



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR PENYEBAB TERPUTUSNYA
PENGOBATAN TUBERKULOSIS PARU DI WILAYAH KERJA
DINAS KESEHATAN KABUPATEN KEBUMEN**

SKRIPSI

UMI SANGADAH

NPM 1006822252

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK JUNI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR PENYEBAB TERPUTUSNYA
PENGOBATAN TUBERKULOSIS PARU DI WILAYAH KERJA
DINAS KESEHATAN KABUPATEN KEBUMEN**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

UMI SANGADAH

NPM 1006822252

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK JUNI 2012**

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Umi Sangadah

NPM : 1006822252

Tanda Tangan :

Tanggal : 29 Juni 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Umi Sangadah
NPM : 1006822252
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Judul Skripsi : Analisis Faktor Penyebab Terputusnya Pengobatan
Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Dinas
Kesehatan Kabupaten Kebumen

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Zulkifli Djunaedi, dr, M.App, Sc, Dr.

Penguji 1 : Drs. Anwar Hasan, M.Ph.

Penguji 2 : Nurjamil, SKM, M.Epid

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 29 Juni 2012

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya yang tak terhingga, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Shalawat dan salam senantiasa pula penulis sampaikan kepada junjungan nabi besar Muhammad SAW beserta para sahabat yang telah menyampaikan risalah sehingga penulis dapat menikmati iman islam.

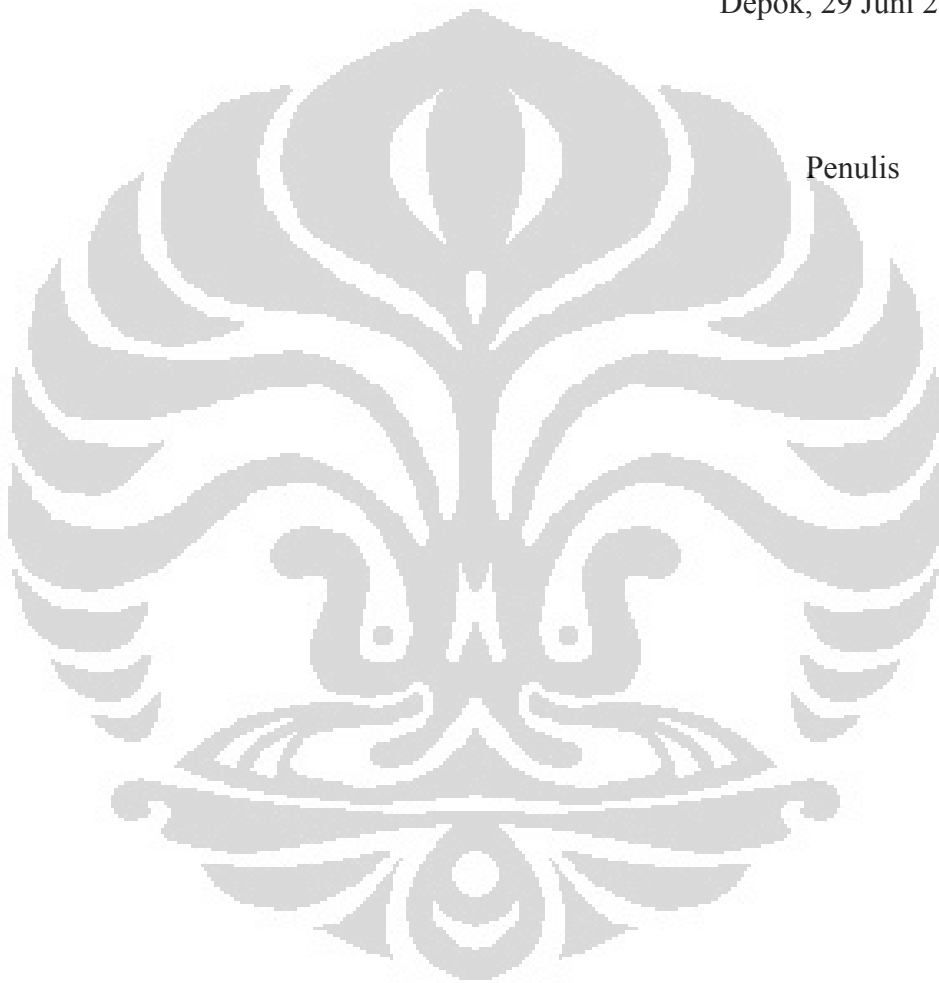
Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Zulkifli Djunaidi, dr, M.App, Sc, DR selaku pembimbing akademik yang telah memberikan waktu, tenaga, pikiran, bimbingan, nasehat, arahan dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Hj. dr. Rini Christiani M.Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen yang sudah memberi ijin dan membimbing penulis.
3. Drs. Anwar Hasan, M.Ph. dan Nurjamil, SKM, M.Epid atas kesediaannya menjadi penguji sidang skripsi dan memberikan masukan bagi sempurnanya penulisan ini.
4. Orangtuaku dan keluargaku tercinta yang telah memberikan dukungan moril dan materiil yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi.
5. Sahabat-sahabatku tercinta yang telah berbagi ilmu pengetahuan, bantuan dan masukkan demi kesempurnaan dalam penulisan skripsi ini.
6. Teman-teman mahasiswa Peminatan Kebidanan Komunitas Angkatan 2010 serta semua pihak yang tidak dapat satu persatu, yang telah banyak membantu Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam pembuatan skripsi ini, oleh karena itu penulis sangat berharap kritik dan saran yang bersifat membangun.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu dan semoga Allah SWT senantiasa memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua. Amin.

Depok, 29 Juni 2012

Penulis



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

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

Nama : Umi Sangadah
NPM : 1006822252
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

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

“Analisis Faktor Penyebab Terputusnya Pengobatan Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen”

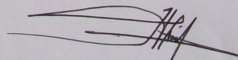
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 29 Juni 2012

Yang menyatakan



Umi Sangadah

Umi Sangadah
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS

ABSTRAK

Analisis Faktor Penyebab Terputusnya Pengobatan Tuberculosis Paru Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Pasien TB dengan putus berobat akan membawa resiko tinggi terhadap kegagalan berobat. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian putus berobat pasien TB di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen tahun 2012. Metode yang digunakan adalah coss sectional dengan cara penelusuran / observasi kartu berobat pasien TB yang mulai berobat pada tahun 2009 sampai dengan 2011. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah pasien yang putus berobat sebesar 27%. Faktor yang berhubungan dengan kejadian putus berobat, yaitu umur, jenis kelamin, unit pelayanan kesehatan, rejimen, dan tipe pasien, rejimen merupakan faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kejadian putus berobat.

Kata kunci: TB Paru, Putus Berobat, Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Umi Sangadah
STUDI PROGRAM OF PUBLIC HEALTH
COMMUNITY MIDWIFERY SPECIALIZATION

ABSTRACT

Analysis of Causes of Pulmonary Tuberculosis Treatment interruption in the Work Area Health Service Kebumen

TB patients with end treatment will carry a high risk of treatment failure. The purpose of this study was to determine factors related to the incidence of TB patients seek treatment drop out in the working area of the District Health Office Kebumen 2012. The method is the Coss sectional by tracking / observation cards treatment of TB patients started treatment in 2009 through 2011. The results showed that the number of patients who drop out of treatment by 27%. Factors related to the incidence of treatment drop out are age, gender, health services, regimen, and type of patients, the regimen is the most dominant factor that influence the incidence of treatment drop out.

Key words: Pulmonary TB, Drop Out, Public Health Service Kebumen

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Umi Sangadah

NPM : 1006822252

Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penelitian skripsi saya yang berjudul :

“Analisis Faktor Penyebab Terputusnya Pengobatan Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen”

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, 29 Juni 2012



Umi Sangadah

Analisis faktor..., Umi Sangadah, FKM UI, 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I. IDENTITAS

Nama : Umi Sangadah
Tempat/tanggal lahir : Alian Kebumen, 10 Juli 1978
Asal instansi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto
Alamat : Agang Jene, Kel. Empoang Kec. Binamu Kab.
Jeneponto Propinsi Sulawesi Selatan

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

SD Negeri 2 Tlogowulung : Lulus tahun 1991
SMP Negeri 3 Kebumen : Lulus tahun 1994
SPK Depkes Purwokerto : Lulus tahun 1997
PPB SPK Labuang Baji Makassar : Lulus tahun 1999
Akademi Kebidanan Poltekkes Makassar : Lulus tahun 2004
FKM UI Peminatan Kebidanan Komunitas : 2010 s/d sekarang

III. RIWAYAT PEKERJAAN

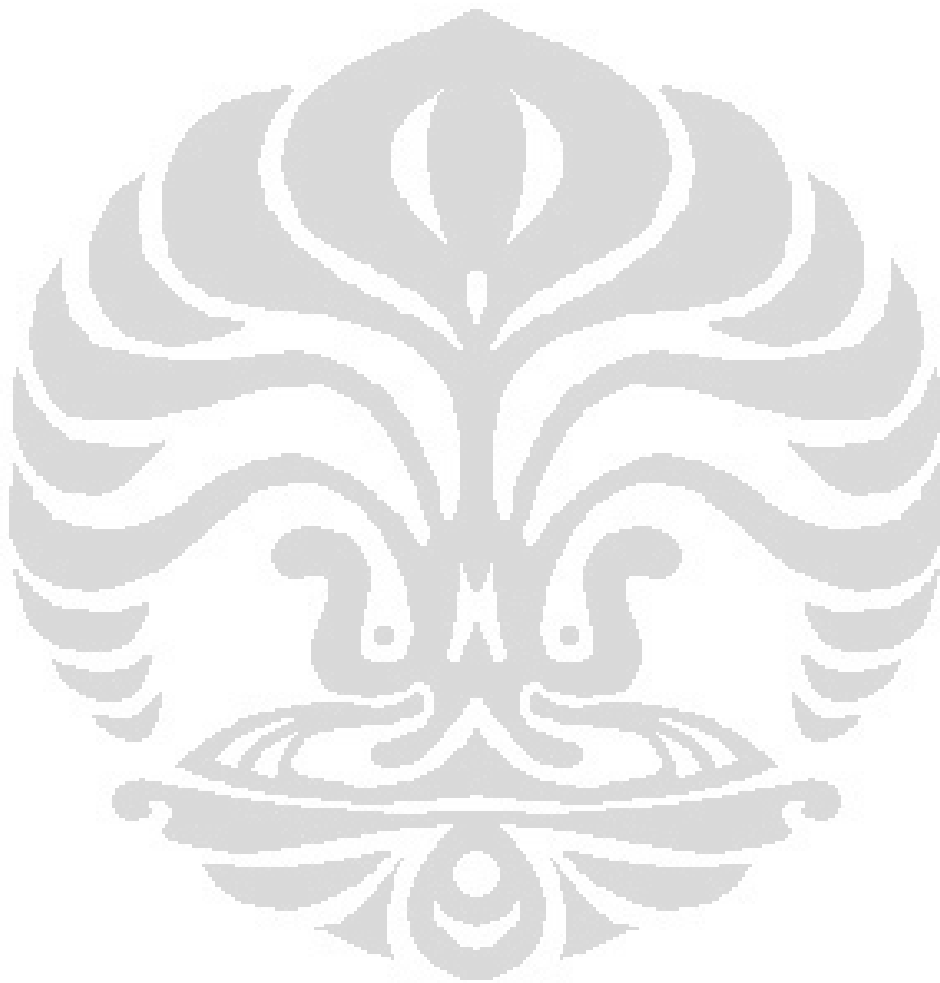
Dinas Kesehatan Kabupaten Maros Sulsel : Tahun 2000 s/d 2002
Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto Sulsel : Tahun 2005 s/d sekarang

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK.....	vi
SURAT PERNYATAAN	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR ISTILAH	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	3
1.4 Tujuan Penelitian.....	3
1.4.1 Tujuan Umum.....	3
1.4.2 Tujuan Khusus	3
1.5 Manfaat Penelitian.....	4
1.5.1 Bagi Dinas Kesehatan.....	4
1.5.2 Bagi Peneliti	4
1.5.3 Bagi Peneliti lain.....	4
1.6 Ruang Lingkup.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Tuberkulosis	5
2.1.1 Pengertian Kuman Tuberkulosis	5
2.1.2 Gejala dan PenularanTuberkulosis	5
2.1.3 Resiko Menjadi Sakit Tuberkulosis	6
2.1.4 Diagnosa Pasien Tuberkulosis	7
2.1.5 Tatalaksana Pasien Tuberkulosis	8
2.2 Putus Berobat (Default) Pasien Tuberkulosis	12
2.2.1 Pengertian	12
2.2.2 Gambaran Putus Berobat	13
2.2.3 Penyebab Putus Berobat	13
2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Putus Berobat	14
2.2.5 Strategi Nasional Program Pengendalian TB	18
2.2.6 Kerangka Teori	22

BAB 3 KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, HIPOTESIS	21
3.1 Kerangka Konsep	21
3.2 Definisi Operasional.....	22
3.3 Hipotesis.....	23
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	26
4.1 Desain Penelitian.....	26
4.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	26
4.3 Populasi Dan Sampel	26
4.4 Teknik Pengumpulan Data.....	27
4.5 Pengolahan Data.....	28
4.6 Analisa Data	28
4.6.1 Univariat	28
4.6.2 Bivariat.....	29
BAB 5 HASIL PENELITIAN	30
5.1 Gambaran Umum Wilayah Penelitian.....	30
5.2 Analisa Univariat.....	30
5.2.1 Gambaran Kejadian Putus berobat TB Paru	30
5.2.2 Gambaran Faktor <i>Predisposing</i> Kejadian Putus berobat TB Paru.....	30
5.2.3 Gambaran Faktor <i>Enabling</i> Kejadian Putus berobat TB Paru	32
5.3 Analisis Bivariat.....	33
5.3.1 Hubungan Antara Umur dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru	33
5.3.2 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru	34
5.3.3 Hubungan Antara Tipe Pasien dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru	34
5.3.4 Hubungan Antara Unit Pelayanan dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru	35
5.3.5 Hubungan Antara Rejimen dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru	36
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	37
6.2 Gambaran Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru	37
6.3 Hubungan Antara Umur dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru	38
6.4 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru	39
6.5 Hubungan Antara Tipe Pasien dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru.....	40
6.6 Hubungan Antara Unit Pelayanan dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru	41
6.7 Hubungan Antara Rejimen Pengobatan dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru	43

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	44
7.1 Kesimpulan.....	44
7.2 Saran.....	44
DAFTAR PUSTAKA	46
LAMPIRAN	

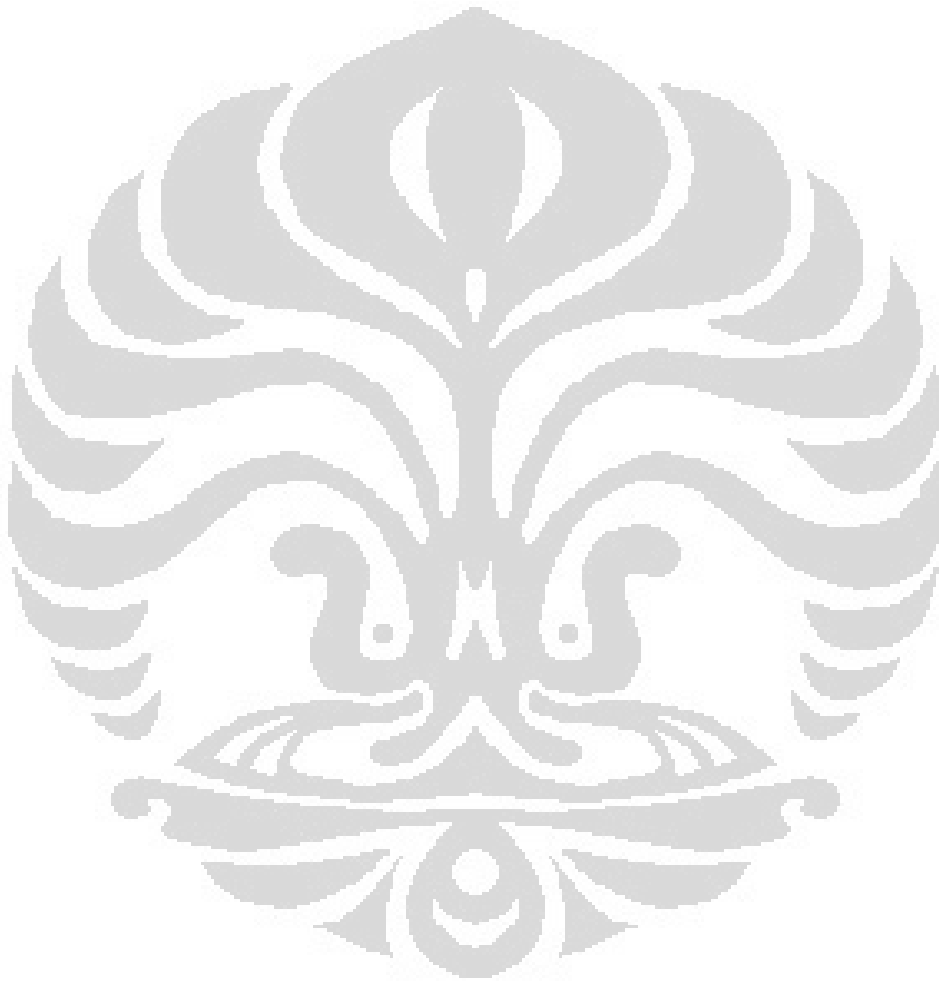


DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi Pasien Berdasarkan Kejadian Putus Berobat.....	31
Tabel 5.2	Distribusi Pasien Berdasarkan Umur.....	31
Tabel 5.3	Distribusi Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin	32
Tabel 5.4	Distribusi Pasien Berdasarkan Tipe Penyakit.....	32
Tabel 5.5	Distribusi Pasien Berdasarkan Unit Pelayanan Kesehatan.....	32
Tabel 5.6	Distribusi Pasien Berdasarkan Rejimen	33
Tabel 5.7	Hubungan Antara Umur dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB	33
Tabel 5.8	Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB	34
Tabel 5.9	Hubungan Antara Tipe Pasien dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB	34
Tabel 5.10	Hubungan Antara Unit Pelayanan dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB	35
Tabel 5.11	Hubungan Antara Rejimen dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB.....	36

DAFTAR GAMBAR

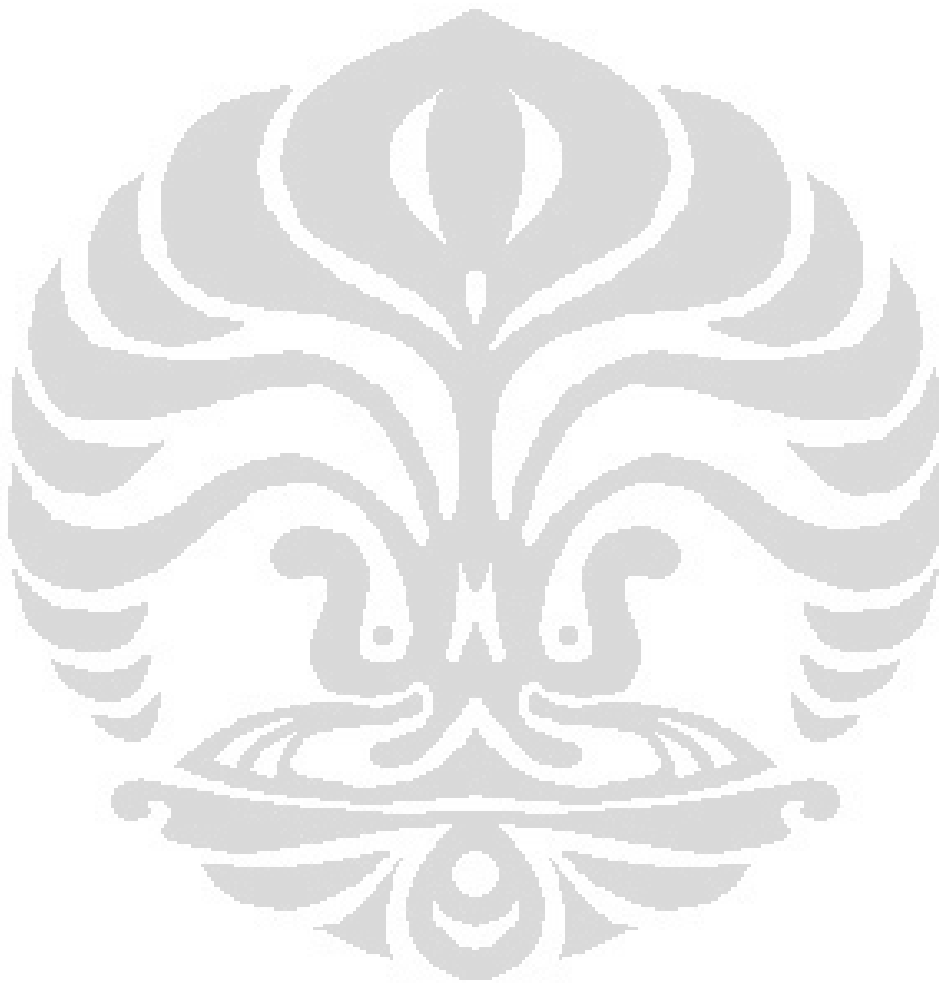
Bagan 2.1. Kerangka Teori	22
Bagan 3.1. Kerangka Konsep	23




DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Formulir Penelitian

Lampiran 2. Register TB Kabupaten (TB 03)



DAFTAR SINGKATAN



AKMS	: Advokasi, Komunikasi, Mobilisasi Sosial
BP4	: Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru
BTA	: Basil Tahan Asam
DOTS	: Daily Observed Treatment Shortcourse
E	: Etambutol
H	: Isoniazid
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
INH	: Isoniazid
ISTC	: International Standards of TB Care
MDR-TB	: Multi Drug Resistant- Tuberculosis
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
PPM	: Public-Private Mixed
PPM	: Puskesmas Pelaksana Mandiri
PRM	: Puskesmas Rujukan Mikroskopis
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
R	: Rifampisin
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RS	: Rumah Sakit
SDM	: Sumber Daya Manusia
TB	: Tuberkulosis
UPK	: Unit Pelayanan Kesehatan
Wasor TB	: Wakil Supervisor TB
WHO	: World Health Organization
Z	: Pirazinamid

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lebih kurang sepertiga penduduk dunia diperkirakan telah terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Pada tahun 1995, diperkirakan ada 9 juta pasien TB baru dan 3 juta kematian akibat TB diseluruh dunia. Diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB didunia, terjadi pada negara-negara berkembang. Sekitar 75% pasien TB adalah kelompok usia produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Diperkirakan seorang pasien TB dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangganya sekitar 20 – 30%. Jika ia meninggal akibat TB, maka akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial – stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat.(Depkes ,2007). Jumlah kematian akibat TB melebihi 90.000 kematian pertahunnya (Kemenkes RI, 2011).

Saat ini Indonesia merupakan negara kelima dengan beban terbesar TB dunia setelah India, Cina, Afrika Selatan dan Nigeria. Menurut WHO (2009), estimasi prevalensi TB semua kasus adalah 566.000 atau 244 per 100.000 population dan estimasi angka insiden berjumlah 528.000 kasus baru per tahun (228 per 100.000 populasi). Insidens kasus TB BTA+ diperkirakan sebesar 102 per 100.000 populasi (sekitar 236.000 pasien TB dengan BTA+ per tahun) (Kemenkes RI, 2011).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010 menyebutkan bahwa prevalensi tuberkulosis paru klinis yang tersebar di seluruh Indonesia adalah 1,0%. Beberapa propinsi yang diantaranya mempunyai angka prevalensi di atas angka nasional, yaitu Propinsi NAD, Sumatera Barat, Riau, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Banten, NTB, NTT, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Papua Barat, dan Papua.

Pengobatan yang tidak tuntas TB, dapat menyebabkan penyakit tidak sembuh, atau bahkan menjadi berat. Selain kemungkinan dapat menularkan

penyakit pada orang lain, penyakit menjadi semakin sukar diobati. Kemungkinan kuman menjadi kebal sehingga diperlukan obat yang lebih kuat dan mahal. Jika sudah terjadi kekebalan obat, perlu waktu lebih lama untuk sembuh dan berisiko tinggi menularkan kuman yang sudah kebal obat pada orang lain (WHO,2006). Resistensi obat anti tuberkulosis terjadi akibat pengobatan tidak sempurna, putus berobat atau karena kombinasi obat anti tuberkulosis tidak adekuat (Mukhsin, 2006).

Strategi DOTS pengobatan jangka pendek dengan pengawasan langsung minum obat belum banyak diterapkan Rumah Sakit yang ada di Indonesia. Akibatnya secara nasional angka putus berobat pasien TB di Rumah Sakit sekitar 40%. Padahal pengobatan TB yang tidak tuntas, meningkatkan resiko resistensi kuman(Kompas,2008). Faktor lain yang menyebabkan putus berobat diantaranya umur (Amiruddin, 2007), jenis kelamin ((Vree dalam Sujana,2009), tipe pasien (Suherman, 2002), unit pelayanan kesehatan (Muksin, 2006) dan rejimen pengobatan (Vijay dalam Sujana, 2009).

Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen, salah satu dari wilayah Propinsi Jawa Tengah yang mempunyai beban tinggi untuk tuberkulosis. Pada tahun 2010 diketahui angka hasil pengobatan adalah range 4,8 % *default*, range 2 % pindah ke luar dan range 3 % gagal pengobatan (Dinkes Kab. Kebumen,2010).

Di Indonesia sendiri, penelitian epidemiologis mengenai faktor apa yang berpengaruh terhadap kejadian putus berobat pasien tuberkulosis belum banyak dilakukan. Untuk itu perlu dilakukan penelitian tentang faktor apa saja yang mempengaruhi kejadian putus berobat pasien tuberkulosis menjadi menarik dan penting untuk dilakukan.

1.2 Rumusan Masalah

Pasien tuberkulosis dengan putus berobat(*default*) akan membawa risiko tinggi terhadap kegagalan pengobatan. Pasien yang tidak lengkap pengobatan yang dilaporkan sebagai putus berobat (*default*) atau kegagalan pengobatan.

Persentase putus berobat(*default*) di Kabupaten Kebumen dua tahun berturut-turut terjadi peningkatan, dimana tahun 2009 2% meningkat menjadi 4,8

% tahun 2010. (Dinkes Kab. Kebumen, 2010). Ada pun penelitian ini akan dilakukan pada semua pasien TB Paru yang teregister di TB 03 Kabupaten

Penelitian ini menggunakan data register TB 03 Kabupaten, meliputi umur, jenis kelamin, tipe pasien, unit pelayanan dan rejimen OAT.

1.3. Pertanyaan Penelitian.

- 1.3.1 Bagaimana gambaran kejadian putus berobat pasien TB Paru di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
- 1.3.2 Bagaimana gambaran faktor *predisposing* (umur, jenis kelamin, tipe pasien) terhadap kejadian putus berobat pasien TB Paru di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
- 1.3.3 Bagaimana gambaran faktor *enabling* (unit pelayanan kesehatan dan rejimen OAT) terhadap kejadian putus berobat pasien TB Paru di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
- 1.3.4 Apakah ada hubungan umur, jenis kelamin, unit pelayanan kesehatan, rejimen OAT dan tipe pasien dengan kejadian putus berobat TB Paru di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.

1.4 Tujuan Penelitian.

- 1.4.1 Tujuan Umum :
Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian putus berobat pasien Tuberkulosis di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
- 1.4.2 Tujuan Khusus
 - 1.4.2.1 Diketuainya gambaran kejadian putus berobat pasien TB Paru di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
 - 1.4.2.2 Diketuainya gambaran faktor *predisposing* (umur, jenis kelamin, tipe pasien) terhadap kejadian putus berobat pasien TB Paru di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
- 1.4.3 Diketuainya gambaran faktor *enabling* (unit pelayanan kesehatan dan rejimen OAT) terhadap kejadian putus berobat pasien TB Paru di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.

1.4.4 Diketuainya hubungan umur, jenis kelamin, unit pelayanan kesehatan, rejimen OAT dan tipe pasien dengan kejadian putus berobat TB Paru di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan KabupatenKebumen.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Dinas Kesehatan

Sebagai bahan evaluasi program dalam penatalaksanaan program TB Nasional serta meningkatkan kualitas dan efektifitas kelanjutan berobat paseien *tuberculosis*.

1.5.2 Bagi Peneliti

Diperolehnya wawasan pengetahuan dan pengalaman tentang cara melakukan penelitian khususnya tentang kejadian putus berobat pasien *tuberculosis*.

1.5.3 Bagi Peneliti Lain

Sebagai dasar untuk dapat ditindaklanjuti dan dikembangkan baik dengan desain penelitian kohort prospektif, sumber data primer, dan jumlah sampel yang memadai maupun dengan menambah variabel-variabel yang belum peneliti sertakan pada penelitian ini.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian putus berobat pasien TB Paru diwilayah Kerja Dinas Kesehatan KabupatenKebumen, dikarenakan Kabupaten Kebumen merupakan salah satu wilayah di Propinsi Jawa Tengah yang mempunyai beban tinggi untuk TB. Penelitian ini menggunakan metode cross sectional dengan cara melakukan penelusuran register TB 03 yang mulai berobat pada tahun 2009 sampai dengan tahun 2011.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis

2.1.1 Pengertian Kuman Tuberkulosis.

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Toman, 2004).

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

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

2.1.2 Gejala Dan Penularan Tuberkulosis.

Pasien TB paru umumnya mempunyai gejala batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan.

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

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

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

2.1.3. Risiko Menjadi Sakit TB

Daya tahan tubuh yang rendah, yang diakibatkan diantaranya infeksi HIV /AIDS dan malnutrisi (gizi buruk) merupakan faktor yang ikut berpengaruh terhadap terjadinya TB pada seseorang. HIV adalah faktor risiko yang paling kuat

Universitas Indonesia

bagi yang terinfeksi TB menjadi sakit TB. Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas sistem daya tahan tubuh seluler (*Cellular immunity*), sehingga jika terjadi infeksi oportunistik, seperti tuberkulosis, maka yang bersangkutan akan menjadi sakit parah bahkan bisa mengakibatkan kematian. Jadi bisa dikatakan jika jumlah orang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TB akan meningkat, dengan demikian penularan TB di masyarakat akan meningkat pula.

2.1.4 Diagnosa Pasien Tuberkulosis

2.1.4.1 Diagnosa Tuberkulosis pada orang dewasa.

Diagnosa Tuberkulosis pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA). Pada program TB nasional, diagnosis utama penemuan BTA dilakukan melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya.

2.1.4.2 Klasifikasi Penyakit dan Tipe Pasien

Klasifikasi penyakit dan tipe pasien tuberkulosis memerlukan suatu 'definisi kasus' yang meliputi yaitu, lokasi organ tubuh yang sakit paru atau ekstrak paru, bakteriologi hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis, tingkat keparahan penyakit ringan atau berat, riwayat pengobatan baru atau pernah diobati. Manfaat dan tujuan menentukan klasifikasi dan tipe adalah menentukan paduan pengobatan TB yang sesuai, meregistrasi kasus secara benar, menentukan prioritas pengobatan TB BTA positif.

Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena terdiri tuberkulosis paru yaitu tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura(selaput paru) dan kelenjar pada hilus serta tuberkulosis ekstra paru, yaitu tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar lymfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, dapat diklasifikasikan antara tuberkulosis paru BTA positif dan tuberkulosis BTA negatif. Tuberkulosis BTA positif sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA

positif, 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis, 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif. Tuberkulosis BTA negatif kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif yaitu, 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif, foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis, tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT, ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberikan pengobatan.

Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit TB paru BTA negatif foto toraks positif yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses “*far advanced*”), dan atau keadaan umum pasien buruk.

2.1.5 Tatalaksana Pasien Tuberkulosis

2.1.5.1 Pengobatan Tuberkulosis

a. Tujuan Pengobatan

Pengobatan TB mempunyai tujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT.

Tabel 1 Jenis, sifat dan dosis OAT

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

b. Prinsip pengobatan

Prinsip pengobatan tuberkulosis adalah, OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT – KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan. Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat,

dilakukan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).

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

2.1.5.2 Paduan OAT yang digunakan di Indonesia

Paduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia, Kategori-1 (2HRZE/ 4H3R3), Kategori-2 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3 dan Kategori 3 2HRZ/4HR.

Kategori-1 (2HRZE/ 4H3R3), paduan OAT ini diberikan untuk pasien baru yaitu, pasien baru TB paru BTA positif, pasien TB paru BTA negatif foto toraks positif dan pasien TB ekstrak paru.

Tabel.2 Dosis untuk paduan OAT KDT untuk Kategori 1

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

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

Tabel 3. Dosis untuk paduan OAT KDT Kategori 2

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

2.1.5.3. Pemantauan Kemajuan Pengobatan.

Kemajuan hasil pengobatan pada orang dewasa dapat dipantau dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan radiologis dalam memantau kemajuan pengobatan. Laju Endap Darah (LED) tidak digunakan untuk memantau kemajuan pengobatan karena tidak spesifik untuk TB.

Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan spesimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke 2 spesimen tersebut negatif. Bila salah satu spesimen positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif.

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

Tabel 4 Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan Ulang Dahak

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

2.1.5.4 Hasil Pengobatan Tuberkulosis

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

a. Sembuh.

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

b. Pengobatan lengkap

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

c. Gagal

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

d. Putus berobat (default)

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

e. Pindah

Pasien TB yang pindah berobat ke daerah kabupaten/kota lain.

f. Meninggal

Pasien TB yang meninggal dalam masa pengobatan karena sebab apapun.

2.2 Putus Berobat (Default) Pasien Tuberkulosis

2.2.1 Pengertian.

Putus berobat selama menjalani pengobatan tuberkulosis adalah satu dari penyebab terjadinya kegagalan (*failure*) pengobatan disamping karena pengobatan yang tidak teratur, pemberian regimen pengobatan yang tidak sesuai dan adanya resistensi obat. Dengan regimen pengobatan yang ada sekarang dimana hampir semua pasien dapat disembuhkan, putus berobat atau ketidaktaatan menjalani pengobatan disamping sebagai pokok masalah dalam pengobatan tuberkulosis.

Pasien-pasien ini memiliki konsekuensi serius tidak hanya pada dirinya tetapi juga terhadap masyarakat disekitarnya. Oleh karena itu menjadi tanggung jawab moral dari seorang petugas kesehatan bila tidak memperhatikan masalah putus berobat pasien. Jadi penanganan putus berobat pada pasien tuberkulosis merupakan bagian integral dari komponen pengobatan.

Putus berobat (*default*) menurut Depkes RI (2006) adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

Seperti diketahui lamanya waktu pengobatan terhadap pasien tuberkulosis minimal selama 6-8 bulan. Setelah memakan obat 2-3 bulan tidak jarang keluhan pasien telah hilang, merasa dirinya telah sehat dan menghentikan pengobatannya (Aditama, 2000). Karena itu dituntut perilaku yang baik dari pasien, sehingga pasien tuberkulosis dapat menyelesaikan seluruh masa

pengobatannya sampai selesai. Pasien yang berhenti menjalani pengobatan atau putus berobat menunjukkan aktifitas perilaku dari pasien(Silitonga,2000).

2.2.2 Gambaran Putus Berobat.

Hasil survei cepat yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan daerah tingkat II Garut mendapatkan proporsi pasien yang putus berobat sebanyak 11,1%. Sedangkan Oesman pada penelitiannya di Kabupaten Aceh Utara mendapatkan proporsi pasien yang teratur menjalani pengobatan hanya 57,3%.

Terjadinya kasus putus berobat akan mempengaruhi angka kesembuhan (*cure rate*). Dari penelitian yang dilakukan oleh Kusnindar A tahun 1991 di Kabupaten Tangerang ditemukan angka kesembuhan sebesar 57% dan angka kegagalan (*Failure*) pengobatan 11,1%.

Dalam upaya menanggulangi permasalahan putus berobat, strategi DOTS terbukti telah berhasil meningkatkan keteraturan berobat di banyak negara. Oleh karena itu sejak 1995 Indonesia secara bertahap menerapkan strategi tersebut. Strategi DOTS yang diterapkan di Indonesia mengalami sedikit modifikasi berdasarkan pertimbangan geografis dan sarana yang tersedia.

2.2.3 Penyebab Putus Berobat.

Waktu pengobatan pasien tuberkulosis memerlukan waktu 6 bulan setelah menelan obat 2-3 bulan tidak jarang keluhan pasien telah hilang, ia merasa dirinya telah sehat dan menghentikan pengobatannya(Aditama.2000). Secara medis dan program, telah ada kesepakatan para ahli dalam upaya pemberantasan tuberkulosis yakni dalam waktu tertentu maka seorang pasien tuberkulosis harus secara intensif dan tidak terputus. Bila hal ini dilanggar maka akan terjadi akibat yang cukup fatal, yakni resistensi(*MDR*).

Adapun yang menyebabkan *default* atau putus berobat pasien tuberkulosis yaitu rendahnya pengetahuan pasien terhadap masalah kesehatan khususnya tuberkulosis, dapat dipahami mengingat sebagian besar (60%) berpendidikan rendah. Dengan rendahnya tingkat pendidikan, yakni sekolah sampai tingkat SLTP, kesadaran untuk menjalani pengobatan tuberkulosis secara teratur dan lengkap juga rendah, antara lain tercermin dari cukup banyak pasien (14,2%) yang

Universitas Indonesia

tidak menuntaskan pengobatannya karena tidak kembali (69,8%) untuk kunjungan ulang atau follow up (11,3% dan beberapa pasien yang merasa bosan(3%) menelan obat setiap hari jangka yang lama, pindah (3%) tanpa adanya pemberitahuan sebelumnya dan efek samping obat yang dirasakan oleh pasien(5,3%) (Gitawati,2000).

Berhenti menjalani pengobatan pada pasien tuberkulosis mungkin disebabkan karena pasien tidak tahu atau kurang berminat menjalani jadwal pengobatan yang telah ditentukan atau mungkin karena tidak ada dukungan dari anggota keluarga. Mungkin juga terjadinya kelalaian menjalani pengobatan. Tercapainya keberhasilan pengobatan pasien tuberkulosis, dapat diukur melalui tingkat pencapaian pasien yang sembuh berobat. Keberhasilan pengobatan dapat dilihat dari kepatuhan pasien datang ke fasilitas kesehatan guna mengambil obat dan menyerahkan sediaan dahak yang diminta petugas (Silitonga, 2000).

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Putus Berobat Pasien Tuberkulosis.

2.2.4.1 Umur

Penyakit TB paru paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif (15-50). Hal ini dikarenakan terjadinya transisi demografi yang menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut lebih dari 55 tahun, system imunologis seseorang menurun sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit termasuk penyakit Tb paru (Amiruddin, 2007).

2.2.4.2 Jenis Kelamin

Penyakit TB paru cenderung lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan perempuan. Menurut penelitian Chee dalam Sujana (2009) menyatakan bahwa default banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki 36 (81.8%) daripada jenis kelamin perempuan 8 (18.2%). Sedangkan hasil study vree dkk (2007) menemukan bahwa karakteristik *default* penderita tuberculosis banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki 6 (27%) dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan 3 (15%).

2.2.4.3 Jenis Pekerjaan

Salah satu model pendekatan mempengaruhi tindakan berobat adalah status social. Pendekatan ini bertumpu pada asumsi bahwa seseorang yang mempunyai latar belakang tertentu misalnya bekerja atau tidak bekerja akan memiliki pandangan tersendiri terhadap pengobatan (Purwanto, 2005). Penelitian di India, menemukan bahwa *default* banyak terjadi pada penderita yang bekerja yaitu 17% dibandingkan yang tidak bekerja (Santha dalam Sujana, 2009).

2.2.4.4 Pendidikan

Pendidikan berkaitan dengan pengetahuan penderita, hal ini menunjukkan bahwa pendidikan mempengaruhi ketuntasan atau kesuksesan pengobatan penderita. Semakin tinggi tingkat pendidikan penderita, maka akan semakin baik penerimaan informasi tentang pengobatan dan penyakitnya sehingga akan semakin tuntas proses pengobatan dan penyembuhannya (Mukhsin, dkk, 2006).

Rendahnya pengetahuan penderita terhadap masalah kesehatan khususnya penderita tuberculosis dapat dipahami mengingat sebagian besar penderita (60%) berpendidikan relatif rendah yakni tidak sekolah sampai tingkat SLTP. Dengan relatif rendahnya tingkat pendidikan kesadaran untuk menjalani pengobatan tuberculosis secara lengkap relatif rendah antara tercermin dari cukup banyak penderita (37 kasus-14.2%) yang tidak menuntaskan pengobatan karena tidak kembali untuk kunjungan ulang (follow up dan beberapa penderita yang merasa bosan minum obat setiap harinya dalam jangka waktu yang panjang (Gitawati,2002).

2.2.4.5 Pengawas Minum Obat

Salah satu penyebab sulitnya TB paru dibasmi adalah kenyataan bahwa obat yang diberikan harus beberapa macam sekaligus serta pengobatannya memakan waktu yang lama, setidaknya 6 bulan. Hal ini menyebabkan penderita tidak menuntaskan pengobatannya bahkan putus berobat. (Aditama , 2000),

Untuk itu diperlukan Pengawas Minum Obat (PMO) untuk menjaga agar penderita tidak putus berobat atau teratur berobat, WHO tahun 1995 telah merekomendasikan strategi DOTS sebagai pendekatan terbaik penanggulangan

Universitas Indonesia

TB. Salah satu komponen DOTS adalah pengobatan yang diawasi oleh PMO untuk menjamin seseorang menyelesaikan pengobatannya.

Pada komponen ketiga dari strategi DOTS, dimana pengobatan penderita dengan pengawasan langsung oleh PMO, persyaratan PMO adalah orang yang dikenal, dipercaya, dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh pasien, tinggal dekat dengan penderita, bersedia membantu dengan sukarela dan bersedia dilatih atau mendapatkan penyuluhan bersama-sama penderita. Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya bidan di desa, perawat, pekrya, sanitarian, juru imunisasi, dan lain-lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga (Depkes, 2006)

Tugas atau peranan PMO adalah mengawasi penderitanya minum obat secara teratur sampai selesai pengobatan, memberikan dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur, mengingatkan pasien untuk periksa ulang dhak pada waktu yang telah ditentukan serta memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien tuberculosis yang mempunyai gejala-gejala tuberculosis untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan (Depkes,2006).

2.2.4.6 Efek Samping Obat

Keluhan efek samping OAT yang sering terjadi pada saat penderitanya minum obat tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut, nyeri sendi, kesemutan, warna kemerahan pada air seni, gatal, dan kemerahan kulit, tuli, gangguan keseimbangan, ikterus tanpa penyebab lain, bingung, dan muntah-muntah, gangguan penglihatan dan syok (Depkes, 2006). Dalam hal ini penderita akan menghentikan pengobatannya, menyebabkan tidak mau lagi minum obatnya karena merasa takut akan penyakit lain yang lebih berat.

2.2.4.7. Status Gizi (Berat Badan)

Hubungan antara gizi yang kurang atau berat badan rendah dalam ketidaktuntasan pengobatan yang dianjurkan, seperti kemiskinan yang

mempengaruhi status kesehatan, menyebabkan ketidak mampuan pasien untuk datang ke klinik pengobatan.

2.2.4.8. Tipe Pasien

Menurut Suherman (2002) bahwa pasien pindahan berpeluang sebesar 4,2 % dan pasien baru sebesar 95,8% untuk terjadi kegagalan pengobatan. Dari studi yang dilakukan oleh Santha dkk (2000) di India, pada pasien baru yang mengalami putus berobat (default) sebesar 17% sedangkan pada pasien yang lama terjadi putus berobat sebesar 29%. Hal ini menunjukkan pasien yang lama mempunyai kemungkinan besar untuk terjadi putus berobat dibandingkan dengan pasien baru.

2.2.4.10 Kategori Pengobatan

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

2.2.4.11 Keteraturan Minum Obat

Keteraturan minum obat adalah suatu perilaku dari seseorang yang tetap atau secara periodic melakukan aktivitasnya. Jadi perilaku penderita pada hakikatnya juga suatu aktivitas baik yang dapat diamati secara langsung ataupun tidak langsung. Perilaku keteraturan berobat seseorang pada dasarnya adalah respon seseorang atau organisme terhadap stimulus yang berkaitan dengan sekitar dan penyakit yang dideritanya, system pelayanan kesehatan dan pengobatannya (Notoatmojo, 1993).

2.2.4.12 Pelayanan Kesehatan

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

Universitas Indonesia

bermakna dengan keberhasilan pengobatan pada penderita TB. Pelayanan kesehatan mengandung dua dimensi, yakni (1) menekankan aspek pemenuhan spesifikasi produk kesehatan atau standar teknis pelayanan kesehatan. (2) memperhatikan perspektif pengguna pelayanan yaitu sejauhmana pelayanan yang diberikan mampu memenuhi harapan dan kepuasan pasien. (K.Mukhsin dkk, 2006)

2.2.5 Strategi Nasional Program Pengendalian TB Nasional:

2.2.5.1 Memperluas dan meningkatkan pelayanan DOTS yang bermutu, intervensi yang dilakukan;

- Menjamin deteksi dini dan diagnosis melalui pemeriksaan bakteriologis yang terjamin mutunya. Intervensi yang dilakukan; meningkatkan intensitas penemuan aktif dengan cara skrining pada kelompok rentan, memprioritaskan kelompok rentan, meningkatkan kepekaan dan kewaspadaan penyedia pelayanan terhadap simtom TB dan pelaksanaan ISTC, meningkatkan kepatuhan terhadap alur standar diagnosis, melaksanakan upaya meningkatkan kesehatan paru secara komprehensif.
- Penyediaan farmasi dan alat kesehatan: sistem logistik yang efektif dalam menjamin suplai obat yang kontinyu. Pencapaian angka keberhasilan pengobatan sangat tergantung pada efektifitas sistem logistik dalam menjamin ketersediaan obat (untuk lini pertama dan lini kedua) dan logistik non-pengobatan secara kontinyu.
- Memberikan pengobatan sesuai standar dengan pengawasan dan dukungan yang memadai terhadap pasien. Setiap pelayanan kesehatan harus melaksanakan pendekatan yang berfokus pada pasien, yaitu; memberikan informasi mengenai pilihan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan pengobatan TB, menjamin setiap pasien TB mempunyai PMO, mengoptimalkan pelaksanaan edukasi bagi pasien dan PMO, mempermudah akses pasien terhadap fasilitas kesehatan dan mengembangkan pendekatan pelayanan DOTS berbasis komunitas.

2.2.5.2 Menghadapi tantangan TB/HIV, MDR-TB, TB anak dan kebutuhan masyarakat miskin serta rentan lainnya. Intervensi yang dilakukan yaitu; memperluas kegiatan kolaborasi TB/HIV, menangani MDR-TB dengan melaksanakan pelayanan DOTS yang bermutu, melaksanakan manajemen kasus DR-TB melalui PMDT, melaksanakan surveilans MDR-TB, memperkuat diagnosis, menjembatani kebutuhan masyarakat miskin dan rentan.

2.2.5.3 Melibatkan seluruh penyedia pelayanan pemerintah, masyarakat (sukarela), perusahaan dan swasta melalui pendekatan Public-Private Mix dan menjamin kepatuhan terhadap International Standards for TB Care. Intervensi yang dilakukan adalah memperluas dan melakukan akselerasi keterlibatan RS dan BBKPM/BKPM (*Hospital DOTS Linkage*) serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dan mempromosikan ISTC kepada tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan DOTS.

2.2.5.4 Memberdayakan masyarakat dan pasien TB. Intervensi yang dilakukan adalah mengembangkan strategi, media dan materi promosi kesehatan yang spesifik untuk promosi, kampanye DOTS kepada masyarakat luas, organisasi masyarakat dan penyedia pelayanan kesehatan serta intervensi untuk memperoleh sumber daya yang memadai untuk menerapkan DOTS berbasis masyarakat, piagam hak dan kewajiban pasien TB disosialisasikan kepada pasien TB, petugas kesehatan, penyedia pelayanan kesehatan.

2.2.5.5 Memberikan kontribusi dalam penguatan sistem kesehatan dan manajemen program pengendalian TB. Intervensi yang dilakukan adalah memberikan kontribusi terhadap penguatan sistem kesehatan terutama pengembangan kebijakan kesehatan dan SDM, penganggaran serta penyediaan pelayanan dan informasi di tingkat pelayanan primer, memperkuat program pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan, masyarakat dan rumah tangga, dan menggunakan pendekatan multi sektoral dan melakukan tindakan untuk memperbaiki determinan sosial yang mempengaruhi status kesehatan.

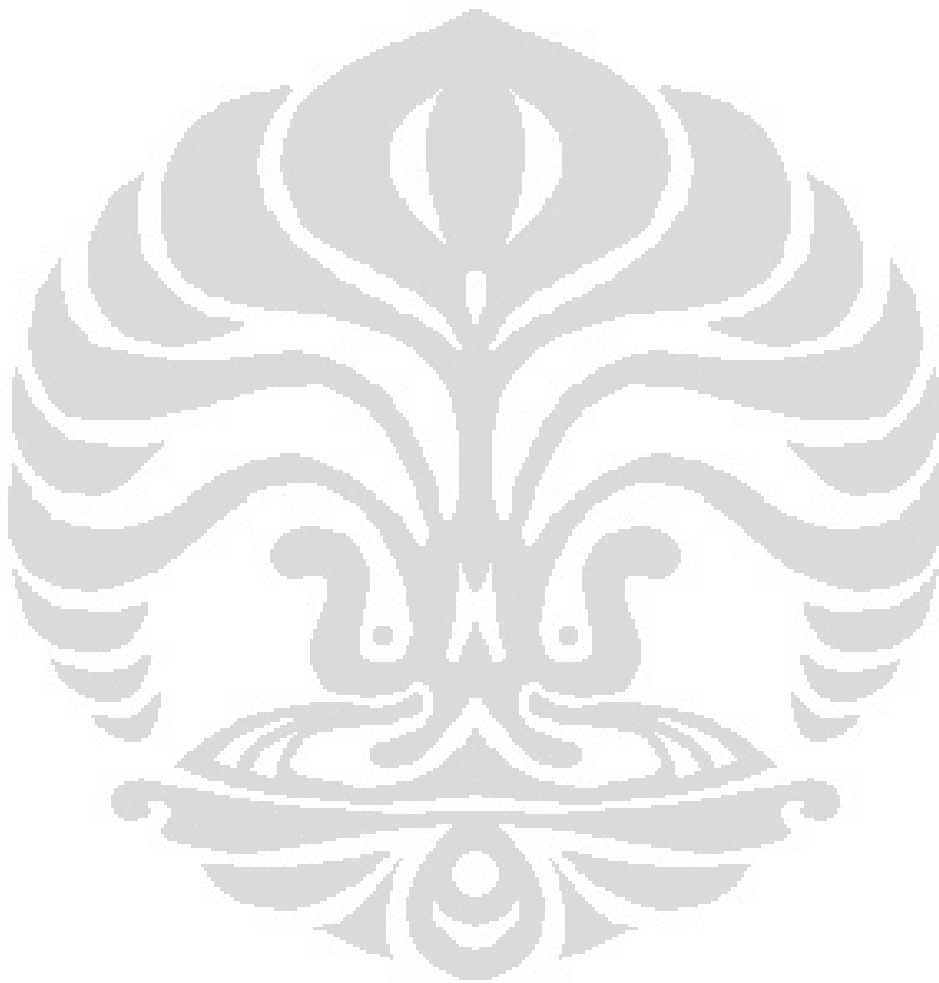
2.2.5.6 Mendorong komitmen pemerintah pusat dan daerah terhadap program TB. Advokasi dilakukan secara sistematis untuk meningkatkan komitmen politis dan untuk menunjukkan bukti nyata kepemilikan dan komitmen tinggi dari pemerintah pusat, daerah dan pemangku kepentingan lainnya. Advokasi kepada pemerintah pusat untuk memastikan ketersediaan obat TB, selain itu dikembangkan sistem untuk menjamin kesetaraan dalam alokasi sumber daya keuangan dengan kebutuhan yang tinggi, implementasi advokasi kepada pemerintah daerah difokuskan pada daerah spesifik yang memiliki sumber daya finansial tinggi untuk mendapatkan pembiayaan dari dana lokal.

2.2.6 Faktor yang mempengaruhi perilaku

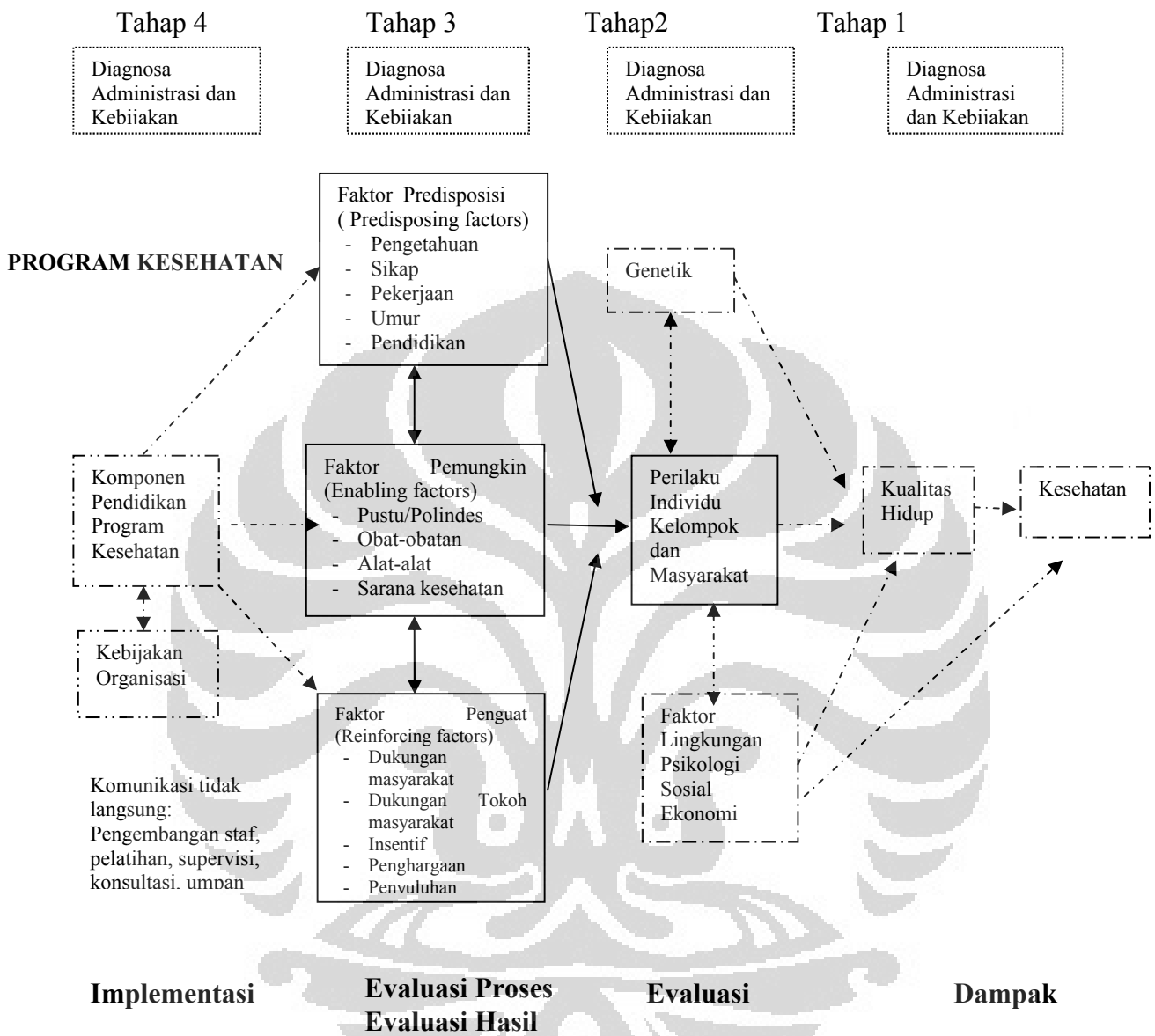
Menurut Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007) kesehatan seseorang dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan faktor diluar perilaku (non-perilaku). Faktor perilaku ini sendiri salah satunya ditentukan oleh faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang terwujud dalam Pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai dan sebagainya. Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh Pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan, Disamping itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku. Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang) namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan, hal ini meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi tiga, yakni :

- a) Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat gen atau bawaan, misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.

- b) Diterminan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang
- c) Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultante* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun faktor eksternal (Notoatmodjo, 2007).



2.4 Kerangka teori



Sumber, : Lawrence W. Green, Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach 2005

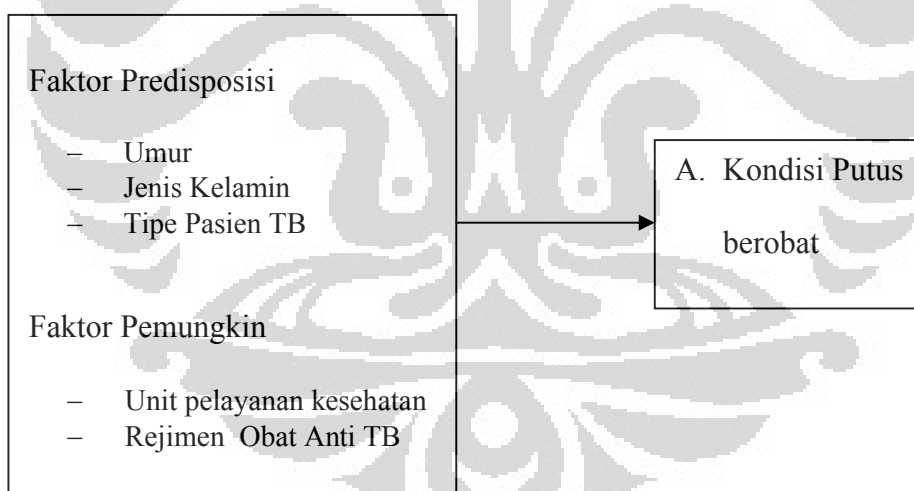
BAB 3

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan model Precede-Proceed dari Green dan Kreuter (2005), ada 2 komponen yang akan diteliti yaitu komponen *predisposing* dan *enabling*. Komponen tersebut diduga kuat mempunyai hubungan dengan kejadian putus berobat (*default*).

Karena keterbatasan waktu, sehingga tidak semua komponen dari teori Green tersebut dapat diteliti. Komponen yang diteliti adalah umur, jenis kelamin, tipe pasien, unit pelayanan kesehatan dan rejimen OAT yang digambarkan dalam kerangka konsep seperti berikut dibawah ini:



Bagan 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Faktor-faktor yang berpengaruh Terhadap putus berobat pasien tuberkulosis.

3.2. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Putus berobat	Adalah pasien TB yang tidak mengambil obat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatan selesai	Melihat register kartu pengobatan pasien TB (TB 01)	Formulir penelitian	0= Ya 1= Tidak	Ordinal
2	Umur	Usia pasien TB Paru pada saat mulai pengobatan TB yang tercatat pada register kartu pengobatan pasien TB (TB 01)	Melihat register kartu pengobatan pasien TB (TB 01)	Formulir penelitian	Kontinyu	Kontinyu
3	Jenis Kelamin	Jenis kelamin pasien TB yang tercatat pada register kartu pengobatan pasien TB (TB 01)	Melihat register kartu pengobatan pasien TB (TB 01)	Formulir penelitian	0= Laki-Laki 1= Perempuan.	Nominal
4	Tipe Pasien	Status pasien yang ditentukan berdasarkan riwayat perjalanan penyakit yang tercatat pada kartu pengobatan pasien TB (TB 01)	Melihat register kartu pengobatan pasien TB (TB 01)	Formulir penelitian	0= Pasien baru 1= Pasien kambuh 2= Pasien gagal 3= Pasien pindahan	Ordinal
5	Tingkat pelayanan Kesehatan	Unit pelayanan kesehatan tempat pasien TB mendapat pengobatan	Melihat register kartu pengobatan pasien TB (TB 01)	Formulir penelitian	0 = RS 1= BP4 2 = Puskesmas.	Nominal
6	Rejimen pengobatan	Rejimen OAT yang harus ditelan oleh pasien selama perjalanan penyakit yang tercatat pada kartu pengobatan pasien TB(TB 01)	Melihat register kartu pengobatan pasien TB (TB 01)	Formulir penelitian.	1 =Pengobatan kat 1. 2= Pengobatan kat 2 3= Pengobatan kate 3	Ordinal

3.3. Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah, tujuan penelitian, landasan teori dan kerangka konsep serta jenis data yang tersedia, maka disusun hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Ada hubungan antara umur dengan kejadian putus berobat pasien TB Paru di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
2. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian putus berobat pasien TB Paru di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
3. Ada hubungan antara tipe pasien dengan kejadian putus berobat pasien TB Paru di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
4. Ada hubungan antara unit pelayanan kesehatan dengan kejadian putus berobat pasien TB Paru di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.
5. Ada hubungan antara rejimen pengobatan dengan kejadian putus berobat pasien TB Paru di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif, dengan rancangan penelitian cross-sectional dimana data yang menyangkut variabel bebas dan variabel terkait akan dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juni Tahun 2012 di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.

4.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah semua pasien TB yang mulai berobat pada tahun 2009 sampai 2011 sebanyak 1604 kasus kemudian dilihat waktu terjadinya putus berobat pasien TB di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen dan memenuhi kriteria inklusi.

Kriteria Inklusi:

1. Pasien TB yang berobat di Puskesmas, Rumah Sakit dan BP4 Paru, yang melaksanakan program TB di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen sebagai tercatat dalam register TB 03.
2. Pasien TB yang berobat pada tahun 2009 sampai 2011 datanya tercatat lengkap dalam register TB 03.
3. Pasien TB berusia 15 tahun keatas.

4.3.2 Sampel

Jumlah sampel minimal yang dapat digunakan pada penelitian ini dihitung dengan rumus estimasi proporsi satu populasi dengan variabel dependen kategorik (Lemeshow, et all 1997).

$$n = \frac{[Z^{21-\alpha/2} * P(1 - P)]}{d^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel yang dibutuhkan

$Z^{21-\alpha/2}$ = nilai baku distribusi normal pada α tertentu dengan tingkat kepercayaan 95% ($Z=1,96$)

P = Proporsi kejadian putus berobat tahun 2009 sampai dengan 2011 di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen 27,7% (0,28)

P1 = Proporsi putus berobat pasien TB Paru = 0,28

d = derajat akurasi (presisi) yang diinginkan (penyimpangan terhadap populasi atau derajat ketepatan yang diinginkan peneliti) adalah 10% = 0,1

Perhitungan besar sampel dengan menggunakan software sampel minimal (size). Setelah dikalkulasi didapatkan jumlah minimal sampel yang harus dipenuhi adalah sebesar 400 orang.

4.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Untuk memperoleh sampel yang dibutuhkan dilakukan secara *Simple Random Sampling*, yaitu bahwa setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Teknik yang dipakai (*lottery technique*) atau teknik undian yaitu dengan cara dari populasi 1604 penderita TB yang terdaftar diregister TB 03 dibuat daftar nama beserta alamatnya kemudian dimasukkan kedalam kocokan lalu dikocok maka yang keluar adalah sebagai sampel yang akan diteliti.

4.4 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan cara melakukan penelusuran Register TB 03 yaitu pasien TB yang mulai berobat pada tahun 2009 sampai dengan tahun 2011 kemudian dilihat terjadinya putus berobat TB Paru dengan prosedur:

- 1 Mendata semua pasien TB berobat dan yang tercatat di register kabupaten (TB 03).

2. Memilih seluruh pasien TB yang sesuai karakteristik sampel penelitian dan mencatatnya pada formulir penelitian.

4.5 Pengolahan Data

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

1. Editing

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

2. Coding

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

3. Entry data

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

4. Cleaning

Proses pengecekan kembali terhadap data yang terkumpul kemungkinan ada kesalahan kode, ketidak lengkapan kemudian dilakukan pembetulan. (Notoatmodjo, 2010).

4.6 Analisa Data

Analisa data dilakukan untuk menunjang pembuktian hipotesa, dengan menggunakan :

4.6.1 Analisa Univariate

Analisa univariat digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel dependen dan independen yang akan diteliti.

4.6.2 Analisa Bivariate

Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan setiap variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik dalam penelitian ini, digunakan rumus chi square (kai kuadrat) dengan derajat kepercayaan 95%.

Pembuktian dengan uji chi square dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$x^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan :

- x^2 = Nilai chi square
- O = Frekuensi yang diamati (Observed)
- E = Frekuensi yang diharapkan (Expected).

Bila diperoleh P value dari nilai X lebih kecil dari batas kritis α 0,05 menunjukkan terdapat hubungan pada variabel yang diuji, sedangkan apabila P value > dari batas kritis α 0,05 maka dikatakan kedua variabel secara statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Geografis

Kabupaten Kebumen mempunyai luas wilayah 128.111,50 hektar atau 1.281,11 km², terletak pada posisi garis lintang 7^o 27' - 7^o 50' LS dan 109^o 22' - 109^o 50' BT dengan batas – batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Barat : Kabupaten Cilacap dan Banyumas
- Sebelah Timur : Kabupaten Purworejo
- Sebelah Utara : Kabupaten Wonosobo dan Banjarnegara
- Sebelah Selatan : Samudera Indus berbatasan

Kabupaten Kebumen merupakan daerah lintas jalur selatan Pulau Jawa dengan topografi 70% merupakan daerah pegunungan dan 30% lainnya merupakan daerah dataran rendah dan pantai dengan ketinggian permukaan tanah dan air laut berkisar 5-91 meter.

Jumlah penduduk Kabupaten Kebumen sampai dengan tahun 2010 adalah 1.258.947 jiwa (BPS Kebumen) yang tersebar di 26 kecamatan, dengan 326.388 rumah tangga/KK atau rata-rata 3 jiwa per rumah tangga. Namun persebaran tersebut tidak merata, hal tersebut disebabkan karena konsentrasi penduduk berbeda pada tiap kecamatan.

Sedangkan untuk fasilitas kesehatan yang terdapat di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen yaitu 10 buah Rumah Sakit Umum, 2 buah Rumah Sakit Khusus, 35 buah Puskesmas dan 1 buah Rumah Bersalin.

5.2. Analisis Univariat

5.2.1 Gambaran Kejadian Putus berobat TB Paru

Tabel 5.1.
Distribusi Pasien Berdasarkan Kejadian Putus berobat TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Kejadian Putus berobat	n	%
Ya	119	29.8
Tidak	281	70.3

Dari tabel diatas diketahui bahwa pasien yang putus berobat sebesar 29,8%, sedangkan jumlah pasien yang tidak putus berobat sebesar 70,3%.

5.2.2 Gambaran Faktor *Predisposing* Kejadian Putus berobat TB Paru

Tabel 5.2
Distribusi Pasien Berdasarkan Umur Yang Diklasifikasikan Dengan Cara Kuintil pada Pasien TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Umur	n	%
15-25 tahun	80	20
26-37 tahun	81	16,3
38-50 tahun	94	17,8
51-61 tahun	66	18,5
>61 tahun	79	27,5

Dari tabel diatas diketahui bahwa sebagian besar pasien yang putus berobat adalah yang berusia lebih dari 61 tahun yaitu sebesar 27,5%.

Tabel 5.3
Distribusi Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin pada Pasien TB Paru di Wilayah
Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Jenis Kelamin	n	%
Laki-laki	182	45,5
Perempuan	218	54,5

Dari tabel diatas diketahui bahwa sebagian besar pasien adalah perempuan yaitu sebesar 54,5%.

Tabel 5.4
Distribusi Pasien Berdasarkan Tipe Pasien TB Paru
di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Tipe Pasien	n	%
Pasien Baru	289	72,3
Pasien kambuh	25	6,3
Pasien gagal	21	5,3
Pasien pindah	65	16,3

Dari tabel diatas diketahui bahwa sebagian besar pasien adalah tipe pasien baru yaitu sebesar 72,3%.

5.2.3 Gambaran Faktor *Enabling* Kejadian Putus berobat TB Paru

Tabel 5.5
Distribusi Pasien Berdasarkan Unit Pelayanan Kesehatan pada
Pasien TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Unit Pelayanan Kesehatan	n	%
RS	66	16,5
BP4	202	50,5
Puskesmas	132	33,0

Dari tabel diatas diketahui bahwa sebagian besar pasien adalah memilih berobat di BP4 yaitu sebesar 50,5%.

Tabel 5.6
Distribusi Pasien Berdasarkan Rejimen OAT pada
Pasien TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Unit Pelayanan Kesehatan	n	%
Rejimen 1	296	74,0
Rejimen 2	34	8,5
Rejimen 3	70	17,5

Dari tabel diatas diketahui bahwa sebagian besar pasien adalah rejimen 1 yaitu sebesar 74%.

5.3. Analisis Bivariat

1.3.1 Hubungan Antara Umur dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru

Tabel 5.7

Hubungan Antara Umur dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Umur	Putus berobat		Tidak Putus berobat		P Value
	n	%	n	%	
15-25 tahun	22	27.5	58	72.5	0,722
26-37 tahun	23	28.4	58	71.6	
38-50 tahun	25	26.6	69	73.4	
51-61 tahun	21	31.8	45	68.2	
>61 tahun	28	35.4	51	64.6	

Dari tabel diatas terlihat bahwa sebagian besar pasien yang putus berobat adalah yang berusia lebih dari 61 tahun yaitu sebesar 35,4%, pasien yang tidak putus berobat pada kelompok usia 15-55. Nilai P lebih dari α 0,05 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kejadian Putus berobat pasien TB.

1.3.2 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru

Tabel 5.8.

Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB di Wilayah Dinas Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Jenis Kelamin	Putus berobat		Tidak Putus berobat		OR (95% CI)	P Value
	n	%	n	%		
Laki-laki	75	41.2	107	58.8	2,772 1,779-4,318	0,001
Perempuan	44	20.2	174	79.8		

Hasil penelitian menyebutkan bahwa perbedaan proporsi antara pasien laki-laki dan pasien perempuan yang putus berobat, lebih besar angkanya pada pasien laki-laki yaitu sebesar 41,2%. Sedangkan pada pasien yang tidak putus berobat proporsinya lebih besar pada pasien perempuan yaitu sebesar 79,8%. Menurut hasil penelitian didapatkan nilai $P = 0,001$. Dengan *Odds Ratio* = 2,772 (CI: 1,779-4,318). Hal ini bermakna bahwa ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian Putus berobat pasien TB. Yang juga berarti pasien laki-laki beresiko 2,772 kali putus berobat dibandingkan dengan pasien perempuan.

1.3.3 Hubungan Antara Tipe Pasien dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru

Tabel 5.9.

Distribusi Pasien Berdasarkan Tipe Pasien pada Pasien TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Tipe Pasien	Putus berobat		Tidak putus berobat		P Value
	n	%	n	%	
Pasien Baru	102	35.3	187	64.7	0,001
Pasien kambuh	4	16.0	21	84.0	
Pasien gagal	6	28.6	15	71.4	
Pasien pindah	7	10.8	58	89.2	

Berdasarkan tipe pasien, 35,3% pasien yang putus berobat adalah pasien baru. Sedangkan pada pasien yang tidak putus berobat proporsinya lebih besar pada pasien pindah yaitu 89,2%. Menurut hasil penelitian didapatkan nilai $P = 0,0001$. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tipe pasien dengan kejadian Putus berobat pasien TB.

1.3.4 Hubungan Antara Unit Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru

Tabel 5.9.

Distribusi Pasien Berdasarkan Unit Pelayanan pada Pasien TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Unit Pelayanan	Putus berobat		Tidak putus berobat		P Value
	n	%	n	%	
RS	23	34.8	43	65.2	0,004
BP4	71	35.1	131	64.9	
Puskesmas	25	18.9	107	81.1	

Berdasarkan unit pelayanan, 35,1% pasien yang putus berobat berasal dari unit pelayanan kesehatan BP4. Pada pasien yang tidak putus berobat proporsinya lebih besar pada unit pelayanan Puskesmas yaitu 81,1%. Menurut hasil penelitian didapatkan nilai $P = 0,004$. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara unit pelayanan dengan kejadian Putus berobat pasien TB.

1.3.5 Hubungan Antara Rejimen Pengobatan dengan Kejadian Putus berobat Pasien TB Paru

Tabel 5.11.

Distribusi Pasien Berdasarkan Rejimen pada Pasien TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Rejimen	Putus berobat		Tidak putus berobat		P Value
	N	%	n	%	
Rejimen 1	87	29.4	209	70.6	0,276
Rejimen 2	7	20.6	27	79.4	
Rejimen 3	25	35.7	45	64.3	

Distribusi pasien pada rejimen, sebagian besar pasien yang putus berobat berada pada Rejimen 3 yaitu sebesar 35,7%, demikian juga pada pasien yang tidak putus berobat, proporsi terbesar berada pada kelompok rejimen 2, sebesar 79,4%. Menurut hasil penelitian didapatkan nilai $P = 0,276$. Hal ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara rejimen dengan kejadian Putus berobat pasien TB.

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai berbagai keterbatasan antara lain, dari segi rancangan penelitian menggunakan rancangan cross sectionanal yang mempunyai kelemahan hanya menggambarkan hubungan antar variabel independen dengan variabel dependen, tetapi tidak dapat menjelaskan hubungan sebab akibat sehingga tidak bisa diketahui variabel yang menjadi akibat.

Penelitian ini menggunakan data sekunder dengan melihat register TB kabupaten, dimana banyak variabel yang terkait dengan kejadian putus berobat tidak diikutsertakan dalam penelitian. Variabel yang diteliti hanya terbatas pada variabel yang ada dalam kerangka konsep penelitian.

6.2. Gambaran Kejadian Putus berobat Penderita TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Tuberkulosis merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Kuman TB sebagian besar menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Toman,2004). Tujuan pengobatan TB adalah untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT. Prinsip pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan prinsip, OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan sesuai dengan kategori pengobatan. Dalam menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT= *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO). Putus berobat (*default*) menurut Depkes RI (2006) adalah pasien yang telah berobat dan Putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

Hasil penelitian ini mendapatkan bahwa dari 400 pasien, 119 diantaranya, atau 29,8% Putus berobat. Sedangkan 281 (70,3%) tidak Putus berobat.

Penelitian lain yang pernah dilakukan adalah hasil survei cepat yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan daerah tingkat II Garut yang mendapatkan

proporsi pasien yang Putus berobat sebanyak 11,1%. Berikutnya Oesman pada penelitiannya di Kabupaten Aceh Utara mendapatkan proporsi pasien yang teratur menjalani pengobatan hanya 57,3%.

Kasus Putus berobat akan mempengaruhi angka kesembuhan (*cure rate*). Dari penelitian yang dilakukan oleh Kusnindar A tahun 1991 di Kabupaten Tanggerang ditemukan angka kesembuhan sebesar 57% dan angka kegagalan (*Failure*) pengobatan 11,1%.

6.3. Hubungan Umur dengan Kejadian Putus berobat TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Usia muda atau usia produktif (15-50), merupakan rentang usia yang paling sering ditemukan menderita penyakit TB. Tetapi juga, pada usia lanjut lebih dari 55 tahun, system imunologis seseorang menurun sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit termasuk penyakit TB paru (Amiruddin, 2007). Dengan adanya transisi demografi yang menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi, risiko terjadinya penyakit TB pada usia ini juga meningkat. Menurut Andersen (1975) dalam Afriliyanti menyatakan bahwa umur adalah variabel yang penting karena orang yang berusia tua secara fisiologis kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi dibanding orang yang berusia muda. Hal ini disebabkan orang yang berusia tua lebih rentan terhadap penyakit.

Berdasarkan penelitian ini terlihat bahwa sebagian besar pasien yang putus berobat adalah yang berusia lebih dari 61 tahun yaitu sebesar 35,4%, pasien yang tidak putus berobat pada kelompok usia 15-55 tahun yaitu sebesar 72,5%. Menurut hasil penelitian didapatkan nilai $P = 0,722$. Hal ini bermakna bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kejadian Putus berobat pasien TB.

Hal ini sejalan dengan penelitian Rusnoto (2006) di balai pencegahan dan pengobatan penyakit paru di Pati mendapatkan hasil yang sama bahwa usia pasien di atas 45 tahun lebih besar (69,8%) dari usia antara 15-45 tahun (37,6%).

Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Amiruddin (2007), penyakit TB paru paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif (15-50). Hal ini dikarenakan terjadinya transisi demografi yang menyebabkan usia

harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut lebih dari 55 tahun, system imunologis seseorang menurun sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit termasuk penyakit Tb paru.

Berdasarkan kenyataan yang ada di lapangan bahwa umur yang lebih tua lebih beresiko untuk putus berobat pengobatan TB. Hal ini dikarenakan kondisi fisik sudah tidak memungkinkan untuk menjangkau tempat pelayanan kesehatan. Penanganan yang dilakukan adalah dengan cara jemput bola, dimana petugas aktif mendatangi pasien untuk mengantar obat dan memantau perkembangan pengobatan .

6.4. Hubungan Jenis Kelamin dengan Kejadian Putus berobat TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Berdasarkan jenis kelamin, penyakit TB paru cenderung lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan perempuan. Menurut penelitian Chee dalam Sujana (2009) menyatakan bahwa *default* banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki 36 (81.8%) daripada jenis kelamin perempuan 8 (18.2%). Sedangkan hasil study vree dkk (2007) menemukan bahwa karakteristik *default* penderita *tuberculosis* banyak terjadi pada jenis kelamin laki-laki 6 (27%) dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan 3 (15%).

Hasil penelitian menyebutkan bahwa perbedaan proporsi antara pasien laki-laki dan pasien perempuan yang putus berobat, lebih besar angkanya pada pasien laki-laki yaitu sebesar 41,2%. Sedangkan pada pasien yang tidak putus berobat proporsinya lebih besar pada pasien perempuan yaitu sebesar 79,8%. Menurut hasil penelitian didapatkan nilai $P = 0,001$. Dengan *Odds Ratio* = 2,772 (CI: 1,779-4,318). Hal ini bermakna bahwa ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian putus berobat pasien TB. Yang juga berarti pasien laki-laki beresiko 2,772 kali putus berobat dibandingkan dengan pasien perempuan.

Berdasarkan kenyataan di lapangan bahwa pasien laki-laki cenderung putus berobat karena lebih cepat bosan untuk minum obat TB dalam jangka waktu yang panjang, faktor kesibukan pekerjaan, dan merasa sudah sembuh. Hal ini bisa diatasi dengan meningkatkan intensitas dan kualitas penyuluhan sehingga dia

sadar akan pentingnya pengobatan TB secara teratur dan tuntas, karena apabila tidak tuntas maka akan memperberat pengobatan dan bisa menjadi agen penyebar penyakit TB tersebut, baik di lingkungan rumah maupun di lingkungan dia bekerja.

6.5. Hubungan Tipe Pasien dengan Kejadian Putus berobat TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Berdasarkan tipe pasien, 35,3% pasien yang putus berobat adalah pasien baru. Sedangkan pada pasien yang tidak putus berobat proporsinya lebih besar pada pasien pindah yaitu 89,2%. Menurut hasil penelitian didapatkan nilai $P = 0,0001$. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tipe pasien dengan kejadian Putus berobat pasien TB.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian (Suherman, 2002) tipe pasien pindahan proporsinya cukup besar yaitu sekitar 5% baik yang ada pemberitahuan melalui surat maupun yang tidak diketahui tentang keberadaan pasien yang pindah ke unit pelayanan kesehatan lain.

Berdasarkan fakta yang ada dilapangan bahwa tipe pasien yang paling banyak menyebabkan pasien putus berobat adalah pasien baru. Hal ini disebabkan disebabkan karena efek samping obat, bosan minum obat, merasa sembuh, biaya mahal, kendala jarak dan usia (usia tua lebih besar resiko untuk putus berobat karena tidak mampu menjangkau RS).

Menurut Depkes RI (2011) bahwa untuk meningkatkan akses, terutama bagi masyarakat miskin dan terpencil, maka dilakukan berbagai upaya seperti kemitraan, pengembangan desa siaga peduli TB, pendelegasian wewenang kepada bidan/perawat desa untuk mendekatkan OAT.

Berdasarkan kenyataan di lapangan bahwa untuk mengantisipasi pasien TB agar tidak terjadi putus berobat petugas pemegang program TB bekerjasama dengan bidan desa untuk mengawasi pengobatan pada pasien TB. Tetapi kendala yang ada bahwa tidak semua bidan desa bertempat tinggal di desa. Selain hal tersebut juga bahwa bidan sudah mempunyai tugas yang sangat banyak, hampir semua program puskesmas dipegang bidan di desa. Untuk meningkatkan semangat bidan di desa sebagai pemegang pelayanan di tingkat desa, maka bagi

bidan desa yang menjalankan program TB dengan baik akan diberi reward, sesuai dengan kinerjanya.

6.6. Hubungan Unit Pelayanan Kesehatan dengan Kejadian Putus berobat TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen

Hubungan yang saling mendukung antara pelayanan kesehatan dan penderita, serta keyakinan penderita terhadap pelayanan kesehatan yang signifikan merupakan faktor-faktor yang penting bagi penderita untuk menyelesaikan pengobatannya. Pelayanan Kesehatan mempunyai hubungan yang bermakna dengan keberhasilan pengobatan pada penderita TB. Pelayanan kesehatan mengandung dua dimensi, yakni (1) menekankan aspek pemenuhan spesifikasi produk kesehatan atau standar teknis pelayanan kesehatan. (2) memperhatikan perspektif pengguna pelayanan yaitu sejauh mana pelayanan yang diberikan mampu memenuhi harapan dan kepuasan pasien (Mukhsin dkk, 2006).

Unit pelayanan kesehatan tuberkulosis dilaksanakan oleh Puskesmas, Rumah Sakit, BP4/Klinik, dan Praktek Swasta. Dalam pelaksanaan di Puskesmas, dibentuk kelompok Puskesmas Pelaksana (KPP) yang terdiri dari Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), dengan dikelilingi oleh kurang lebih 5 Puskesmas setelit. Pada keadaan geografis yang sulit, dapat dibentuk Puskesmas Pelaksana (PPM) yang dilengkapi tenaga dan fasilitas pemeriksaan sputum BTA (Depkes, 2008).

Berdasarkan unit pelayanan, 35,1% pasien yang putus berobat berasal dari unit pelayanan kesehatan BP4. Pada pasien yang tidak putus berobat proporsinya lebih besar pada unit pelayanan Puskesmas yaitu 81,1%. Menurut hasil penelitian didapatkan nilai $P = 0,004$. Hal ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara unit pelayanan dengan kejadian Putus berobat pasien TB.

Pasien yang mendapat pelayanan pengobatan TB di tempat selain Puskesmas (Rumah sakit), berisiko putus berobat lebih besar dibanding mereka yang mendapat pelayanan di Puskesmas. Hal ini terjadi karena beberapa faktor. Yang pertama karena faktor biaya. Komitmen daerah untuk membiayai program TB masih rendah yaitu sekitar 45 - 49% dari anggaran pemerintah pusat. Penurunan kesenjangan ini dapat dicapai dengan mengutamakan peningkatan

kemampuan daerah dan penguatan komitmen daerah untuk mencapai target indikator pembangunan milenium 2015.

Pasien yang mendapat pelayanan di rumah sakit harus mengeluarkan biaya pengobatan setiap kali berobat. Selain itu, juga ada masalah jarak yang mengharuskan pasien mempunyai usaha lebih hingga sampai di rumah sakit. Kemudian, di rumah sakit, tidak ada kontrol melalui PMO (Pemantau Menelan Obat) yang bisa membuat pasien patuh dan meneruskan pengobatan hingga tuntas.

Dalam konteks Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial (AKSM), selain penanganan secara medik, pengendalian TB membutuhkan elemen penting lain yaitu: 1) Komitmen politik pemerintah dalam bentuk dukungan kebijakan publik, dukungan dana untuk pengendalian TB. 2) Sikap dan perilaku birokrasi (pejabat publik) dalam menjalankan kebijakan tersebut. 3) Dukungan dan peran serta masyarakat dan lembaga sosial kemasyarakatan secara aktif di berbagai tingkatan. 4) Sikap dan perilaku pasien dan petugas kesehatan yang mendukung sejak diagnosa, pengobatan hingga pasca pengobatan.

Berdasarkan temuan di lapangan komitmen dan dukungan pemerintah daerah sangat kurang, dimana alokasi dana untuk kegiatan TB masih jauh dibawah standar sehingga tidak mencukupi untuk pelacakan pasien mangkir. Selain itu juga masih belum tersedia mekanisme pencatatan dan pelaporan pasien TB yang ditemukan di RS yang dirujuk langsung ke puskesmas atau fasilitas kesehatan yang lain, mengakibatkan kesulitan dalam memantau hasil kegiatan keseluruhan penemuan kasus TB di rumah sakit.

Berdasarkan fakta di lapangan, untuk mengatasi kendala yang ada, dari pemegang program TB di BP4 Kebumen dan RS Muhamadiyah Gombong sudah melakukan rujukan ke puskesmas di wilayah dimana pasien tinggal, namun dari masing-masing puskesmas yang telah diberi rujukan tidak ada umpan baliknya. Apakah pasien telah ditindak lanjuti atau belum. Sedangkan keterangan dari sebagian besar puskesmas sebagai pemegang wilayah, tidak menerima rujukan baik dari BP4 maupun RS Muhamadiyah. Hal ini dimungkinkan pasien yang telah diberi rujukan tidak sampai di tempat rujukan sehingga puskesmas yang mendapat rujukan tidak memberikan umpan balik.

Kurangnya komitmen dan koordinasi antara BP4, RS dan puskesmas menyebabkan tingginya angka putus berobat. Hal ini bisa diatasi dengan mereviu kembali komitmen dinas kesehatan dengan BP4 dan RS.

6.7. Hubungan Rejimen dengan Kejadian Putus berobat TB Paru di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen Tahun 2012

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Vijay, dkk (2003) diketahui putus berobat atau default sebesar 25% pada penderita yang mendapat rejimen pengobatan kategori I dan putus berobat sebesar 45% pada penderita yang mendapat pengobatan kategori 2.

Hasil penelitian, sebagian besar pasien yang putus berobat berada pada Rejimen 3 yaitu sebesar 35,7%, sedangkan pada pasien yang tidak putus berobat, proporsi terbesar berada pada kelompok rejimen 2, sebesar 79,4%. Menurut hasil penelitian didapatkan nilai $P = 0,276$. Hal ini dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara rejimen dengan kejadian Putus berobat pasien TB.

Berdasarkan kebijakan nasional tahun 2010, bahwa rejimen 3 dianggap rejimen 1. Namun sosialisasi rejimen 3 dianggap rejimen 1 baru terealisasi pada tahun 2012. Sehingga laporan tahun 2009 sampai dengan 2011 masih menggunakan istilah rejimen 3. Sesuai fakta yang ada bahwa masih digunakan istilah rejimen 3 karena masih menggunakan aturan yang lama sesuai yang tercantum di register TB 03 kabupaten. Untuk selanjutnya diharapkan setiap kebijakan dari pusat ataupun dari daerah segera di sosialisasikan baik melalui email maupun melalui pertemuan pemegang program TB.

BAB 7 KESIMPULAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan sebelumnya, maka peneliti menarik kesimpulan sebagai berikut:

- 7.1.1 Dari 400 pasien sebanyak 119 pasien (29,8%) putus berobat.
- 7.1.2 Sebagian besar pasien yang putus berobat adalah yang berusia lebih dari 61 tahun yaitu sebesar 27,5%.
- 7.1.3 Perbedaan proporsi antara pasien laki-laki dan pasien perempuan yang putus berobat, lebih besar angkanya pada pasien perempuan yaitu sebesar 54,5%.
- 7.1.4 Sebagian besar pasien adalah tipe pasien baru yaitu sebesar 72,3%.
- 7.1.5 Berdasarkan unit pelayanan, 50,5% pasien memilih berobat di BP4.
- 7.1.6 Sebagian besar pasien berada pada Rejimen 1 yaitu sebesar 74%.
- 7.1.7 Ada hubungan yang bermakna antarjenis kelamin, dengan kejadian putus berobat pasien TB Paru, dimana pasien laki-laki beresiko 2,772 kali putus berobat dibandingkan dengan pasien perempuan.
- 7.1.8 Ada hubungan yang bermakna antara tipe pasien dan unit pelayanan kesehatan dengan kejadian putus berobat pasien TB Paru.

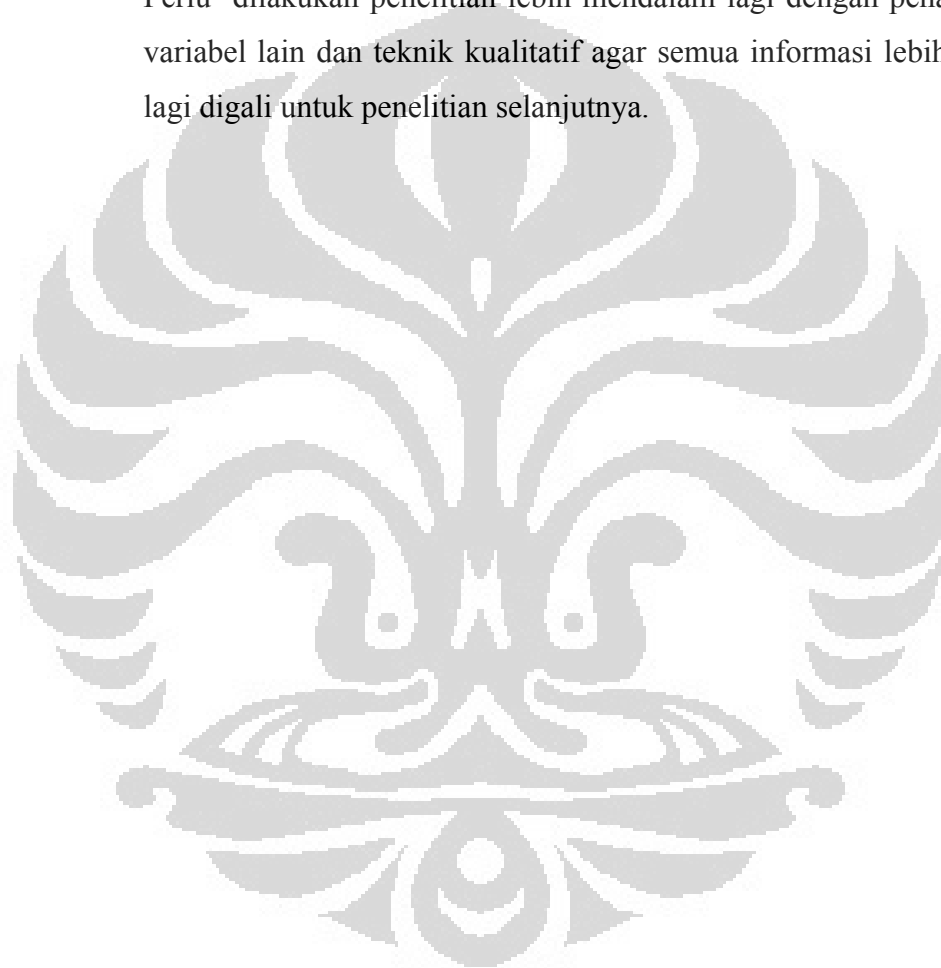
7.2. Saran

- 7.2.1 Bagi Dinas Kesehatan
 - Program pengendalian TB diharapkan dapat meningkatkan kolaborasi dengan beberapa fasilitas pelayanan kesehatan.
 - Diharapkan dapat melatih dan mengembangkan kerjasama dengan bidan dan perawat yang merupakan ujung tombak dalam pengelolaan pasien TB
 - Meningkatkan promosi kesehatan kepada masyarakat mengenai TB agar lebih awas dan lebih banyak menggunakan sarana Puskesmas lebih dini.

- Meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas dan memberikan pendidikan lebih baik kepada pasien dan keluarganya mengenai TB dan pengobatannya.
- Setiap kebijakan dari pusat maupun daerah segera disosialisasikan baik melalui email ataupun pertemuan pemegang program

7.2.2 Bagi Peneliti

- Perlu dilakukan penelitian lebih mendalam lagi dengan penambahan variabel lain dan teknik kualitatif agar semua informasi lebih banyak lagi digali untuk penelitian selanjutnya.



DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, 1995, *Penyebab kematian penderita paru*, CDK
- Aditama, 2000, *Sepuluh masalah Tuberkulosis & penanggulangannya jurnal Respiratory Indonesia*, Vo, No.1, Januari
- Amiruddin, 2006, *Faktor resiko kegagalan konversi pada penderita Tuberkulosis paru BTA positif baru di Kota Ambon Propinsi Maluku*
- Ariawa, Iwan, 1998. *Besar sampel dan metode sampel pada penelitian kesehatan*, FKM UI
- Arikunto, 2010. *Prosedur Penelitian, suatu pendekatan praktik*, Rineka Cipta, Jakarta
- Azrul, 2003, *Metologi Penulisan Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*
- Bantas, kristinawati. 2005, *'desain Studi Epidemiologi Deskriptif'* FKM UI, Depok
- Depkes RI, 2008, *Pedoman Penyakit Tuberkulosis*, Dit.Jen PP & PL Depkes RI, Jakarta.
- Gitawati, *et al*, 2002, *Studi Kasus Hasil Pengobatan Tuberkulosis Paru di 10 Puskesmas di DKI 1996-1999*, Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi dan Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Green, 2005 *Perencanaan Pendidikan Kesehatan, Sebuah Pendekatan Diagnostik*. Proyek Pengembangan FKM Depdikbud RI, Jakarta Pusat
- Green, L.W&Kar, SB, 2005, *Heath Program Planning and Education and Ecological Approach Fourt Edition*, New York. McGraw-Hill Publishing Company
- Hastono, S, 2006. *Analisis Data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Kementrian Kesehatan RI, 2006. *Pedoman Penerapan DOTS di Rumah Sakit*, Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI, 2009 SK Menkes N0. 364/Menkes/SK/V/2009 *Tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB)*, Jakarta

- Kementrian Kesehatan RI, 2011, *Strategis Nasional Pengendalian Tuberkulosis*, Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI, 2011, *Kumpulan Hasil Riset Operasional Tuberkulosis Indonesia*, Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI, 2011, *Pengembangan SDM Pengendalian Tuberkulosis*, Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI, 2011, *Advokasi Komunikasi dan Mobilisasi Sosial Pengendalian Tuberkulosis*, Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI, 2011, *Informasi Strategis Pengendalian Tuberkulosis*, Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI, 2011, *Logistik Pengendalian Tuberkulosis*, Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI, 2011, *Penguatan Laboratorium Pengendalian Tuberkulosis*, Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI, 2011, *Programmatic Management of Drug Resistance Pengendalian Tuberkulosis*, Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI, 2011, *Public Private Mix Pengendalian Tuberkulosis*, Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI, 2011, *TB-HIV Pengendalian Tuberkulosis*, Jakarta
- Lemeshow, 1997, *Besar Sampel dalam penelitian kesehatan*, Gajah Mada Univercity press, Yogyakarta
- Marlinggom, 2002, *Hubungan Faktor-faktor Komponen Penyuluhan dengan Risiko Putus Berobat Penderita Tuberkulosis, tahun 2000*, Tesis, Program Pascasarjana FKM UI, Depok
- Maulana, 2007 *Promosi Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran
- Misnadiarly, 1990, *Pengaruh Faktor Gizi dan Pemberian BCG terhadap Timbulnya Penyakit Tuberkulosis Paru*, Cermin Dunia Kedokteran No 63, 1990.
- Mukshin, dkk, 2006, *Faktor-Faktor yang mempengaruhi Keteraturan Menelan Obat pada Penderita TB Paru yang mengalami Konversi di Kota Jambi*, Program Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM, Yogyakarta, 2006.
- Notoatmodjo, 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta, PT Rineka Cipta

- Notoatmodjo, Soekidjo, 2005. *Promosi kesehatan teori dan aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010. *Metode penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2003. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Pedoman teknis penulisan tugas akhir mahasiswa universitas Indonesia*, 2008. Depok UI
- Pratiknya, 1986, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*, CV Rajawali, Jakarta.
- Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen Tahun 2010
- Profil Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2006
- Sabri dan Hastono, 2009, *Statistik Kesehatan*, Kharisma Putra, Jakarta.
- Sarafino, 1990, *Health Psychology : Biopsychosocial Interaction*, John Wiley & Son, New York.
- Sastro, S dan Ismael, S. 2004, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, John Wiley & Son, New York.
- Suherman, 2002, *Beberapa factor yang berhubungan dengan ketidakpatuhan mengambil Obat Penderita TB Paru di Puskesmas Kota Tasikmalaya, tahun 1999-2000*, Tesis, Program Pascasarjana FKM UI, Depok
- Surjana, 2008, *Survival Kelanjutan Berobat Pasien Tuberkulosis di Wilayah Suku Dinas Jakarta Selatan*, Tesis Sekolah Pascasarjana UGM, Yogyakarta

