005, *Aplikasi Proposa Kohort*, Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas, FK – UI
- Besral, 2009, *Regressi Logistik Multivariat*, Departemen Biostatika, FKM-UI, April 16, 2010. www.nesmd.com/shtml/26290.shtml ,
- Bau intang, 2004, *Evaluasi factor penentu Kepatuhan Pasien TB Paru Minum Obat Anti Tuberkulosis di Puskesmas Kabupaten Maluku Tenggara*, Program Pasca sarjana Universitas Gajah Mada. [arc.ugm.ac.id/files/\(2881-H-2004\).pdf](http://arc.ugm.ac.id/files/(2881-H-2004).pdf)
- Crofton , J, 1997, *TB A Clinical Manual For South East Asia*, WHO, Geneva, Switzerland
- Crofton, J, 1999, *Clinical Tuberculosis*, Millan edocation.Ltd, London and Oxford
- Crofton, J, Horne Norman, and Miller, 2002, *Tuberkulosis klinis*, alih bahasa : Muherman harun, et al
- Armaidi, 2002, *Hubungan Keberadaan Pengawas Menelan Obat Dengan Keteraturan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru Di Kabupaten Kerinci tahun 2001*, Tesis, FKM – UI
- Depkes RI, 2002, *Pedoman nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, cetakan ke 8
- Depkes RI, 2006, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, edisi 2,
- Depkes RI, 2007, *Pedoman nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Cetakan, pertama.
- Depkes RI, 2008, *Pedoman nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Edisi 2, Cetakan kedua.
- Depkes Ri, 2006, *Pedoman Penerapan DOTS Di Rumah sakit*,

- Depkes RI, 2009, *Buku Saku Kader Program Penanggulangan TB*
- Dahlan, Sopiudin, 2009, *Besar Sampel dan Cara Pengambilan sampel Dalam Penelitian kedokteran Dan kesehatan*, Salemba Medika, edisi 2
- Elisa, 2009, *Pengawasan Menelan dan Kepatuhan Pasien TB Di Kabupaten Sarulanggan*, Juni 2009, <http://www.Googlekmpk.ugm.ac.id/id/index.php?subaction>.
- Heryanto, et al, 2002, *Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) Pada Kejadian Putus Berobat Pasien TB Paru di DKI Jakarta*, Media Litbang Kesehatan, volume XIV, Nomor 2, tahun 2004
- Hamilton, Lawrence, C, 2003, *Statistics With Stata*, Updated for version 7, University of New Hampshire, Canada
- Juhandi, 2003, *Pengaruh Perilaku Berobat Terhadap Keterlambatan ditemukannya Konversi pada Akhir fase awal Pengobatan Pasien TB Paru Di Kota Tasik Malaya tahun 2001*. Tesis, FKM – UI
- Joniansyah, 2009, *Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien TB Paru*, Maret 28, 2010. [http://www, google, syopian.net/blog/?p=1091](http://www.google.com/syopian.net/blog/?p=1091) [home page](#), [LAYANAN INFORMASI, Open Office.Org](#)
- Kleinbaum, D, G, 1998, *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*, Emory University, Duxbury Press, 3rd edition
- Komite TB ‘Aisyiyah, 2005, *Buku saku penanggulangan TBC bagi Muballigh- Muballighat Motivator*
- Kleinbaum, D, G, 1998, *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*, Emory University, Duxbury Press, 3rd edition
- Komite TB ‘Aisyiyah, 2005, *Buku saku penanggulangan TBC bagi Muballigh-Muballighat Motivator*
- Komite Penanggulangan TB Pimpinan Pusat ‘Aisyiyah, 2005, *Modul I, Muhammadiyah – ‘Aisyiyah Dalam Penanggulangan TB*
- Lemeshow et al, 1997, *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Cetakan Pertama, Gadjah Mada University Press.
- Murti, Bhisma, 1997, *Prinsip dan metode Riset Epidemiologi*, Fakultas Kedokteran Universitas Negeri sebelas Maret, Gajah Mada Press

- Notoatmodjo, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Renika Cipta, Jakarta
- Okta Woro, *Tuberkulosis dan factor-Faktor yang berkaitan*, Jurnal Epidemiologi Indonesia, Volume 7, Edisi 1, -2005 : 29 – 3
- PR TB ‘Aisyiyah , 2009, *Pedoman Implementasi Proyek*
- PR TB ‘Aisyiyah, 2009, *Modul 1 Penanggulangan TB Nasional Dn Lokal*, Pelatihan Penanggulangan TB Bagi Kader Komunitas, Community TB Care
- PR TB ‘Aisyiyah, 2009, *Modul 2 Peran Komunitas Dalam penanggulangan TB di Indonesia*, Pelatihan Penanggulangan TB Bagi Kader Komunitas, Community TB Care
- PR TB ‘Aisyiyah, 2009, *Modul 3 Komunikasi*, Pelatihan Penanggulangan TB Bagi Kader Komunitas, Community TB Care
- PR TB ‘Aisyiyah, 2009, *Modul 4 Pencatatan dan pelaporan*, Pelatihan Penanggulangan TB Bagi Kader Komunitas, Community TB Care
- Riyanto, Agus, 2009, *Penerapan Analisis Multivariat dalam Penelitian Kesehatan, edisi Pertama*, cetakan Pertama
- Riono, Pandu, et al, 1992, *Aplikasi Regresi Logistik*, FKM – UI
- Rachmawati, 2002, *Pengaruh Dukungan social Dan Pengetahuan tentang Penyakit TB Terhadap Motivasi Untuk Sembuh Pasien Tuberkulosis Paru yang Berobat di Puskesmas*, Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, vol 9, nomor : 3 Juli 2006, 134 – 141
- Syahrial, 2004, *Analisis Kepatuhan Pasien TBC Paru BTA Positif Dalam Menelan Obat Di RS Khusus Paru – Paru Propinsis Sumatera Selatan tahun 2002*, Tesis, FKM – UI
- Salim, 2002, *Hubungan Persepsi Pasien terhadap Peran Pengawas Menelan Obat dengan Kepatuhan Pasien TB Paru Berobat di kota Padang Tahun 2001*, Tesis, FKM – UI
- Sukana, et al, *Pengobatan Pasien TB Paru dengan memberdayakan Tenaga Anggota Keluarga Di Kabupaten Tangerang*, laporan akhir penelitian, Dep Kes, 2000.

- Sasroasmoro, 2008, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Edisi ke-3, CV. Sagung Seto.
- Standar Internasional Untuk Pelayanan Tuberkulosis, 2007, *Diagnosis Pengobatan Kesehatan Masyarakat*, alih bahasa Anwar Yusuf, et al, Jakarta
- Tjetjep, 2002, *Analisis Perilaku Kepatuhan Mengambil Obat Pada Pasien TB Paru BTA Positif Dengan Pengobatan kategori I terhadap Kegagalan pengobatan Di Puskesmas Kabupaten Bandung tahun 1999 – 2000*, Tesis, FKM – UI
- Tahittu, 2006, *Faktor Resiko Kegagalan Konversi Pada Pasien Tuberkulosis Paru BTA Positif di Kota Ambon*, Dep Kes Propinsi Maluku
- Umar Firdous, et al, 2005, *Faktor-Faktor Pasien Tuberkulosis Paru Putus Berobat*, media Litbang kesehatan XVI, Nomor 4, tahun 2006
- Wirdani, 2000, *Hubungan Keberadaan Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan Keteraturan Minum Obat Fase Intensif Pasien TB Paru Di Puskesmas Kabupaten Pandeglang Tahun 2000*, Tesis, FKM – UI
- WHO ,Searo,2004, *Toman's Tuberculosis, Case Detection, Treatmen, and Monitoring Question and Answer*, Second, Edition
- WHO, Juatlad, 2009, *Tuberculosis Guide for Specialist Physian*, Paris, frence
- WHO Report on the Tuberculosis epidemic, 1995, *Tuberculosis Program WHO*, 20, Avenue appia, CH- 1211, Geneva : 27 Switzerland
- WHO, 2009, *Global Tuberculosis Control the report 2009*, available at, Juli 5, 2010, [www, who, int/tb](http://www.who.int/tb)
- Wulantari, 2002, *Keteraturan berobat dan Resiko Kegagalan Konversi Pengobatan fase awal Pada Pasien Tuberkulosa Paru BTA Positif Di Kabupaten Bogor tahun 1999 – 2001*, Tesis FKM – UI
- Zalbians, 1999, *Karakteristik Pasien Paru dan Hubungannya Dengan Waktu Kejadian Konversi Dahak di Puskesmas Mikroskopis Sekotamamadya Jambi tahun 196 – Maret 1999*, Skripsi FKM – UI

KUESIONER PENELITIAN

PENGARUH PERAN MOTIVATOR TB MUHAMMADIYAH - 'AISYIYAH
TERHADAP KEPATUHAN PENDERITA TB PARU BEROBAT PADA FASE
AWAL PENGOBATAN DI KECAMATAN KOJA, KECAMATAN CILINCING -
JAKARTA UTARA

Nomor ID:

- **Mohon diisi sesuai dengan sebenarnya**
- **Isilah dengan angka jawaban pilihan atau
(.....) dengan kalimat jawaban yang jelas dan mudah dibaca**

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Nama Responden :
2. Umur Responden :tahun
3. Jenis Kelamin : 1) Laki
2) Perempuan
4. Alamat : Kp.
RT ... RW Nomor:
Kelurahan
Kecamatan
5. Tanggal ditemukan BTA (+) :
6. Tanggal mulai minum obat :
7. (Obat Anti TB)
8. Pendidikan Terakhir : 1) Tidak tamat SD 5) Akademi/PT
2) SD/MI
3) SLTP/MTs
4) SLTA/MA
9. Tanggal pemeriksaan dahak :
Setelah 2 bulan pengobatan
(fase awal)
10. Pekerjaan : 1) Tidak bekerja 5) Pegawai Negeri
2) Petani 6) Pegawai swasta
3) Buruh 7) Pensiunan

Universitas Indonesia

4) Dagang

8) Lain-lain

I. Riwayat Penyakit TB

11. Keluhan apa yang Saudara rasakan pertama kali?

.....

Apakah ada keluhan/gejala-gejala dibawah ini :

- | | | | |
|---|-------|----------|--------------------------|
| 12. Batuk-batuk | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 13. Batuk darah | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 14. Demam | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 15. Keringat malam | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 16. Berat badan menurun | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 17. Nafsu makan hilang | 1. Ya | 2. Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 18. Lain-lain, sebutkan (terbuka) | | | |

II. Perilaku Berobat**A. Kepatuhan Mengambil Obat**

19. Kapan Saudara dianjurkan mengambil obat ke Puskesmas/RS?

1. 1 minggu
2. 2 minggu
3. 1 bulan

20. Apakah selama dua bulan pengobatan Saudara pernah terlambat mengambil obat ke Puskesmas/RS, jika pernah terlambat (pertanyaan lanjutan)?

1. Tidak pernah
2. Pernah

21. Berapa kali saudara pernah terlambat mengambil obat?

1. 1 kali
2. 2 kali
3. 3 kali
4. Lebih 3 kali

Universitas Indonesia

B. Kepatuhan minum obat

22. Pada bulan pertama pengobatan , bagaimana saudara minum?

1. Seminggu 3 kali minum obat
2. Setiap hari minum obat, dengan jumlah 3 butir obat
3. Setiap hari minum obat, dengan jumlah 8 butir obat

23. Apakah selama dua bulan pengobatan Saudara pernah terlambat minum obat.,

jika pernah terlambat (pertanyaan lanjutan)

1. Tidak pernah
2. Jarang
3. Sering
4. Selalu

24. Berapa kali Saudara lupa minum obat pada 2 bulan pengobatan?

1. 1 kali
2. 2 kali
3. 3 kali
4. Lebih dari 3 kali

C. Kepatuhan Memeriksa dahak

25. Menurut saudara , apakah motivator mengingatkan untuk periksa dahak ulang pada akhir bulan kedua secara baik?

1. Tidak pernah
2. Jarang
3. Sering
4. Selalu

26. Bila ya , kapan Saudara memeriksa ulang dahak di Puskesmas/RS?

1. 1 minggu sebelum obat bulan kedua habis
2. 2 minggu sebelum obat bulan kedua habis
3. Lebih dari 1 minggu setelah obat bulan kedua habis
4. lebih dari 3 bulan setelah minum obat.

Universitas Indonesia

III. Keberadaan Motivator

A. Melakukan Penyuluhan

27. Jika Saudara mendapatkan penyuluhan, siapa yang memberikan materinya?

1. Keluarga
2. Tetangga
3. Motivator/Kader
4. Petugas kesehatan
5. Lain-lain, sebutkan.....

28. Menurut saudara apakah sudah diberikan penyuluhan tentang penyakit TB paru kepada keluarga secara baik?

1. Belum
2. Sudah

29. Menurut saudara apakah materi yang disampaikan pada penyuluhan tersebut menambah pengetahuan saudara?

1. Sangat tidak setuju
2. Tidak setuju
3. Setuju
4. Sangat setuju

B. Pengawasan Menelan Obat

30. Apakah setiap kali Saudara menelan obat selalu diawasi oleh Petugas Pengawas Menelan Obat (PMO)?

1. Tidak Pernah
2. Jarang
3. Sering
4. Selalu

31. Siapakah yang mengawasi dan mendampingi saudara setiap kali minum obat ?

1. Keluarga
2. Tetangga

Universitas Indonesia

3. Motivator
 4. Petugas Kesehatan
 5. Lain-lain, sebutkan
32. Apakah pengawas menelan obat (PMO) tinggal serumah dengan saudara?
1. Ya, serumah
 2. Tidak
33. Bila ada keluhan selama pengobatan siapa yang memberikan penjelasannya?
1. Keluarga
 2. Tetangga
 3. Kader/ motivator
 4. Petugas Kesehatan
 5. Lain-lain, sebutkan

C. Pemberi Motivasi

34. Siapa yang mendorong Saudara tetap menelan obat saat mengalami kesulitan dan mulai bosan minum obat?
1. Keluarga
 2. Tetangga
 3. Motivator
 4. Petugas Kesehatan
 5. Lain-lain, sebutkan
35. Siapa yang mengingatkan dan mendorong Saudara pada waktu mengambil obat berdasarkan jadwal pada kartu identitas pasien?
1. Keluarga
 2. Tetangga
 3. Motivator
 4. Petugas Kesehatan
 5. Lain-lain, sebutkan

36. Siapa yang mengingatkan dan mendorong Saudara untuk periksa dahak ulang berdasarkan jadwal pada kartu identitas pasien?

1. Keluarga
2. Tetangga
3. Motivator
4. Petugas Kesehatan
5. Lain-lain, sebutkan

D. Pemberi Konseling (Konselor)

37. Siapa yang memberikan bimbingan mental spiritual saat saudara tidak mendapatkan ketenangan jiwa selama pengobatan?

1. Keluarga
2. Tetangga
3. Motivator
4. Petugas Kesehatan
5. Lain-lain, sebutkan

38. Apakah Saudara setelah mendapatkan bimbingan spiritual jiwanya menjadi tenang dan dapat teratasi?

1. Tidak ada
2. Jarang
3. Sering
4. Selalu

IV. Keberadaan Responden

E. Jarak Ketempat Pelayanan

39. Kira-kira berapa kilometer jarak dari rumah saudara ke Puskesmas/RS?

..... Km

40. Berapa lama waktu yang saudara perlukan dari rumah ke Puskesmas/RS?

..... menit

Universitas Indonesia

41. Bagaimana cara mencapai tempat/transportasi tersebut dari rumah Saudara?
1. Jalan kaki
 2. Sepeda
 3. Motor
 4. Mobil
 5. Lain-lain, sebutkan
42. Menurut saudara jarak tempuh tersebut (pertanyaan no 40, no 41)?
1. Dekat/terjangkau
 2. Jauh/ tidak terjangkau
43. Menurut saudara , apakah biaya transportasi yang dibutuhkan ke Puskesmas/RS masih terjangkau oleh keuangan keluarga?
1. Terjangkau (Murah)
 2. Tidak terjangkau (Mahal)

F. Komunikasi motivator

44. Apakah menurut saudara cara penyampaian pesan oleh motivator?
1. Kurang
 2. Cukup
 3. Baik
 4. Baik sekali
45. Apakah menurut saudara penjelasan tentang penyakit TB yang disampaikan oleh motivator sederhana ,ringkas dan mudah dipahami?
1. Sangat tidak setuju
 2. Tidak setuju
 3. Setuju
 4. Sangat setuju
46. Menurut saudara apakah sikap motivator selama menyampaikan penjelasan?
1. Kurang
 2. Cukup

Universitas Indonesia

3. Baik
4. Baik sekali

G. Pengetahuan Pasien

47. Menurut Saudara, apa penyebab TB?

1. Keturunan
2. Banyak pikiran
3. Kuman TB
4. Guna-guna

48. Sepengetahuan saudara ,gejala-gejala atau keluhan apa saja yang perlu dicurigai, bahwa seseorang menderita TB?

1. Tidak tahu
2. Batuk, disertai panas tinggi
3. Batuk berdahak lebih dari 3 minggu, disertai rasa kurang enak badan, berat badan menurun, kadang-kadang disertai batuk berdarah
4. Batuk pilek disertai demam

49. Menurut Saudara bagaimana cara penularannya?

1. Tidak tahu
2. Keturunan
3. Melalui udara/percikan dahak
4. Melalui gigitan nyamuk

50. Menurut saudara apakah penyakit TB bisa disembuhkan?

1. Tidak bisa disembuhkan
2. Dapat disembuhkan dengan minum obat selama 3 bulan
3. Dapat disembuhkan asal berobat secara teratur selama minimal 6 bulan
4. Tidak tahu

51. Menurut Saudara berapa lama harus minum obat?

1. Tidak tahu
2. 2 bulan
3. 6 bulan atau lebih

Universitas Indonesia

4. Kurang dari 6 bulan

H. Efek Samping Obat

52. Apakah ada keluhan selama Saudara minum obat TB paru?

1. Tidak ada
2. Ya, ada

53. Bila ya apa saja yang Saudara rasakan sebagai keluhan akibat minum obat TB paru?

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Sakit kepala/terasa pusing | <input type="checkbox"/> | 6. Gangguan buang air kecil | <input type="checkbox"/> |
| 2. Penglihatan berkunang-kunang | <input type="checkbox"/> | 7. Gangguan pendengaran | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mual/tidak nafsu makan | <input type="checkbox"/> | 8. Gatal-gatal pada kulit | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mulut terasa kering | <input type="checkbox"/> | 9. Kemerahan pada kulit | <input type="checkbox"/> |
| 5. Gangguan pencernaan/BAB | <input type="checkbox"/> | 10. Lemas | <input type="checkbox"/> |

54. Apakah Saudara merasa terganggu dengan keluhan diatas?

1. Tidak terganggu
2. Ya, terganggu

55. Bila ya terganggu, dengan keluhan diatas, apa yang Saudara lakukan?

1. Berhenti minum obat tanpa konsultasi lagi dengan petugas kesehatan
2. Berhenti sementara (beberapa hari), kemudian minum obat lagi
3. Melaporkan kepada pengawas menelan obat, dan konsultasi kepada petugas kesehatan