



**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGANDENGAN
KEPATUHAN BEROBAT PASIEN TB PARU DI
BALAI KESEHATAN PARU MASYARAKAT
KOTA PEKALONGAN**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :
Hikmatul Widyastuti
NIM. 6411411043

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2016**

ABSTRAK

Hikmatul Widyastuti

Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan

XVI + 126 halaman + 32 tabel + 4 gambar + 14 lampiran

Pengobatan tuberkulosis paru membutuhkan waktu 6 sampai 8 bulan untuk mencapai penyembuhan dengan kombinasi beberapa obat, namun masih ada pasien berhenti berobat sebelum masa pengobatan selesai. Data dari BPKM Kota Pekalongan, kejadian *drop out* pengobatan tuberkulosis paru tahun 2012 sebesar 11%, tahun 2013 menjadi 14,5%, dan meningkat di tahun 2014 sebesar 16,7%.

Jenis penelitian *case control*. Jumlah sampel 26 kasus 26 kontrol dengan teknik *purposive sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan variabel yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru adalah tingkat pendidikan ($p\ value=0,026$; OR=4,25), efek samping OAT ($p\ value=0,012$; OR=5,33), kepemilikan kartu asuransi kesehatan ($p\ value=0,049$; OR=3,70), akses ke pelayanan kesehatan ($p\ value=0,041$; OR=4,20), wilayah tempat tinggal ($p\ value=0,021$; OR=7,50), dukungan keluarga sebagai PMO ($p\ value=0,002$; OR=8,80), dan peran petugas kesehatan ($p\ value=0,046$; OR=3,88).

Disarankan adanya upaya peningkatan pengetahuan pasien dengan meningkatkan pelaksanaan program promosi dan edukasi melalui penyuluhan, media masa atupun media elektronik.

Kata Kunci : TB Paru, Kapatuhan Berobat

Kepustakaan : 53 (2002-2014)

ABSTRACT

Hikmatul Widyastuti

Factors Associated with Medication Compliance among Pulmonary Tuberculosis Patient in Balai Kesehatan Paru Masyarakat Pekalongan City
XVI + 126 Pages + 32 Tables + 4 Figures+ 14 Appendices

Pulmonary treatment of tuberkuosis takes 6 to 8 months to achieve healing with a combination of drugs, but there are still patient drop out of treatment before the treatment is completed. Data from BKPM Pekalongan, the incidence of drop out pulmonary treatment of tuberkuosis in 2012 amounted to 11% in 2013 to 14,5%, and increased 16,7% in 2014.

Type of the research was case control. The number of samples was 26 cases and 26 controls by using purposive sampling.

The results shows variables which influence pulmonary treatment of TB patient compliance was the level of education (p value = 0.026; OR = 4.25), a side effect of OAT (p value = 0.012; OR = 5.33), possession of a health insurance card (p value = 0.04; OR = 3.70), access to health care (p value = 0.041; OR = 4.20), region of residence (p value = 0.021; OR = 7.50), family support as PMO (p value = 0.002; OR = 8.80), and the role of health care workers (p value = 0.046; OR = 3.88).

It is recommended to increase the efforts to knowledge of patient with improving the implementation of promotion and education programs with the counseling, mass media or electronic media.

Key Words : *Pulmonary Tuberculosis, Treatment Compliance*

Bibliography : *53 (2002-2014)*

PERNYATAAN

Dengan ini penulis menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar sarjana di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, Juni 2016



Penyusun



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Hikmatul Widyastuti, NIM. 6411411043, dengan judul **“Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan”**.

Pada hari : Senin

Tanggal : 15 Agustus 2016

Panitia Ujian

Sekretaris,



Prof. Dr. Tandivo Rahayu, M.Pd.
NIP. 19610320 198403 2 001

Mardiana, S.KM., M.Si.
NIP. 19800420 200501 2 003

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji (Penguji I) 1. dr. Mahalul Azam, M.Kes
NIP. 19751119 200112 1 001

08/09/2016

Anggota Penguji (Penguji II) 2. Irwan Budiono, S.KM., M.Kes(Epid)
NIP. 19761217 200501 1 003

13/9/2016

Anggota-Penguji (Penguji III) 3. dr. Artulita Ika Fibriana, M.Kes (Epid)
NIP. 19740202 200112 2 001

06/09/2016

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Pertolongan itu hanya dari Allah yang maha benar, Dialah pemberi pahala terbaik dan pemberi balasan terbaik (Q.S Al-Kahf: 44)”

“Jangan lihat masa lampau dengan penyesalan, jangan pula lihat masa depan dengan ketakutan, tapi lihatlah sekitar anda dengan penuh kesadaran (James Thurber)”

“Jangan pernah menyerah, tunjukkan kepada mereka kalau anda adalah orang yang layak dipandang dengan dua belah mata”

“Sesungguhnya setelah ada kesulitan pasti ada kemudahan ”

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PERSEMBAHAN

1. Kepada Bapak dan Ibu tercinta
2. Adik tersayang
3. Sahabat terbaikku
4. Teman-teman IKM angkatan 2011
5. Almamater UNNES

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayahnya-Nya, sehingga skripsi yang berjudul **“Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan”** dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai penyelesaian skripsi ini, dengan rendah hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Ibu Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono S.KM, M.Kes., atas persetujuan penelitian..
3. Pembimbing, Ibu dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes. (Epid)., atas bimbingan, arahan, dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Penguji I, Bapak dr. Mahalul Azam, M.Kes., atas arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Penguji II, Bapak Irwan Budiono, S.KM., M.Kes. (Epid)., atas arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
6. Bapak dan ibu dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama di bangku kuliah.
7. Kepala Kantor Kesbangpol Kota Pekalongan atas ijin penelitian.

8. Kepala Kantor RISTEKIN Kota Pekalongan, Ibu Ruliana, SH., atas ijin penelitian.
9. Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan atas ijin penelitian.
10. Kepala BKPM Kota Pekalongan, Bapak dr. Budi Santoso, atas ijin penelitian.
11. Petugas Poli TB BKPM Kota Pekalongan, Bapak Arif Halil Iman, S.Kep. dan Ibu Fika Yuliani, AMK., atas bantuan yang diberikan dalam proses penyusunan skripsi ini.
12. Pasien TB Paru di BKPM Kota Pekalongan atas bantuan, kerjasamanya, dan partisipasinya yang diberikan dalam pelaksanaan penelitian.
13. Ayahanda (Kuswardana), Ibunda (Nahdhiatus Sholeha), dan adikku (Ahmad Saiful Anas) atas do'a, pengorbanan, perhatian, kasih sayang dan motivasinya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
14. Teman-teman terbaikku (Tyas, Exa, Dinda, Febi, Yuyun, Ficka, Bunga, Isna, Mause, Tika), atas bantuan serta motivasinya dalam penyusunan skripsi ini.
15. Teman Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Angkatan 2011, atas kebersamaan dan keakraban yang telah terjalin serta dalam penyusunan skripsi ini.
16. Semua pihak yang telah berkenan membantu penulis selama penelitian dan penyusunan skripsi ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga skripsi ini bermanfaat

Semarang, Juni 2016

Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN	iv
PENGESAHAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan	9
1.4 Manfaat Hasil Penelitian	10
1.5 Keaslian Penelitian	11
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan teori	15
2.1.1 Penyakit Tuberkulosis	15

2.1.1.1	Pengertian Tuberkulosis	15
2.1.1.2	Epidemiologi	15
2.1.1.3	Etiologi	17
2.1.1.4	Patofisiologi	18
2.1.1.5	Tanda dan Gejala	19
2.1.1.6	Cara Penularan	19
2.1.1.7	Diagnosis	20
2.1.1.8	Pengobatan	22
2.1.1.9	Efek Samping	22
2.1.1.10	Pemantauan dan Hasil Pengobatan	24
2.1.2	Kepatuhan Berobat	27
2.1.3	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien	
	TB Paru.....	29
2.1.3.1	Faktor Predisposisi (<i>Predisposing Factors</i>)	29
2.1.3.2	Faktor Pendukung (<i>Enabling Factors</i>)	33
2.1.3.3	Faktor Pendorong (<i>Reinforcing Factors</i>)	36
2.2	Kerangka Teori	40
BAB III METODOLOGI PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konsep.....	41
3.2	Variabel Penelitian.....	41
3.2.1	Variabel Bebas	41
3.2.2	Variabel Terikat.....	42
3.3	Hipotesis Penelitian	42

3.4 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	43
3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian	48
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian.....	49
3.6.1 Populasi Penelitian	49
3.6.2 Sampel Penelitian	49
3.6.2 Besar Sampel	51
3.6.2 Teknik Pengambilan Sampel	53
3.7 Sumber Data Penelitian.....	53
3.7.1 Data Primer	53
3.7.2 Data Sekunder	53
3.8 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data	54
3.8.1 Instrumen Penelitian	54
3.8.1.1 Kuesioner	54
3.8.2 Teknik Pengambilan Data	56
3.8.2.1 Observasi	56
3.8.2.1 Wawancara	56
3.9 Prosedur Penelitian	56
3.9.1 Tahap Pra Penelitian.....	56
3.9.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian	57
3.9.3 Tahap Pasca Penelitian	57
3.10 Tehnik Pengolahan Data dan Analisa Data	57
3.10.1 Teknik Pengolahan Data	57
3.10.1.1 Editing (Mengedit)	57

3.10.1.2 Coding (Memberian Kode)	58
3.10.1.3 Entry (Memasukkan Data)	58
3.10.1.4 Tabulating (Mentabulasi)	58
3.10.2 Analisis Data	58
3.10.2.1 Analisis Kuantitatif	58
3.10.2.2 Kajian Kualitatif	60
BAB IV HASIL PENELITIAN	
4.1 Gambaran Umum	62
4.2 Hasil Penelitian	63
4.2.1 Analisis Univariat	63
4.2.2 Analisis Bivariat	70
4.2.3 Rekapitulasi Analisis Bivariat	82
4.2.4 Alasan Pasien TB Paru Tidak Patuh Berobat	84
BAB V PEMBAHASAN	
5.1 Analisis Hasil Penelitian	85
5.1.1 Analisis Bivariat	85
5.1.2 Kajian Kualitatif	105
5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian	116
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan	118
6.2 Saran	121
DAFTAR PUSTAKA	123
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	11
Tabel 2.1 Efek Samping Ringan OAT	28
Tabel 2.2 Efek Samping Berat OAT	28
Tabel 2.3 Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan Ulang Dahak	29
Tabel 2.4 Tatalaksana Pasien yang Berobat Tidak Teratur	30
Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	43
Tabel 3.2 Matrik Perhitungan <i>Odds Ratio</i> (OR)	59
Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia	64
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	65
Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	65
Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Status Pekerjaan.....	66
Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Efek Samping OAT.....	66
Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Tipe Pasien	67
Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Kepemilikan Kartu Asuransi Kesehatan	68
Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan Akses ke Pelayanan Kesehatan.....	68
Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan Wilayah Tempat Tinggal.....	69
Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga sebagai PMO.....	69
Tabel 4.11 Distribusi Responden Berdasarkan Peran Petugas Kesehatan.....	70

Tabel 4.12 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Usia dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	70
Tabel 4.13 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	71
Tabel 4.14 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	72
Tabel 4.15 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Status Pekerjaan dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	74
Tabel 4.16 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Efek Samping OAT dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	75
Tabel 4.17 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Tipe Pasien dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	76
Tabel 4.18 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Kepemilikan Kartu Asuransi Kesehatan dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	77
Tabel 4.19 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Akses ke Pelayanan Kesehatan dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	78
Tabel 4.20 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Wilayah Tempat Tinggal dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	79
Tabel 4.21 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Dukungan Keluarga sebagai PMO dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	80
Tabel 4.22 <i>Crosstab</i> Hubungan antara Peran Petugas Kesehatan dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	81
Tabel 4.23 Hasil <i>Crosstab</i> Faktor- Faktor Yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru	82
Tabel 4.23 Alasan Pasien TB Paru Tidak Patuh Berobat	84

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Alur Diagnosis TB Paru.....	21
Gambar 2.2 Kerangka teori	40
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	41
Gambar 3.2 Rancangan Penelitian Kasus Kontrol	48



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Penetapan Dosen Pembimbing Skripsi	128
Lampiran 2 Surat <i>Ethical Clearance</i>	129
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan	130
Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian dari Kantor RISTEKIN Kota Pekalongan	132
Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Pekalongan	133
Lampiran 6 Surat Keterangan Telah Selesai Melaksanakan Penelitian	134
Lampiran 7 Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek Penelitian	135
Lampiran 8 Persetujuan Keikutsertaan dalam Penelitian	138
Lampiran 9 Instrumen Penelitian	140
Lampiran 10 Instrumen Wawancara Mendalam dengan Reponden.....	144
Lampiran 11 Instrumen Wawancara Triangulasi	146
Lampiran 12 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	148
Lampiran 13 Data Hasil Penelitian.....	154
Lampiran 14 Output SPSS Analisis Univariat	165
Lampiran 15 Output SPSS Analisis Bivariat	167
Lampiran 16 Dokumentasi.....	176

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Sumber penularan adalah pasien TB Basil Tahan Asam (BTA) positif, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*) (Depkes RI, 2011: 1).

Tuberkulosis (TB) merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting di dunia. Pada tahun 1993 World Health Organization (WHO) telah mencanangkan TB sebagai *Global Emergency*. WHO dalam *Annual Report on Global TB Control* 2011 menyatakan bahwa terdapat 22 negara dikategorikan sebagai *high burden countries* terhadap TB, termasuk Indonesia. Pada tahun 2013 WHO melaporkan terdapat 9 juta penderita TB baru dan 1,5 juta orang meninggal akibat TB setiap tahunnya (WHO, 2014).

Berdasarkan *Global Tuberculosis Control* WHO 2012, Indonesia masih tergabung dengan lima negara dengan insiden TB terbesar yaitu menempati urutan ke empat. Negara yang termasuk dalam 5 negara dengan insiden TB terbesar yaitu India (2 juta-2,4 juta kasus), Cina (900.000-1,1 juta kasus), Afrika Selatan (400.000-600.000 kasus), Indonesia (400.000-500.000 kasus), Pakistan (300.000-500.000 kasus) (Wardani, 2014). Indonesia naik dari peringkat lima menjadi

peringkat ke empat setelah India, Cina dan Afrika Selatan, tentunya permasalahan penyakit tuberkulosis mengalami peningkatan.

Menurut Profil Kesehatan Indonesia tahun 2013 ditemukan jumlah kasus baru BTA positif (BTA+) sebanyak 196.310 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Kasus baru BTA positif di tiga provinsi tersebut hampir sebesar 40% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia (Kemenkes RI, 2014: 127).

Berdasarkan Profil Kesehatan Jawa Tengah prevalensi Tuberkulosis per 100.000 penduduk Provinsi Jawa Tengah tahun 2013 sebesar 60,68% meningkat di tahun 2014 sebesar 61,09% kasus. Angka kejadian *drop out* (DO) TB di Jawa Tengah tahun 2012-2014 mengalami *trend fluktuatif*, pada tahun 2012 sebesar 6,77%, tahun 2013 meningkat menjadi 7,50%, dan tahun 2014 mengalami penurunan sebesar 5,01%.

Unit pelayanan kesehatan yang banyak menemukan kasus tuberkulosis dan kejadian *drop out* pengobatan TB salah satunya yaitu Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM). BKPM merupakan sarana pelayanan kesehatan pemerintah yang memberikan pelayanan kesehatan khusus paru-paru. BKPM Kota Pekalongan merupakan salah satu BKPM se-Jawa Tengah dengan persentase angka kejadian *drop out* pengobatan TB yang selalu mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya.

Berdasarkan data yang terhimpun dari BPKM Kota Pekalongan, dapat diketahui kejadian DO pengobatan TB paru BTA positif pada tahun 2012 sebesar 11% (12 kasus), tahun 2013 menjadi 14,5% (16 kasus), dan meningkat di tahun 2014 sebesar 16,7% (10 kasus). Angka DO di BPKM Kota Pekalongan masih belum memenuhi target karena untuk unit pelayanan kesehatan sebaiknya angka DO kurang dari 10% (Depkes RI, 2011: 41). Karakteristik pasien yang DO tahun 2014 seluruhnya berjenis kelamin laki-laki. Berdasarkan usia ada 80% pada usia produktif (15-64 tahun) dan 20% pada usia tidak produktif (>64 tahun). Latar belakang pendidikan seluruhnya berpendidikan rendah (tidak tamat SD, SD, dan SMP). Status pekerjaan pasien yang bekerja 80% dan 20% tidak bekerja. Pasien yang memiliki asuransi kesehatan sebanyak 10% dan yang tidak memiliki 90%. Pasien didominasi berasal dari Kota Pekalongan yaitu 90% dan dari Kabupaten Pemalang sebanyak 10%.

Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Kota Pekalongan beralamatkan di Jl. W.R. Supratman No. 77 Pekalongan letaknya cukup strategis didalam kota, dapat dijangkau dengan angkutan kota, dan termasuk cukup dekat dengan pesisir pantai utara laut Jawa. Balai Kesehatan Paru Masyarakat tidak mempunyai wilayah kerja tertentu. Berdasarkan hasil catatan kegiatan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) BKPM Kota Pekalongan tahun 2010, kunjungan penderita berasal dari beberapa kota atau kabupaten seperti: Kota Pekalongan; Kabupaten Pekalongan; Kabupaten Pemalang; Kabupaten Batang; Kabupaten Kendal dan Kabupaten Brebes; Kabupaten Tegal; Solo, dan lain-lain sebagai pasien pendatang (Profil BKPM Kota Pekalongan, 2010).

Berdasarkan hasil observasi awal, pada tahun 2014 terdapat pasien DO pengobatan TB paru sebesar 16,7% (10 kasus). Observasi dengan wawancara dilakukan pada bulan Maret tahun 2015 untuk mengetahui alasan kenapa tidak patuh berobat serta faktor yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan berobat pasien TB paru. Terdapat 10 pasien yang DO dan yang dapat di wawancarai sebanyak 8 responden. Hasil wawancara sebanyak 75% (6 responden) menyatakan bahwa tidak kembali berobat dengan alasan keluhannya sudah membaik, 50% (4 responden) mengeluhkan adanya efek samping setelah meminum obat TB umumnya yaitu rasa pusing dan mual pada awal pengobatan, 25% (2 responden) penderita menyatakan bahwa keluarganya tidak mengingatkan untuk datang berobat, dan 87,5% (7 responden) menyatakan sibuk bekerja sehingga tidak ada waktu untuk mengambil obat. Selain itu 75% (6 responden) tidak teratur menjalani pengobatan dengan alasan menganggap penyakitnya sudah sembuh sehingga pasien tidak melanjutkan pengobatannya. Konsekuensinya, jika pasien tidak teratur dalam menjalani pengobatannya atau dengan kata lain menghentikan pengobatan akan berlanjut kepada kegagalan yang berkepanjangan dan *multi drug resistance* (MDR) atau resistensi obat.

Upaya yang sudah dilaksanakan BKPM Kota Pekalongan terkait dengan penanganan pasien TB paru yang mangkir dari pengobatan yaitu setiap ada kasus, penderita akan dilaporkan oleh BKPM kepada Wakil Supervisor (Wasor) Kabupaten atau Kota wilayah asal. Kemudian Wasor akan menginformasikan pada petugas puskesmas yang mewilayahi tempat tinggal penderita untuk melacak dan menemukan penderita tersebut secara dini untuk ditindaklanjuti. Pada

kenyataannya, baik dari pihak puskesmas ataupun Wasor yang mendapatkan informasi adanya penderita TB yang mangkir tidak selalu memberikan *feedback* pada pihak BKPM, sehingga hasil dari upaya tersebut masih kurang berjalan dengan baik. Pasien TB paru yang mangkir mengambil OAT tahun 2014 yang berhasil kembali datang berobat ke BKPM Kota Pekalongan yaitu 23% (3 pasien) dan yang akhirnya *drop out* sebesar 77% (10 pasien).

Penderita yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatannya secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan sampai dengan 8 bulan, sedangkan penderita yang tidak patuh datang berobat dan minum obat bila frekuensi minum obat tidak dilaksanakan sesuai rencana yang telah ditetapkan (Depkes RI, 2002).

Berdasarkan penelitian Erawatyningsih dkk (2009) menunjukkan pengaruh yang signifikan antara pendidikan, pengetahuan, pendapatan keluarga, lama sakit, efek samping obat terhadap ketidakpatuhan berobat pada pasien TB paru. Maesaroh (2009) menunjukkan bahwa adanya hubungan antara sikap penderita dan penyuluhan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru. Kondoy dkk (2013) menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan dan pengetahuan dengan kepatuhan berobat pasien tuberkulosis paru. Sukmah dkk (2013) menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan, peran PMO, efek samping OAT, dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat pasien TB paru.

Berdasarkan hasil dari penelitian sebelumnya, menunjukkan bahwa ada beberapa variabel yang menunjukkan ada hubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru dan menunjukkan tidak ada hubungan dengan kepatuhan berobat

pasien TB paru, yaitu pendidikan, efek samping OAT, peran keluarga, dan peran PMO sehingga peneliti tertarik untuk meneliti variabel-variabel tersebut.

Banyak faktor yang berhubungan dengan kepatuhan terhadap terapi TB Paru diantaranya karakteristik pasien, status ekonomi, pengetahuan, motivasi, dukungan dari petugas pelayanan kesehatan dan dukungan keluarga (Badan POM RI, 2006).

Menurut Depkes RI (2002), pengobatan TB paru membutuhkan waktu 6 sampai 8 bulan untuk mencapai penyembuhan dan dengan paduan (kombinasi) beberapa macam obat, namun masih ada pasien berhenti minum obat sebelum masa pengobatan selesai yang berakibat pada kegagalan dalam pengobatan TB (Bagiada, 2010: 159).

Strategi untuk menjamin kesembuhan pasien yaitu penggunaan paduan obat anti TB jangka pendek dan penerapan pengawasan obat atau DOTS (*Direct Observed Treatment Short-course*). Menurut Senewe (2002) dalam Kondoy dkk (2014), walaupun panduan obat yang digunakan baik tetapi bila pasien tidak berobat dengan teratur maka umumnya hasilnya akan mengecewakan.

Pengobatan TB berlangsung cukup lama sehingga banyak penderita TB yang putus berobat atau menjalankan pengobatan secara tidak teratur. Ketidakteraturan dalam menjalani pengobatan tersebut menyebabkan pengobatan yang sudah dilakukan harus diulang lagi dari awal sehingga menyebabkan proses penyembuhan menjadi lebih lama, biaya ikut bertambah, dan menimbulkan kasus-kasus *Multy Drug Resistance* (MDR) maupun *Xaviere Drug Resistance* (XDR) (Pratiwi dkk, 2010: 52).

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan pada uraian tersebut berikut ini adalah ringkasan masalah penelitian antara lain :

Hasil penelusuran rekam medik pasien TB paru BTA positif di BKPM Kota Pekalongan persentase pasien yang *drop out* mengalami peningkatan, tahun 2013 sebesar 14,5% menjadi 16,7% di tahun 2014.

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Apa saja faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1. Apakah ada hubungan antara usia pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?
2. Apakah ada hubungan antara jenis kelamin pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?
3. Apakah ada hubungan antara tingkat pendidikan pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?
4. Apakah ada hubungan antara status pekerjaan pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?

5. Apakah ada hubungan antara efek samping OAT dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?
6. Apakah ada hubungan antara tipe pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?
7. Apakah ada hubungan antara kepemilikan kartu asuransi kesehatan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?
8. Apakah ada hubungan antara akses ke pelayanan kesehatan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?
9. Apakah ada hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?
10. Apakah ada hubungan antara dukungan keluarga sebagai PMO dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?
11. Apakah ada hubungan antara peran petugas kesehatan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?
12. Bagaimana kajian kualitatif mengenai sikap, persepsi, alasan tidak patuh berobat, dan upaya pengobatan pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui hubungan antara usia pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.
2. Mengetahui hubungan antara jenis kelamin pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.
3. Mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.
4. Mengetahui hubungan antara status pekerjaan pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.
5. Mengetahui hubungan antara efek samping OAT dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.
6. Mengetahui hubungan antara tipe pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.
7. Mengetahui hubungan antara kepemilikan kartu asuransi kesehatan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.

8. Mengetahui hubungan antara akses ke pelayanan kesehatan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.
9. Mengetahui hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.
10. Mengetahui hubungan antara dukungan keluarga sebagai PMO dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.
11. Mengetahui hubungan antara peran petugas kesehatan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.
12. Mengetahui secara kualitatif sikap, persepsi, alasan tidak patuh berobat, dan upaya pengobatan pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.

1.4 Manfaat Hasil Penelitian

1.4.1 Bagi BKPM Kota Pekalongan

Memberikan informasi mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di BKPM Kota Pekalongan serta sebagai bahan masukan untuk melakukan upaya peningkatan kepatuhan pengobatan pada pasien TB paru.

1.4.2 Bagi Peneliti

Meningkatkan wawasan ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat, khususnya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru, serta menambah pengalaman dalam menerapkan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama perkuliahan.

1.4.3 Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai tambahan informasi dan kepustakaan dalam mengembangkan Ilmu Kesehatan Masyarakat di bidang epidemiologi.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakepatuhan Berobat Pada Penderita Tuberkulosis Paru	Erni Erawatyningih	2009, Wilayah Kerja Puskesmas Dompu Barat di Nusa Tenggara Barat	Case control study	Variabel terikat: Ketidakepatuhan berobat pada pasien tuberkulosis. Variabel Bebas: Jenis kelamin, umur, pendidikan, pengetahuan, pendapatan keluarga, lama sakit, efek samping obat, kualitas pelayanan, peran PMO, dan jarak rumah	Terdapat pengaruh yang signifikan antara pendidikan, pengetahuan, pendapatan keluarga, lama sakit, efek samping obat dengan ketidakepatuhan berobat pada pasien tuberkulosis. Tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara jenis kelamin, umur, kualitas pelayanan, peran PMO, jarak rumah dengan ketidakepatuhan berobat pada pasien tuberkulosis.

2	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien Tuberkulosis Paru di Klinik Jakarta Respiratory Centre (JRC)/PPTI Tahun 2009	Siti Maesaroh	2009, Klinik Jakarta Respiratory Centre (JRC)/PPTI	<i>Cross sectional</i>	<p>Variabel terikat: Kepatuhan berobat pasien TB paru.</p> <p>Variabel bebas: Pendidikan, pengetahuan, sikap penderita, efek samping, jarak, sarana transportasi, biaya kendaraan, peran PMO, peran keluarga, dan penyuluhan.</p>	<p>Ada hubungan antara sikap penderita ($p=0,0016$) dan penyuluhan ($p=0,048$) dengan kepatuhan berobat pasien TB paru.</p> <p>Tidak ada hubungan antara pendidikan ($p=0,0639$), pengetahuan ($p=0,118$), efek samping ($p=0,286$), jarak ($p=0,495$), sarana transportasi ($p=0,650$), biaya kendaraan ($p=0,957$), peran PMO ($p=1$), peran keluarga ($p=0,658$) dengan kepatuhan berobat pasien TB paru.</p>
3	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien Tuberkulosis Paru di Lima Puskesmas di Kota Manado	Priska P.H Kondoy	2013, Lima Puskesmas di Kota Manado	<i>Cross sectional</i>	<p>Variabel terikat: Kepatuhan berobat pasien tuberkulosis paru.</p> <p>Variabel bebas: Umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tingkat pendapatan, pengetahuan, dan efek samping OAT.</p>	<p>Ada hubungan antara pendidikan ($p=0,000$), pengetahuan ($p=0,000$) dengan kepatuhan berobat pasien tuberkulosis paru.</p> <p>Tidak ada hubungan antara umur, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendapatan, dan efek samping OAT ($p=0,005$) dengan kepatuhan berobat pasien tuberkulosis paru.</p>

4	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat pada Pasien TB Paru di RSUD Daya Makassar	Sukmah	2013, RSUD Daya Makassar	<i>Cross sectional</i>	Variabel terikat: Kepatuhan berobat pada pasien TB paru. Variabel bebas: pengetahuan, peran PMO, efek samping OAT, dan dukungan keluarga	Terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan, peran PMO, efek samping OAT, dukungan keluarga dengan kepatuhan berobat pada pasien TB paru.
---	---	--------	--------------------------	------------------------	--	--

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

1. Rancangan penelitian ini menggunakan *Case Control* dan dilengkapi kajian kualitatif dengan metode wawancara mendalam (*indepth interview*).
2. Variabel bebas yang berbeda dengan penelitian sebelumnya adalah variabel tipe pasien, kepemilikan kartu asuransi kesehatan, akses ke pelayanan kesehatan, wilayah tempat tinggal, dan peran petugas kesehatan. Variabel bebas yang diteliti oleh Erni Erawatyningsih yaitu jenis kelamin, umur, pendidikan, pengetahuan, pendapatan keluarga, lama sakit, efek samping obat, kualitas pelayanan, peran PMO, jarak rumah. Penelitian Siti Maesaroh yaitu pendidikan, pengetahuan, sikap penderita, efek samping, jarak, sarana transportasi, biaya kendaraan, peran PMO, peran keluarga, dan penyuluhan. Pada penelitian Priska P.H Kodoy adalah umur, jenis, kelamin, pendidikan, pekerjaan, tingkat pendapatan, pengetahuan dan efek samping OAT serta variabel bebas yang diteliti oleh Sukmah yaitu pengetahuan, peran PMO, efek samping OAT, dan dukungan keluarga.

3. Penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan dengan dilengkapi kajian kualitatif dengan metode wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap penderita TB paru untuk mengetahui alasan kenapa tidak patuh dalam menjalani pengobatan TB paru di BKPM Kota Pekalongan.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan pada tahun 2016.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Ruang lingkup materi yang dikaji dalam penelitian ini adalah ilmu kesehatan masyarakat di bidang epidemiologi penyakit menular khususnya penyakit tuberkulosis paru yang lebih menekankan pada faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Penyakit Tuberkulosis

2.1.1.1 Pengertian 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 (Depkes RI, 2011: 1).

2.1.1.2 Epidemiologi

Menurut *World Health Organization* (WHO), dalam satu tahun kuman *Mycobacterium tuberculosis* telah membunuh sekitar 2 juta jiwa, dan lebih jauh lagi WHO memperkirakan bahwa pada tahun 2002-2020 ada sekitar 2 miliar orang yang terinfeksi kuman ini, dimana 5-10% diantara infeksi akan berkembang menjadi penyakit, 40% diantara yang sakit dapat berakhir dengan kematian. Perkiraan dari WHO, yaitu sebanyak 2-4 orang terinfeksi tuberkulosis setiap detik dan hampir 4 orang setiap menit meninggal karena tuberkulosis. Kecepatan penyebaran tuberkulosis bisa meningkat lagi sesuai dengan peningkatan penyebaran *Human Immuno deficiency Virus* (HIV)/*Acquired Immuno deficiency Syndrome* (AIDS) dan munculnya kasus TB-MDR (*multy drug resistant*) yang kebal terhadap bermacam obat (Naben dkk, 2013).

Angka kejadian TB di negara maju seperti Eropa dan Amerika, TB paru relatif mulai langka, hal ini disebabkan karena tingginya standar hidup masyarakat serta kemajuan dalam cara pengobatan. Menurut data *Center for Disease Control* (CDC), angka kejadian TB 10 kali lebih tinggi pada orang-orang Asia dan Pasifik, 8 kali lebih tinggi pada orang-orang kulit hitam non Hispanic, dan 5 kali lebih tinggi pada orang-orang Hispanic, Amerika asli dan Alaska asli, namun ras bukan faktor resiko yang berdiri sendiri untuk terjadinya TB. Resiko TB didasarkan atas sosial, ekonomi, dan tingkat kesehatan individu. Tidak ada perbedaan yang bermakna antara laki-laki dan perempuan dalam angka kejadian TB. Angka kejadian TB meningkat pada usia ekstrem (anak-anak dan orang tua) dan kelompok berisiko tinggi seperti penderita DM, pecandu alkohol, pecandu obat bius, immuno-compromized conditions seperti HIV, SLE, malnutrisi, dalam pengobatan kortikosteroid dan kemoterapi, gelandangan, orang-orang dalam penjara, dan sebagainya (Icksan dan Reny, 2008: 3).

Berdasarkan *Global Tuberculosis Control* WHO 2012, Indonesia masih tergabung dengan lima negara dengan insiden TB terbesar yaitu menempati urutan ke empat. Negara yang termasuk dalam 5 negara dengan insiden TB terbesar yaitu India (2 juta-2,4 juta kasus), Cina (900.000-1,1 juta kasus), Afrika Selatan (400.000-600.000 kasus), Indonesia (400.000-500.000 kasus), Pakistan (300.000-500.000 kasus) (Wardani, 2014).

Pada tahun 2013 ditemukan jumlah kasus baru BTA positif (BTA+) sebanyak 196.310 Kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa

Tengah. Kasus baru BTA positif di tiga provinsi tersebut hampir sebesar 40% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia (Kemenkes RI, 2014: 127).

Menurut hasil Riskesdas 2013, prevalensi TB berdasarkan diagnosis sebesar 0,4% dari jumlah penduduk, tidak berbeda dengan Riskesdas 2007. Penyakit TB paru ditanyakan pada responden untuk kurun waktu ≤ 1 tahun berdasarkan diagnosis yang ditegakkan oleh tenaga kesehatan melalui pemeriksaan dahak, foto toraks atau keduanya. Prevalensi TB paru berdasarkan gejala batuk ≥ 2 minggu secara nasional sebesar 3,9% dan prevalensi TB paru berdasarkan gejala batuk darah sebesar 2,8%. Berdasarkan karakteristik penduduk, prevalensi TB paru cenderung meningkat dengan bertambahnya umur, pada pendidikan rendah, tidak bekerja. Dari seluruh penduduk yang didiagnosis TB paru oleh tenaga kesehatan, hanya 44,4% diobati dengan obat program. Lima provinsi terbanyak yang mengobati TB dengan obat program adalah DKI Jakarta (68,9%). DI Yogyakarta (67,3%), Jawa Barat (56,2%), Sulawesi Barat (54,2%) dan Jawa Tengah (50,4%) (Riskesdas, 2013: 69-70).

2.1.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit tuberkulosis adalah bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan *Microbacterium bovis*. Kuman tersebut mempunyai ukuran 0,5-4 mikro x 0,3-0,6 mikro dengan bentuk batang tipis, lurus atau agak bengkok, bergranul atau tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar yang tebal yang terdiri dari lipoid terutama asam mikloat (Widoyono, 2008:15).

Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam alkohol, sehingga sering disebut basil tahan asam

(BTA), serta tahan zat kimia dan fisik. Kuman tuberkulosis juga tahan keadaan kering dan dingin, bersifat dorman dan aerob (Widoyono, 2008:15).

Bakteri tuberkulosis ini mati pada pemanasan 100⁰C selama 5-10 menit atau pada pemanasan 600⁰C selama 30 menit, dan alkohol 70-95% selama 15-30 detik. Bakteri ini tahan selama 1-2 jam di udara terutama di tempat yang lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), namun tidak tahan terhadap sinar atau aliran udara (Widoyono, 2008:15).

2.1.1.4 Patofisiologi

Perjalanan penyakit TB diawali dengan implantasi kuman pada '*respiratory bronchial*' atau alveoli yang selanjutnya berkembang menjadi TB primer dan atau TB paska primer. Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman TB. *Droplet* yang terhirup sangat kecil ukurannya, sehingga dapat melewati sistem pertahanan mukosilier bronkus, dan terus berjalan sehingga sampai di alveolus dan menetap di sana. Infeksi dimulai saat kuman TB berhasil berkembang biak dengan cara pembelahan diri di paru. Saluran limfe akan membawa kuman TB ke kelenjar limfe di sekitar hilus paru, dan ini disebut sebagai kompleks primer. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan kompleks primer adalah sekitar 4-6 minggu. Adanya infeksi dapat dibuktikan dengan terjadinya perubahan reaksi tuberkulin dari negatif menjadi positif (Depkes RI, 2002: 10).

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, ada beberapa kuman akan menetap sebagai kuman *persister* atau *dormant* (tidur). Terkadang daya tahan tubuh tidak mampu menghentikan perkembangan kuman, akibatnya dalam beberapa bulan, yang bersangkutan akan menjadi penderita TB. Masa inkubasi, yaitu waktu yang diperlukan mulai terinfeksi sampai menjadi sakit, diperkirakan sekitar 6 bulan. Tuberkulosis paska primer biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun sesudah infeksi primer, misalnya karena daya tahan tubuh menurun akibat terinfeksi HIV atau status gizi yang buruk. Ciri khas dari tuberkulosis paska primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya kavitas atau efusi pleura (Depkes RI, 2002:11).

2.1.1.5 Tanda dan Gejala

Untuk mengetahui tentang penderita tuberkulosis dengan baik harus dikenali tanda dan gejalanya. Seseorang ditetapkan sebagai penderita tuberkulosis paru apabila ditemukan gejala klinis utama pada penderita yaitu batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti 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 (Kemenkes RI, 2009:10).

2.1.1.6 Cara Penularan

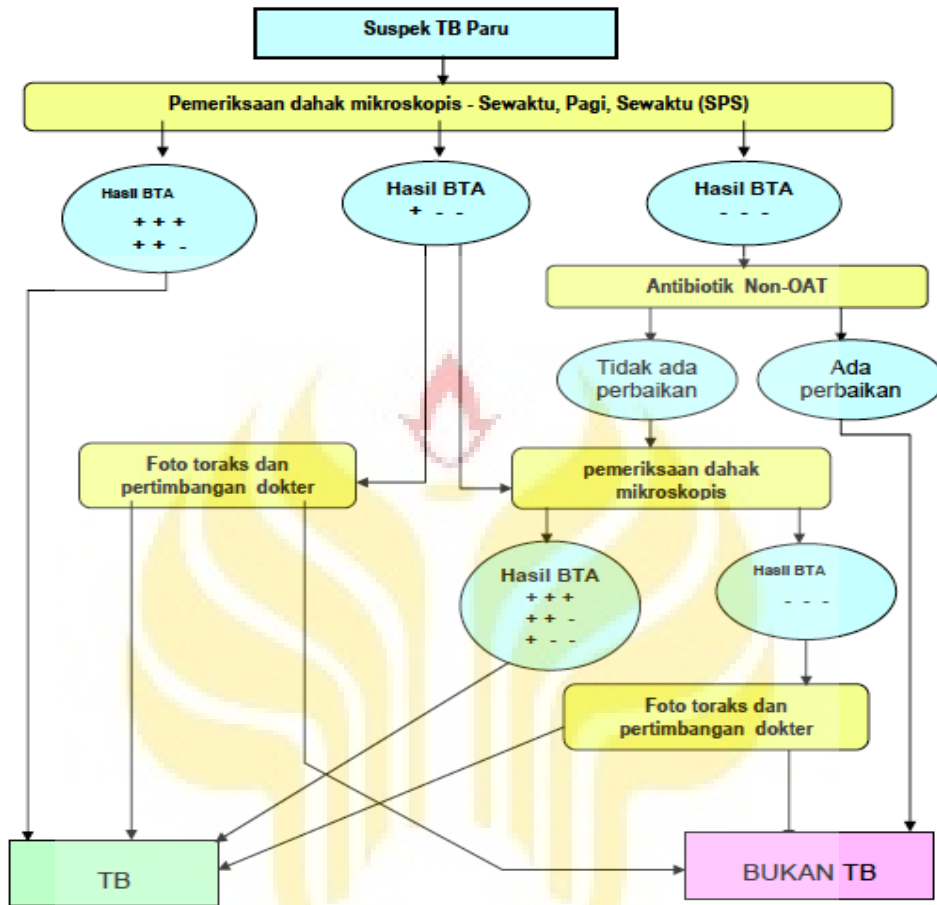
Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar

matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Kemenkes RI, 2009:6).

2.1.1.7 Diagnosis

2.1.1.7.1 Diagnosis TB Paru

Semua suspek TB diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu *sewaktu-pagi-sewaktu* (SPS). Diagnosis TB Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB. Pada program TB nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB paru, sehingga sering terjadi *overdiagnosis* (Depkes RI, 2011:13).



Gambar 2.1. Alur Diagnosis TB Paru
(Sumber: Depkes RI, 2011: 15)

Pada keadaan tertentu dengan pertimbangan medis spesialisik, alur diagnostik ini dapat digunakan secara lebih fleksibel : pemeriksaan mikroskopis dapat dilakukan bersamaan dengan foto toraks dan pemeriksaan lain yang diperlukan.

Keterangan: UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

1. Suspek TB Paru: Seseorang dengan batuk berdahak selama 2 - 3 minggu atau lebih disertai dengan atau tanpa gejala lain.
2. Antibiotik non OAT : Antibiotik spektrum luas yang tidak memiliki efek anti TB (jangan gunakan fluorokuinolon).

2.1.1.8 Pengobatan

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Obat TB diberikan dalam bentuk kombinasi dari berbagai jenis dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termasuk kuman perister) dapat dibunuh (Depkes RI, 2002).

Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan:

1. Tahap awal (*intensif*)

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 menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

2. Tahap Lanjutan

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.

2.1.1.9 Efek Samping

Tabel berikut, menjelaskan efek samping ringan maupun berat dengan pendekatan gejala.

Tabel 2.1. Efek Samping Ringan OAT

Efek Samping	Penyebab	Penatalaksanaan
Tidak nafsu makan, mual, sakit perut	Rifampisin	Semua OAT diminum malam sebelum tidur
Nyeri sendi	Pirasinamid	Beri Aspirin
Kesemutan s/d rasa terbakar di kaki	INH	Beri vitamin B6 (piridoxin) 100mg per hari
Warna kemerahan pada air seni (urine)	Rifampisin	Tidak perlu diberi apa-apa, tapi perlu penjelasan kepada pasien

Tabel 2.2. Efek Samping Berat OAT

Efek Samping	Penyebab	Penatalaksanaan
Gatal dan kemerahan kulit	Semua jenis OAT	Ikuti petunjuk penatalaksanaan dibawah *).
Tuli	Streptomisin	Streptomisin dihentikan, ganti Etambutol.
Gangguan keseimbangan	Streptomisin	Streptomisin dihentikan, ganti Etambutol.
Ikterus tanpa penyebab lain	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT sampai ikterus menghilang.
Bingung dan muntah-muntah (permulaan ikterus karena obat)	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT, segera lakukan tes fungsi hati.
Gangguan penglihatan	Etambutol	Hentikan Etambutol.
Purpura dan renjatan (syok)	Rifampisin	Hentikan Rifampisin.

*) Penatalaksanaan pasien dengan efek samping “gatal dan kemerahan kulit”:

Jika seorang pasien dalam pengobatan OAT mulai mengeluh gatal-gatal singkirkan dulu kemungkinan penyebab lain. Berikan dulu anti-histamin, sambil meneruskan OAT dengan pengawasan ketat. Gatal-gatal tersebut pada sebagian pasien hilang, namun pada sebagian pasien malahan terjadi suatu kemerahan kulit. Bila keadaan seperti ini, hentikan semua OAT. Tunggu sampai kemerahan kulit tersebut hilang. Jika gejala efek samping ini bertambah berat, pasien perlu dirujuk.

2.1.1.10 Pemantauan dan Hasil Pengobatan

2.1.1.10.1 Pemantauan kemajuan pengobatan tuberkulosis

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 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.

Tabel 2.3. Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan Ulang Dahak

Tipe Pasien TB	Tahap Pengobatan	Hasil Pemeriksaan Dahak	Tindak Lanjut
Pasien baru 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: <ul style="list-style-type: none"> • Tahap lanjutan tetap diberikan. • Jika memungkinkan, lakukan biakan, tes resistensi atau rujuk ke layanan TB-MDR.
	Pada bulan ke-5 pengobatan	Negatif	Pengobatan dilanjutkan.
		Positif	Pengobatan diganti dengan OAT Kategori 2 mulai dari awal. Jika memungkinkan, lakukan biakan, tes resistensi atau rujuk ke layanan TB-MDR.
	Akhir pengobatan (AP)	Negatif	Pengobatan dilanjutkan.
		Positif	Pengobatan diganti dengan OAT Kategori 2 mulai dari awal. Jika memungkinkan, lakukan

			biakan, tes resistensi atau rujuk ke layanan TB-MDR.
		Negatif	Teruskan pengobatan dengan tahap lanjutan.
	Akhir tahap intensif	Positif	Beri Sisipan 1 bulan. Jika setelah sisipan masih tetap positif, teruskan pengobatan tahap lanjutan. Jika setelah sisipan masih tetap positif: <ul style="list-style-type: none"> • Tahap lanjutan tetap diberikan • Jika memungkinkan, lakukan biakan, tes resistensi atau rujuk ke layanan TB-MDR.
Pasien paru BTA positif dengan pengobatan ulang kategori 2	Pada bulan ke-5 pengobatan	Negatif	Pengobatan diselesaikan.
		Positif	Pengobatan di hentikan, rujuk ke layanan TB-MDR.
	Akhir pengobatan (AP)	Negatif	Pengobatan diselesaikan.
		Positif	Pengobatan dihentikan, rujuk ke layanan TB-MDR Pengobatan dihentikan, rujuk ke layanan TB-MDR Pengobatan dihentikan, rujuk ke layanan TB-MDR

2.1.1.10.2 Tatalaksana pasien yang berobat tidak teratur

Tabel 2.4. Tatalaksana Pasien yang Berobat Tidak Teratur

Tindakan pada pasien yang putus berobat kurang dari 1 bulan :			
<ul style="list-style-type: none"> • Lacak pasien • Diskusikan dengan pasien untuk mencari penyebab berobat tidak teratur 			
Lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis selesai			
Tindakan pada pasien yang putus berobat antara 1-2 bulan :			
Tindakan – 1		Tindakan - 2	
<ul style="list-style-type: none"> • Lacak pasien • Diskusikan dan cari masalah • Periksa 3 kali dahak (SPS) dan lanjutkan pengobatan sementara menunggu hasilnya 	Bila hasil BTA negatif atau TB extra paru:	Lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis selesai	
	Bila satu atau lebih hasil BTA positif	Lama pengobatan sebelumnya kurang dari 5 bulan *	Lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis selesai
		Lama pengobatan sebelumnya lebih dari 5 bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Kategori-1: mulai kategori-2 • Kategori-2: rujuk, mungkin kasus TB resistan obat.

Tindakan pada pasien yang putus berobat lebih 2 bulan (Default)

• Periksa 3 kali dahak SPS	Bila hasil BTA negatif atau TB extra paru:	Pengobatan dihentikan, pasien diobservasi bila gejalanya semakin parah perlu dilakukan pemeriksaan kembali (SPS dan atau biakan)	
• Diskusikan dan cari masalah		Kategori-1	Mulai kategori-2
• Hentikan pengobatan sambil menunggu hasil pemeriksaan dahak.	Bila satu atau lebih hasil BTA positif	Kategori-2	Rujuk , kasus TB resisten obat.

Keterangan :

- *) Tindakan pada pasien yang putus berobat antara 1- 2 bulan dan lama pengobatan sebelumnya kurang dari 5 bulan: lanjutkan pengobatan dulu sampai seluruh dosis selesai dan 1 bulan sebelum akhir pengobatan harus diperiksa dahak.

2.1.1.10.3 Hasil pengobatan pasien TB BTA positif
1. Sembuh

Pasien telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan apusan dahak ulang (follow-up) hasilnya negatif pada AP dan pada satu pemeriksaan sebelumnya.

2. Pengobatan Lengkap

Adalah pasien yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tetapi tidak ada hasil pemeriksaan apusan dahak ulang pada AP dan pada satu pemeriksaan sebelumnya.

3. Meninggal

Adalah pasien yang meninggal dalam masa pengobatan karena sebab apapun.

4. Putus berobat (Default)

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

5. Gagal

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

6. Pindah (*Transfer out*)

Adalah pasien yang dipindah ke unit pencatatan dan pelaporan (*register*) lain dan hasil pengobatannya tidak diketahui.

7. Keberhasilan pengobatan (*Treatment success*)

Jumlah yang sembuh dan pengobatan lengkap. Digunakan pada pasien dengan BTA+ atau biakan positif.

2.1.2 Kepatuhan Berobat

Tujuan dari pengobatan tuberkulosis adalah mencegah kematian, mencegah kekambuhan, menyembuhkan penderita dan menurunkan tingkat penularan. Penderita yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatannya secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan sampai dengan 8 bulan, sedangkan penderita yang tidak patuh datang berobat dan minum obat bila frekuensi minum obat tidak dilaksanakan sesuai rencana yang telah ditetapkan. Penderita dikatakan lalai jika tidak datang lebih dari 3 hari sampai 2 bulan dari tanggal perjanjian dan dikatakan *dropout* jika lebih dari 2 bulan berturut-turut tidak datang berobat setelah dikunjungi petugas kesehatan (Depkes RI, 2002).

Menurut Smet (1994), kepatuhan atau ketaatan adalah tingkat pasien dalam melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau orang lain. Sedangkan menurut Niven (2002), kepatuhan pasien adalah sejauh

mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Daulay, 2013).

Kepatuhan terhadap pengobatan membutuhkan partisipasi aktif pasien dalam manajemen keperawatan diri dan kerja sama antara pasien dengan petugas kesehatan. Ketidaktepatan penderita TB dalam minum obat menyebabkan angka kesembuhan penderita rendah, angka kematian tinggi dan kekambuhan meningkat serta yang lebih fatal adalah terjadinya resisten kuman terhadap beberapa obat anti tuberkulosis atau multi drug resistance, sehingga penyakit TB paru sangat sulit disembuhkan (Depkes RI, 2007).

Menurut Depkes (2002), pengobatan TB paru membutuhkan waktu 6 sampai 8 bulan untuk mencapai penyembuhan dan dengan paduan (kombinasi) beberapa macam obat, namun masih ada pasien berhenti minum obat sebelum masa pengobatan selesai yang berakibat pada kegagalan dalam pengobatan TB. WHO menerapkan strategi DOTS (*Direct Observed Treatment Short course*) dalam manajemen penderita TB untuk menjamin pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung oleh seorang pengawas minum obat (PMO). Dengan strategi DOTS angka kesembuhan pasien TB menjadi > 85%. Obat yang diberikan juga dalam bentuk kombinasi dosis tetap karena lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan. Walaupun demikian angka penderita mangkir untuk meneruskan minum obat tetap cukup tinggi (Bagiada, 2010: 159).

Kepatuhan adalah salah satu faktor potensial untuk meningkatkan kesembuhan penderita TB dan ketidaktepatan disamping menurunkan tingkat kesembuhan penderita juga merupakan ancaman terhadap terjadinya TB MDR.

Menemukan faktor-faktor yang berperan dalam menghambat penyembuhan penderita TB akan memperbaiki efektivitas pengobatan TB (Bagiada, 2010: 163).

2.1.3 Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru

Menurut teori Modifikasi Lawrence Green dalam Notoatmodjo (2012) perilaku kesehatan ditentukan oleh 3 faktor yaitu *predisposing factors*, *enabling factors*, dan *reinforcing factors*.

2.1.3.1 Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor sebelum terjadinya suatu perilaku, yang termasuk dalam faktor predisposisi adalah demografi.

2.1.3.1.1 Usia

Usia sebagai salah satu sifat karakteristik tentang orang yang dalam studi epidemiologi merupakan variabel yang cukup penting karena cukup banyak penyakit ditemukan dengan berbagai variasi frekuensi yang disebabkan oleh umur (Noor, 2008: 98).

Di negara berkembang mayoritas individu yang terinfeksi TB adalah golongan usia di bawah 50 tahun, sedangkan di negara maju prevalensi TB sangat rendah pada mereka yang berusia di bawah 50 tahun, namun masih tinggi pada golongan yang lebih tua. Di Indonesia sekitar 75% penderita TB adalah kelompok usia produktif secara ekonomis, yakni 15 hingga 50 tahun (Depkes RI, 2011: 3).

Berdasarkan penelitian Kondoy dkk (2014), umur responden sebagian besar pada usia menengah yaitu 25-49 tahun sebanyak 84 responden (49,1%), tergolong dalam usia yang masih produktif. Hal yang sama terjadi pada tahun 2005 dimana

kasus TB Paru di Indonesia lebih banyak terjadi pada usia produktif karena pada usia produktif manusia cenderung mempunyai mobilitas yang tinggi sehingga kemungkinan untuk terpapar kuman TB lebih besar, selain itu setelah pubertas tubuh lebih mampu mencegah penyebaran penyakit melalui darah, tetapi kemampuan untuk mencegah penyakit didalam paru berkurang jauh.

Hasil penelitian Mus (2001) dalam Rahmansyah (2012) menyatakan mengenai kepatuhan berobat penderita TB paru dikatakan bahwa umur produktif lebih tidak patuh berobat dibandingkan dengan penderita TB paru usia tidak produktif, hal ini disebabkan usia produktif ini mempunyai tingkat mobilitas yang tinggi, karena pada usia ini adalah usia sekolah dan usia pekerja produktif sehingga lebih mementingkan atau mengutamakan aktivitasnya dari pada penyakit yang dideritanya dengan tidak patuhnya berobat pada usia produktif ini merupakan resiko terjadinya DO pada penderita TB paru.

2.1.3.1.2 Jenis Kelamin

Prevalensi tuberkulosis paru cenderung meningkat di semua usia baik laki-laki maupun perempuan. Angka prevalensi pada perempuan masih lebih rendah dan peningkatannya juga lebih sedikit dibandingkan laki-laki. Umumnya pada perempuan ditemukan tuberkulosis paru setelah melahirkan (Crofton, 2002: 12). Sementara itu, angka kematian wanita karena tuberkulosis lebih banyak daripada kematian wanita karena kehamilan, persalinan dan nifas (Depkes RI, 2011: 3).

Berdasarkan penelitian Kondoy dkk (2014) jumlah pasien lebih banyak laki-laki 63,2% dibandingkan perempuan 36,8%. Tingginya angka pasien laki-laki memungkinkan penularan yang luas. Hal ini dikarenakan kelompok laki-laki

kebanyakan keluar rumah mencari nafkah, dengan frekuensi keluar rumah yang memungkinkan terjadinya penularan penyakit TB Paru, mobilitas yang tinggi dari pada perempuan laki-laki dapat menurunkan kekebalan tubuh sehingga mudah terkena TB paru, sehingga kemungkinan lebih besar, selain itu kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alkohol pada laki-laki dapat menurunkan kekebalan tubuh sehingga mudah terkena TB paru.

Erawatyningsih dkk (2009) menyatakan bahwa pada pengobatan TB laki-laki cenderung lebih tidak patuh dan tidak teratur dalam meminum obat di bandingkan perempuan di karenakan laki-laki cenderung memiliki aktivitas yang lebih tinggi sehingga cenderung tidak memperhatikan kesehatannya.

2.1.3.1.3 Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Sedangkan pendidikan kesehatan secara konseptual adalah upaya untuk mempengaruhi atau mengajak orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat agar melaksanakan perilaku hidup sehat, dan secara operasional pendidikan adalah semua kegiatan untuk memberikan atau meningkatkan pengetahuan, sikap, dan praktek masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Adnani, 2011: 77).

Tingkat pendidikan formal merupakan landasan seseorang dalam berbuat sesuatu, membuat lebih mengerti dan memahami sesuatu, atau menerima dan menolak sesuatu. Tingkat pendidikan formal juga memungkinkan perbedaan

pengetahuan dan pengambilan keputusan. Berdasarkan penelitian kebanyakan pasien yang tidak patuh berobat adalah pasien dengan pendidikan rendah hal ini membuktikan bahwa memang benar tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang, seperti mengenali rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB Paru, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat (Kondoy dkk, 2014: 6).

Berdasarkan hasil penelitian Kondoy dkk (2014), menunjukkan bahwa pendidikan memiliki hubungan yang bermakna dengan tingkat kepatuhan berobat pasien TB Paru $p = 0,000$. Pendidikan rendah yaitu terdiri dari tidak tamat SD, SD dan SMP mempunyai pengetahuan yang kurang akan pengetahuan mengenai TB Paru, sehingga responden dengan pendidikan tinggi yaitu SMA dan D3/S1/S2/S3 lebih patuh terhadap pengobatan dibandingkan responden dengan pendidikan rendah.

Berdasarkan hasil penelitian Erawatyningsih dkk (2009) didapatkan mayoritas penderita pada kelompok yang patuh berpendidikan SMA sebanyak 47,6%, sedangkan yang tidak patuh tingkat pendidikannya tidak tamat SD sebanyak 31,8%. Hal ini berarti semakin rendah tingkat pendidikan maka semakin tidak patuh penderita untuk berobat karena rendahnya pendidikan seseorang sangat mempengaruhi daya serap seseorang dalam menerima informasi sehingga dapat mempengaruhi tingkat pemahaman tentang penyakit TB paru, cara pengobatan, dan bahaya akibat minum obat tidak teratur.

2.1.3.1.4 Status Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah. Untuk melakukan pekerjaan tentunya di perlukan waktu, dengan mempunyai pekerjaan yang membutuhkan waktu yang relaif lama, kemungkinan untuk memperhatikan lingkungan cenderung menurun. Selain itu, dengan kondisi pekerjaan yang menyita banyak waktu ditambah dengan pendapatan yang relatif rendah masyarakat akan cenderung untuk lebih memikirkan hal-hal pokok antara lain pangan, sandang, papan (Rahmansyah, 2012: 30).

Menurut penelitian Rokhmah (2013), penderita TB yang memiliki pekerjaan tidak tetap dapat lebih patuh terhadap pengobatan karena mereka mempunyai lebih banyak waktu luang sehingga dapat memanfaatkan layanan kesehatan dengan maksimal. Hal ini juga bisa terjadi bagi mereka responden Ibu Rumah Tangga, responden yang tidak bekerja atau responden yang memiliki pekerjaan.

2.1.3.2 Faktor Pendukung (Enabling Factors)

Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), agar terjadi perilaku tertentu diperlukan perilaku pemungkin suatu motivasi, yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.

2.1.3.2.1 Efek Samping OAT

Penderita TB paru sebagian besar dapat menyelesaikan pengobatan tanpa efek samping. Namun sebagian kecil dapat mengalami efek samping. Oleh karena itu pemantauan kemungkinan terjadinya efek samping sangat penting dilakukan selama pengobatan. Pada umumnya gejala efek samping obat yang ditemukan

pada penderita adalah sakit kepala, mual-mual, muntah, serta sakit sendi tulang. Gejala efek samping obat dapat terjadi pada fase intensif atau awal pengobatan bahwa obat yang harus diminum penderita jumlah banyak sehingga membuat penderita malas untuk minum obat (Erawatyningsih dkk, 2009: 121).

Berdasarkan hasil penelitian Erawatyningsih dkk (2009), menyatakan ada pengaruh yang signifikan antara efek samping obat terhadap ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru dengan $p = 0,009$. Hasil penelitian menunjukkan hubungan negatif bermakna artinya semakin penderita memiliki banyak keluhan semakin tidak patuh penderita untuk berobat.

Adanya efek samping OAT merupakan salah satu penyebab terjadinya kegagalan dalam pengobatan TB paru. Hal ini bisa berkurang dengan adanya penyuluhan terhadap penderita sebelumnya, sehingga penderita akan mengetahui lebih dahulu tentang efek samping obat dan tidak cemas apabila pada saat pengobatan terjadi efek samping obat. Beberapa penelitian mengkonfirmasi bahwa ada hubungan yang bermakna antara efek samping obat dengan kepatuhan pengobatan bahwa semakin berat gejala efek samping obat semakin tidak patuh penderita dalam pengobatan.

2.1.3.2.2 Tipe Pasien

Pada pengobatan ulang penderita TB paru BTA positif dengan kategori 2 dapat menimbulkan resistensi kuman TB terhadap OAT yang diberikan (Depkes RI, 2008). Hal tersebut tentu akan mempengaruhi kesembuhan penderita TB paru BTA positif karena pengobatannya akan lebih lama daripada penderita yang mendapatkan OAT kategori 1 (penderita yang baru).

Suparini (1999) dalam Kartika (2009), dalam penelitiannya menemukan bahwa tipe penderita yang tidak teratur menelan obat lebih banyak pada penderita tipe baru dibandingkan dengan tipe kambuh.

2.1.3.2.3 Kepemilikan Kartu Asuransi Kesehatan

Sistem pembiayaan yang sering digunakan ke pelayanan kesehatan di Indonesia, antara lain ada biaya sendiri atau umum dan asuransi kesehatan. Menurut pasal 19 ayat (2) Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 dinyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dasar, hal ini merupakan salah satu bentuk atau cara agar masyarakat dapat dengan mudah melakukan akses ke fasilitas kesehatan atau mendapatkan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil dari penelitian Xu et al (2009), menunjukkan bahwa pasien yang tidak memiliki asuransi kesehatan lebih mungkin menjadi tidak patuh dengan nilai OR 1,89 (95% CI: 1,07-3,32).

2.1.3.2.4 Akses Ke Pelayanan Kesehatan

Akses geografis diukur dengan jarak, lamanya perjalanan, biaya perjalanan, jenis transportasi, dan/atau hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang memperoleh layanan kesehatan. Menurut Anies (2006) dalam Siswanto (2012), tidak tersedianya alat transportasi menuju tempat berobat dan tidak tersedianya biaya untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang jauh dari rumah tempat tinggal penderita dapat menjadi hambatan untuk terjadinya perilaku kepatuhan pengobatan penderita. Seseorang yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan

Puskesmas yang ada, mungkin bukan karena dia tidak tahu akan bahaya penyakitnya atau karena tidak percaya pada Puskesmas, tetapi karena rumahnya jauh, sedangkan sarana transportasi umum untuk menuju Puskesmas sulit dan mahal. Menurut Notoatmodjo (2003), meskipun jauh tempat tinggalnya dari pelayanan kesehatan, namun jika ada kemudahan transportasi menuju tempat pelayanan kesehatan, maka mereka akan datang tepat waktu.

2.1.3.2.5 Wilayah Tempat Tinggal

Tempat tinggal adalah suatu bangunan, tempat seseorang atau beberapa orang tinggal secara menetap dalam jangka waktu tertentu, disuatu tempat tertentu. Penelitian Mediana (2002) dalam Kartika (2009) mengenai *default* pengobatan penderita TB paru, dikemukakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jarak yang jauh dari tempat pelayanan kesehatan dengan terjadinya *default* pengobatan. Hal ini terjadi karena penderita TB paru memerlukan waktu yang lama untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan serta memerlukan biaya yang besar untuk transportasi. Jarak tempat tinggal dengan pelayanan kesehatan juga menjadi penyebab ketidakpatuhan dalam berobat. Semakin jauh jarak tempat tinggal dari fasilitas kesehatan, semakin besar risiko terjadinya ketidakpatuhan berobat.

2.1.3.3 Faktor Pendorong (Reinforcing Factors)

Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), merupakan faktor perilaku yang memberikan peran domain bagi menetapnya suatu perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2.1.3.3.1 Dukungan Keluarga Sebagai PMO

Keluarga merupakan orang yang dekat dengan pasien. Peran keluarga sangat dibutuhkan dalam memperhatikan pengobatan anggota keluarganya. Sehingga keluarga harus memberi dukungan agar penderita dapat menyelesaikan pengobatannya sampai sembuh. Penelitian Pare dkk (2012), menemukan bahwa pasien yang tidak teratur berobat lebih banyak ditemukan dukungan keluarga yang kurang sebanyak 14 orang (63.6%) daripada untuk kategori baik 8 orang (36.4%). Pasien yang teratur berobat lebih banyak ditemukan dukungan keluarga yang baik sebanyak 33 orang (63.5%) dan kategori kurang 19 orang (36.5%). Hasil tabulasi silang variabel dukungan keluarga dengan perilaku pasien TB paru diperoleh nilai $OR=3.039$ yang berarti penderita TB paru yang memiliki dukungan keluarga yang kurang berisiko 3.039 kali untuk tidak teratur berobat dibandingkan dengan penderita TB paru yang memiliki dukungan keluarga yang baik.

Peran keluarga yang baik merupakan motivasi atau dukungan yang ampuh dalam mendorong pasien untuk berobat teratur sesuai anjuran. Adanya dukungan atau motivasi yang penuh dari keluarga dapat mempengaruhi perilaku minum obat pasien TB paru secara teratur. Pada umumnya dukungan keluarga yang diberikan dalam bentuk memberikan motivasi untuk teratur berobat, bantuan dana untuk kebutuhan sehari-hari, serta bantuan transportasi untuk pasien TB paru. Tetapi masih ada anggota yang menghindari pasien yang menyebabkan pasien merasa malu untuk menjalani pengobatan. Peran keluarga menentukan pasien untuk menjalani pengobatan (Pare dkk, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian dari Junarman, menyatakan bahwa proporsi TB paru berdasarkan PMO yang terbesar adalah keluarga sebesar 89,2% dan petugas kesehatan 10,8%. PMO merupakan salah satu komponen penting dari strategi DOTS, dimana PMO sangat dibutuhkan untuk mendampingi penderita TB paru menyelesaikan pengobatan secara teratur, dan mampu memberikan penyuluhan kepada keluarga penderita yang mempunyai gejala tersangka TB paru untuk segera memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan (Junarman, 2009: 79).

2.1.3.3.2 Peran Petugas Kesehatan

Peran petugas kesehatan adalah suatu sistem pendukung bagi pasien dengan memberikan bantuan berupa informasi atau nasehat, bantuan nyata, atau tindakan yang mempunyai manfaat emosional atau berpengaruh pada perilaku penerimanya (Depkes, 2002). Dukungan emosional sehingga merasa nyaman, merasa diperhatikan, empati, merasa diterima dan ada kepedulian. Dukungan kognitif dimana pasien memperoleh informasi, petunjuk, saran atau nasehat. Interaksi petugas kesehatan dengan penderita TB terjadi di beberapa titik pelayanan yaitu poliklinik, laboratorium, tempat pengambilan obat dan pada waktu kunjungan rumah. Peranan petugas kesehatan dalam penyuluhan tentang TB perlu dilakukan, karena masalah tuberkulosis banyak berkaitan dengan masalah pengetahuan dan perilaku masyarakat. Tujuan penyuluhan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan penyakit tuberkulosis (Depkes, 2002). Penyuluhan tuberkulosis dapat dilaksanakan dengan menyampaikan pesan penting secara langsung ataupun menggunakan media.

Peranan petugas kesehatan dalam melayani pasien TB paru diharapkan dapat membangun hubungan yang baik dengan pasien. Unsur kinerja petugas kesehatan mempunyai pengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan kesehatan terhadap pasien TB paru yang secara langsung atau tidak langsung akan berpengaruh terhadap keteraturan berobat pasien yang pada akhirnya juga menentukan hasil pengobatan (Pare, 2012).

Menurut Niven (2002) dalam Ulfah (2013), dukungan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang mempengaruhi perilaku kepatuhan. Dukungan mereka terutama berguna saat pasien menghadapi bahwa perilaku sehat yang baru tersebut merupakan hal penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien, dan secara terus menerus, memberikan penghargaan yang positif bagi pasien yang telah mampu berapdatasi dengan program pengobatannya.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori Modifikasi Lawrence Green dalam Notoatmodjo, 2012; Xu et al, 2009; Kartika, 2009; Erawatyningsih dkk, 2009; Pare dkk, 2012; Siswanto, 2012; Rokhmah, 2013; Kondoy dkk, 2014.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

6.1.1 Simpulan Analisis Bivariat

Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di BKPM Kota pekalongan dapat disimpulkan bahwa :

1. Tidak ada hubungan antara usia pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan ($p=1,000$; $OR=1,56$; $95\% CI=0,23-10,24$).
2. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan ($p=1,000$; $OR=1,10$; $95\% CI=0,36-4,01$).
3. Ada hubungan antara tingkat pendidikan pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan ($p=0,026$; $OR=4,25$; $95\% CI=1,33-13,56$).
4. Tidak ada hubungan antara status pekerjaan pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan ($p=0,554$; $OR=1,69$; $95\% CI=0,52-5,48$).
5. Ada hubungan antara efek samping OAT dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan ($p=0,012$; $OR=5,33$; $95\% CI=1,59-17,82$).

6. Tidak ada hubungan antara tipe pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan ($p=0,668$; $OR=0,45$; $95\% CI=0,076-2,75$)
7. Ada hubungan antara kepemilikan kartu asuransi kesehatan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan ($p=0,049$; $OR=3,70$; $95\% CI=1,15-11,86$).
8. Ada hubungan antara akses ke pelayanan kesehatan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan ($p=0,041$; $OR=4,20$; $95\% CI=1,21-14,54$).
9. Ada hubungan antara wilayah tempat tinggal dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan ($p=0,021$; $OR=7,50$; $95\% CI=1,44-38,84$).
10. Ada hubungan antara dukungan keluarga sebagai PMO dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan ($p=0,002$; $OR=8,80$; $95\% CI=2,33-33,15$).
11. Ada hubungan antara peran petugas kesehatan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan ($p=0,046$; $OR=3,88$; $95\% CI=1,17-12,84$).

6.1.2 Simpulan Kajian Kualitatif

1. Dari hasil kajian kualitatif mengenai sikap pada responden kasus, sebagian besar responden mempunyai sikap yang cukup tentang pengobatan TB paru, akan tetapi masih terdapat responden yang mangaku ketika responden lupa meminum obat responden membiarkan saja dan tidak membicarakannya kepada petugas kesehatan saat kontrol berobat, hal tersebut menunjukkan bahwa penderita tidak merasa takut akan bahaya akibat tidak teratur minum obat, maka penderita juga akan lebih mudah untuk berhenti berobat, karena ketika tidak meminum obat penderita merasa sakit yang dideritanya tidak bertambah parah.
2. Dari hasil kajian kualitatif mengenai persepsi pada responden kasus tentang pengobatan TB paru yaitu 42,3% responden merasa mendapatkan manfaat dari pengobatan TB paru yang dilakukannya yaitu sembuh dari sakit yang diderita, tetapi kurangnya kesadaran dan pengetahuan tentang pentingnya menyelesaikan pengobatan TB paru menjadi kendala dalam penyelesaian pengobatan TB paru. 76,9% menyatakan jawaban yang menghambat responden selama melakukan pengobatan TB paru yaitu merasa bosan minum obat, merasa pengobatan terlalu lama, tidak dapat mengambil obat karena alasan pekerjaan, efek samping obat yang dirasakan, merasa malas karena jarak ke BKPM jauh, keluarga tidak ada yang mengantar berobat, dan faktor ekonomi.

3. Sebagian besar kasus kepatuhan berobat berkaitan dengan hambatan-hambatan yang berasal dari kondisi pasien sendiri yang menjadikan alasan pasien untuk tidak patuh berobat.
4. Upaya dalam meningkatkan kepatuhan berobat pasien TB Paru di BKPM Kota Pekalongan belum terlaksana secara optimal karena masih adanya kendala dilapangan seperti kurangnya tenaga kesehatan, lambatnya proses penyampaian kepada pihak terkait dan tidak adanya *feedback* dari berbagai pihak (baik Dinas Kesehatan maupun Puskesmas yang mewilayahi tempat tinggal pasien) ke BKPM Kota Pekalongan.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Instansi Terkait

1. Perlu adanya koordinasi, bantuan, dan kerjasama yang sinergis antara BKPM dengan pihak instansi lain secara lintas sektor maupun lintas program, demi meningkatkan kepatuhan berobat dan keberhasilan pengobatan pasien TB paru.
2. Perlu adanya upaya peningkatan pengetahuan pasien TB paru dengan meningkatkan pelaksanaan program promosi dan edukasi melalui penyuluhan dengan menggunakan media masa seperti, brosur, poster, leaflet ataupun media elektronik yang bisa dilihat dan didengar oleh pasien ketika menunggu antrian saat berobat, sehingga pasien mudah menangkap informasi mengenai penyakit TB paru dan dapat menambah pengetahuan masyarakat tentang TB paru.

6.2.2 Bagi Keluarga Pasien TB Paru

1. Bagi keluarga/kerabat terdekat penderita TB paru diharapkan berperan aktif untuk selalu memberikan motivasi dan dukungan kepada penderita dalam menyelesaikan pengobatan.
2. Keluarga sebagai pemegang peranan penting pada penderita TB paru juga diharapkan dapat melakukan upaya-upaya pencegahan dan perencanaan yang lebih baik untuk menjaga kesehatan anggota keluarga yang lain.

6.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian serupa diharapkan melanjutkan dengan desain yang lebih baik seperti desain studi kohort dengan sampel yang lebih besar.

DAFTAR PUSTAKA

- Adnani, Hariza, 2011, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Nuha Medika , Yogyakarta.
- Arikunto, Suharsimi, 2010, *Prosedur Penelitian*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013, *Riset Kesehatan Dasar*, Kementrian Kesehatan RI, Jakarta.
- Badan POM RI, 2006, *Kepatuhan pasien faktor penting dalam keberhasilan therapy*, BPOM RI, Jakarta.
- Bagiada, I Made dan Ni Luh PP, 2010, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Ketidapatuhan Penderita Tuberculosis dalam Berobat, J Peny Dalam*, Volume 11, No 3, September 2010, hlm. 158-163.
- Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan, 2010, *Profil Balai Kesehatan Paru Masyarakat Kota Pekalongan*, BKPM Kota Pekalongan, Pekalongan.
- Daulay, MS, 2013, *Tingkat Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberculosis Paru Di Poli Paru Rumah Sakit Haji Medan Tahun 2012*, Skripsi, Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Departemen Kesehatan RI, 2002, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*, Depkes RI, Jakarta.
- , 2007, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*, Depkes RI, Jakarta.
- , 2011, *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis*, Depkes RI, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, 2013, *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Tahun 2013*, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, Semarang.
- , 2014, *Profil Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Tahun 2014*, Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, Semarang.
- Djuhaeni, Henni, 2007, *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*, Universitas Padjadjaran, Bandung.

- Erawatyngisih, Erni dkk, 2009, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakepatuhan Berobat Pada Penderita Tuberkulosis Paru*. *Berita Kedokteran Masyarakat*, Volume 25, No. 3, September 2009, hlm. 117-124.
- Hayati, Armelia, 2011, *Evaluasi Kepatuhan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru tahun 2010-2011 Di Puskesmas kecamatan Pancoran Mas Depok*, Skripsi, Universitas Indonesia, Depok.
- Ibrahim, L. M. et al, 2014, *Factors associated with interruption of treatment among Pulmonary Tuberculosis patients in Plateau State, Nigeria 2011*, *The Pan African Medical Journal*, 17, 78. doi:10.11604/pamj.2014.17.78.3464
- Icksan, AG dan Reny LS, 2008, *Radiologi Toraks Tuberkulosis Paru*, CV. Sagung Seto, Jakarta.
- Junarman, S. Budi, 2009, *Karakteristik Penderita Tuberkulosis Basil Tahan Asam Positif yang Mengalami Drop Out di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) Medan Tahun 2004-2008*, Tesis, Universitas Sumatera Utara.
- Kartika, 2009, *Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Default Penderita Tuberkulosis Paru di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2008*, Skripsi, Universitas Indonesia.
- Kasjono, HS, dan Heldi BK, 2009, *Intisari Epidemiologi*, Mitra Cendikia Press, Yogyakarta.
- Kementerian Kesehatan RI, 2008, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- , 2009, *Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB)*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- , 2014, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kodoy, PPH dkk, 2013, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien Tuberkulosis Paru Di Lima Puskesmas Di Kota Manado*, *Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik*, Volume II, No 1, Februari 2014, hlm 1-8.
- Maesaroh, Siti, 2009, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien Tuberkulosis Paru di Klinik Jakarta Respiratory Centre (JRC)/PPTI Tahun 2009*, Skripsi, Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah, Jakarta.

- Murti, Bisma, 2003, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi Edisi Kedua Jilid Pertama*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Naben, Alice Ximenis dkk, 2013, *Kebiasaan Tinggal di Rumah Etnis Timor Sebagai Faktor Risiko Tuberkulosis Paru*, *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, Volume 12, No 1, April 2013.
- Niven, Neil, 2002, *Psikologi Kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Noor, Nur Nasry, 2008, *Epidemiologi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- , 2010, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- , 2012, *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Pare, Amelda L, dkk, 2012, *Hubungan Antara Pekerjaan, PMO, Pelayanan Kesehatan, Dukungan Keluarga Dan Diskriminasi Dengan Perilaku Berobat Pasien TB Paru*, (online), diakses tanggal 19 Januari 2015, (<http://repository.unhas.ac.id/>).
- Pemerintah Republik Indonesia, 2003, *Undang-Undang Republik Indonesia No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional*, Jakarta.
- Pemerintah Republik Indonesia, 2003, *Undang-Undang Republik Indonesia No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan*, Jakarta.
- Pratiwi, YES, dkk, 2010, *Hubungan Kepatuhan dalam Menjalani Pengobatan dengan Hasil Pengobatan pada Penderita Tuberkulosis Paru di BKPM Kota Semarang Periode Juli 2010 – Desember 2010*, FK UMS, hal. 51-54, Semarang.
- Prayogo, Akhmad H.E., 2013, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat anti Tuberkulosis Pada Pasien Tuberkulosis Paru di Puskesmas Pamulang Kota Tangerang Selatan Provinsi Banten Periode Januari 2012- Januari 2013*, Skripsi, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta.
- Primadiah, Nurnisaa, 2012, *Hubungan Karakteristik Demografi dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru Di RS Paru Jember*, Skripsi, Universitas Jember, Jember.

- Rachmawati, T., Laksmiati, T., & Soenarsongko, 2008, *Hubungan Kekeluargaan dan Tempat Tinggal Serumah Merupakan Karakteristik Pengawas Minum Obat yang Berpengaruh Terhadap Keteraturan Minum Obat Penderita Tuberkulosis Paru*, (Online), diakses 27 April 2015 melalui jurnal.koperti10.or.id/get.php?file...Hubungan%20Karakteristik.doc.
- Rahmansyah, Ali, 2012, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Drop Out (DO) pada Penderita TB Paru di Rumah Sakit Paru Palembang Tahun 2010*, Tesis, Universitas Indonesia, Depok.
- Rohkmah, Dewi, 2013, *Gender dan Penyakit Tuberkulosis: Implikasinya Terhadap Akses Layanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang Rendah*, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Volume 7, No.10, Mei 2013, hlm. 447-452
- Sastroasmoro, S, dan Sofyan Ismael, 2002, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Siswanto, Toto, 2012, *Analisis Pengaruh Predisposing, Enabling dan Reinforcing Factors terhadap Kepatuhan Pengobatan TB Paru di Kabupaten Bojonegoro*, *J. Adm. Kebijak. Kesehat.*, Volume 10, No. 3, Sept-Des 2012, hlm. 152-158.
- Sugiyono, 2010, *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*, Alfabeta, Bandung.
- Sukmah dkk, 2013, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Berobat Pada Pasien TB Paru Di RSUD Daya Makassar*, Volume II, No 5, Tahun 2013, hlm. 76-84.
- Sumarman dan Krisnawati Bantas, 2011, *Peran Pengawas Minum Obat dan Kepatuhan Periksa Ulang Dahak Fase Akhir Pengobatan Tuberkulosis di Kabupaten Bangkalan*, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Volume 6, No.2, Oktober 2011, hlm. 91-96.
- Tadesse, Takele et al, 2013, *Long Distance Travelling Financial Burdens Discourage Tuberculosis DOTs Treatmens Initiation and Compliance In Ethiopia: a Qualitative Study*, (Online), *BMC Public Health*, 13:424, hlm 1-7, diakses 29 januari 2015, (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/424>).
- Ulfah, Maria, 2013, *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Tuberkulosis (TBC) di Wilayah Kerja Puskesmas Pamulang Kota Tangerang Selatan Tahun 2011*, Skripsi, Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah, Jakarta.

- Wardani, Dyah WSR, 2014, *Kajian Determinan Sosial Kejadian Tuberkulosis Paru Berbasis Geospasial dan Model Prediksinya di Bandar Lampung*, Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- World Health Organization (WHO), 2014, *Global Tuberculosis Report 2014*, WHO Press, Geneva, diakses 18 Januari 2015 (<http://www.who.int/gho/tb/en/>).
- Xu, Weiguo et al, 2009, *Adherence To Anti-Tuberculosis Treatment Among Pulmonary Tuberculosis Patients: A Qualitative and Quantitative Study*, (Online), BMC Health Services Research, 9:169, hlm 1-8, 18 September 2009, diakses 19 Januari 2015, (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/169>).
- Zuliana, Imelda, 2009, *Pengaruh Karakteristik Individu, Faktor Pelayanan Kesehatan dan Faktor Peran Pengawas Menelan Obat Terhadap Tingkat Kepatuhan Penderita TB Paru Dalam Pengobatan di Puskesmas Pekan Labuhan Kota Medan Tahun*, Skripsi, Universitas Sumatera Utara, Medan.

