

## BAB 2

## TINJAUAN TEORI

## 2.1 Tingkat Pengetahuan Dampak Putus Obat pada Pengobatan Tuberkulosis

### 2.1.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu yang terjadi melalui proses sensoris khususnya mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng (Sunaryo, 2004). Pengetahuan dapat diperoleh secara alami atau diintervensi, baik langsung maupun tidak langsung (Budiman dan Agus Riyanto, 2013). Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2003 *dalam* Budiman dan Agus Riyanto, 2013).

Terbentuknya perilaku baru, khususnya orang dewasa diawali dari *cognitive domain*, yaitu individu tahu terlebih dahulu terhadap stimulus berupa objek sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada individu. *Affective domain*, yaitu timbul dari respon batin dalam bentuk sikap dari individu terhadap objek yang diketahuinya, berakhir pada *psychomotor domain*, yaitu objek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya yang akhirnya menimbulkan respon terhadap

tindakan. Namun dalam kenyataannya, stimulus yang diterima oleh subjek dapat langsung menimbulkan tindakan tanpa mengetahui makna stimulus yang diterima. Singkatnya, tindakan seseorang tidak harus didasari oleh pengetahuan maupun sikap (Sunaryo, 2004).

Pengertian Logawiyah: pengetahuan adalah apa yang dikenal atau hasil pekerjaan tahu. Pengetahuan ialah apa yang dikenal atau hasil dari: kenal, sadar, insaf, mengerti. Pengetahuan itu semua milik atau isi pikiran (Gazalba, 1973). Arti Pengetahuan secara filsafat: pengetahuan terdiri dari kesatuan antara subjek yang mengetahui dan objek yang diketahui. Dalam kesatuan itu, objek berasal dari dalam rohani (psikis) subjek sebagai sesuatu yang dikenal. Penglihatan, pendengaran, dan pemikiran membentuk pengetahuan. Nilai yang ditangkap oleh pancaindera ditangkap oleh rohani (psikis), sehingga ada 2 jenis tahu. Tahu indera (secara fisik) dan tahu rohani (secara psikis). Tahu indera bersifat konkret, tahu rohani bersifat abstrak (Gazalba, 1973).

Pengetahuan masyarakat dalam konteks kesehatan bermacam-macam. Menurut Budiman dan Agus Riyanto (2013), pengetahuan ada 2 jenis yaitu:

a. Pengetahuan Implisit

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak bersifat nyata seperti keyakinan pribadi, perspektif, dan prinsip. Pengetahuan implicit sering berisi tentang kebiasaan dan budaya, dan bahkan tidak disadari.

Contoh : seseorang mengetahui tentang bahaya merokok bagi kesehatan, namun dia tetap merokok.

b. Pengetahuan Eksplisit

Pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau disimpan dalam wujud nyata, bisa dalam wujud perilaku kesehatan.

Pengetahuan nyata dideskripsikan dalam tindakan-tindakan yang berhubungan dengan kesehatan.

Contoh : seseorang yang telah mengetahui tentang bahaya merokok bagi kesehatan dan ternyata dia tidak merokok.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain (Rogers 1974 dalam Rian, 2010):

- a. Faktor Internal, yaitu faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensi, minat dan kondisi fisik.
- b. Faktor Eksternal, yaitu faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat. dan sarana.
- c. Faktor pendekatan belajar, yaitu faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

Sedangkan menurut Wawan dan Dewi (2011) dan Budiman dan Agus Riyanto (2013), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu:

Faktor internal:

- a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi. Semakin banyak informasi yang masuk, semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan.

- b. Umur

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin baik.

c. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah di masa lalu.

Faktor Eksternal:

a. Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b. Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

c. Informasi/media massa

Informasi yang diperoleh dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Berkembangnya teknologi akan menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa juga membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

Dari beberapa pengertian mengenai definisi pengetahuan diatas, dapat disintesis bahwa pengetahuan tentang dampak putus obat merupakan hasil tahu yang terjadi melalui proses sensoris khususnya mata dan telinga, merupakan segenap apa yang diketahui tentang dampak berhentinya pengobatan sebelum masa pengobatannya selesai. Tahu tentang dampak berhentinya pengobatan meliputi tahu secara fisik dan dan tahu secara psikis.

### 2.1.2 Kemampuan Berpikir

Dalam penelitian Hermayanti pada tahun 2010 dijelaskan bahwa semua penderita mengatakan bahwa mereka telah mendapat penjelasan dari petugas, namun ada kemungkinan penjelasan ini ada yang terlewat. Inilah yang menyebabkan seseorang tidak patuh pada regimen pengobatan. Hal ini berkaitan dengan komunikasi yang dilakukan oleh petugas kesehatan itu sendiri atau kemampuan penerimaan informasi oleh penderita tuberkulosis itu sendiri. Ketika seseorang sudah termotivasi untuk memikirkan isi pesan, maka maka tidak serta merta ia mampu menelaah dan berpikir secara kritis terhadap isi pesan yang diterimanya. Orang akan sulit untuk menerima pandangan atau gagasan baru jika muncul gangguan komunikasi (Morissan, 2012)

Bagaimanapun termotivasinya seseorang, namun ia tidak akan dapat menggunakan pemikiran kritisnya kecuali ia memiliki pemahaman atau pengetahuan terhadap isu yang tengah dihadapi. Petty dan Cacioppo dalam Morissan 2012, percaya bahwa motivasi dan kemampuan yang dimiliki seseorang berperan besar dalam meningkatkan kemungkinan suatu pesan atau informasi ditelaah secara cermat dalam pikirannya. Namun tidak mudah bagi orang untuk mengolah dan mencermati informasi yang diterimanya secara jujur

dan objektif. Hal ini disebabkan orang biasanya telah memiliki struktur pengetahuan yang telah terbangun dan terorganisir dalam otaknya. Hal ini menyebabkan mereka cenderung kurang efektif dalam memberikan penilaian terhadap pandangan orang lain.

### 2.1.3 Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku

Pengetahuan pada diri seseorang berdampak pada proses adopsi perilaku melalui proses berpikir. Proses adopsi perilaku menurut Notoatmodjo S. (1977) yang mengutip pendapat Rogers (1974) sebelumnya seseorang mengadopsi perilaku, di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan (akronim AIETA) yaitu:

- a. *Awareness* (kesadaran), individu menyadari adanya stimulus
- b. *Interest* (tertarik), individu mulai tertarik pada stimulus
- c. *Evaluation* (menimbang-nimbang), individu menimbang-nimbang tentang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Pada proses ketiga ini subjek sudah memiliki sikap yang lebih baik lagi.
- d. *Trial* (mencoba), individu mulai mencoba perilaku baru.
- e. *Adoption*, individu telah berperilaku sesuai dengan pengetahuan, sikap, dan kesadarannya terhadap stimulus.

Menurut Rogers (1974) dalam Sunaryo (2004), adopsi perilaku tidak selalu melewati tahap AIETA sehingga umumnya perilaku baru tersebut tidak langgeng. Sebaliknya, perilaku yang melalui proses AIETA akan bersifat langgeng.

#### 2.1.4 Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mencakup 6 tingkatan yaitu (Rogers 1974 dalam Sunaryo, 2004):

a. Tahu

Merupakan tingkat pengetahuan paling rendah. Tahu artinya dapat mengingat kembali suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Ukuran bahwa seseorang itu tahu adalah menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan.

b. Memahami

Artinya kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan dengan benar tentang objek yang diketahui. Seseorang yang telah paham tentang sesuatu harus dapat menjelaskan, memberi contoh, dan menyimpulkan.

c. Penerapan

Yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi nyata atau dapat menggunakan hukum-hukum, rumus, metode, dalam situasi nyata.

d. Analisis

Artinya adalah kemampuan untuk menguraikan objek ke dalam bagian-bagian yang lebih kecil, tetapi masih terkait satu sama lain. Ukuran kemampuan adalah ia dapat menggambarkan, membuat bagan, membedakan, memisahkan, membuat bagan proses adopsi perilaku, dan dapat membedakan pengertian psikologi dengan fisiologi.

e. Sintesis

Yaitu suatu kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau kemampuan untuk menyusun

formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Ukuran kemampuan ialah dapat menyusun, meringkas, merencanakan, menyesuaikan suatu teori atau rumusan yang telah ada.

f. Evaluasi

Yaitu kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek.

Evaluasi dapat menggunakan kriteria yang telah ada atau disusun sendiri.

### 1.1.5 Konsep Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Menurut (Arikunto, 2006 *dalam* Budiman dan Agus Riyanto, 2013 ) bahwa pengukuran pengetahuan dapat diperoleh dari kuesioner atau angket yang menanyakan isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat pengetahuan tersebut diatas. Sedangkan kualitas pengetahuan pada masing–masing tingkat pengetahuan dapat dilakukan dengan skoring yaitu:

- Tingkat pengetahuan kategori baik bila skor atau nilai 76–100 %
- Tingkat pengetahuan kategori cukup bila skor atau nilai 56–75 %
- Tingkat pengetahuan kategori kurang bila skor atau nilai  $\leq 55$  %

Dalam membuat kategori tingkat pengetahuan bisa juga dikelompokkan menjadi dua kelompok jika yang diteliti masyarakat umum, yaitu sebagai berikut:

- Tingkat pengetahuan kategori baik jika nilainya  $> 50\%$
- Tingkat pengetahuan kategori kurang baik jika nilainya  $\leq 50\%$

Namun, jika yang diteliti respondennya petugas kesehatan, maka presentase akan berbeda:

- Tingkat pengetahuan kategori baik jika nilainya  $> 75\%$

- b. Tingkat pengetahuan kategori kurang baik jika nilainya  $\leq 75\%$

Kriteria pengukuran tingkat pengetahuan sesuai tingkat pengetahuan (Rogers 1974 dalam Sunaryo 2004):

- a. Tahu: Ukuran bahwa seseorang itu tahu adalah menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan
- b. Memahami: menjelaskan, memberi contoh, dan menyimpulkan
- c. Penerapan: dapat menggunakan hukum-hukum, rumus, metode, dalam situasi nyata.
- d. Analisis: ia dapat menggambarkan, membuat bagan, membedakan, memisahkan, membuat bagan proses adopsi perilaku, dan dapat membedakan pengertian psikologi dengan fisiologi.
- e. Sintesis: menyusun, meringkas, merencanakan, menyesuaikan suatu teori atau rumusan yang telah ada.
- f. Evaluasi: dapat menggunakan kriteria yang telah ada atau disusun sendiri.

## 2.2 Drop out Tuberkulosis

### 2.2.1 Definisi Drop out Tuberkulosis

Menurut Depkes RI tahun 2006, pasien *drop out* adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif. Menurut Sulistiyowati, dkk.(2009), penderita putus obat (*drop out*) tuberkulosis merupakan penderita tuberkulosis yang telah dilakukan pengobatan dan tidak selesai selama 6 bulan kemudian ketika dilakukan pemeriksaan dahak 2x hasilnya BTA positif. Menurut Boateng dkk. (2010) *drop out* tuberkulosis merupakan pasien tuberkulosis paru yang pengobatannya berhenti selama 2 bulan atau lebih secara berturut-turut dengan berbagai alasan.

### 2.2.2 Epidemiologi *Drop out* Tuberkulosis

Evaluasi dan monitoring yang dilakukan oleh tim TB External Monitoring Mission pada tahun 2005 dan evaluasi yang dilakukan oleh WHO serta program nasional TB menunjukkan bahwa penemuan kasus baru TB di rumah sakit cukup tinggi hingga melebihi 70 persen namun angka keberhasilan pengobatan masih rendah yaitu dibawah 50% dengan angka *default* yang mencapai 50% sampai 80% (Depkes RI, 2007 dalam Rian, 2010). Cakupan DOTS di rumah sakit di Jakarta pada triwulan pertama tahun 2006 berkisar antara 25-48% dengan angka *default* sekitar 7% (tbindonesia, 2008 dalam Rian, 2010). Data yang diperoleh dari seksi tuberkulosis paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Pati sejak bulan Januari sampai bulan Desember 2009, menunjukkan bahwa jumlah pasien tuberkulosos paru yang mendapatkan pengobatan tuberkulosis paru yaitu 203 orang dan *drop out* 14 orang. Sejak bulan Desember 2010 penderita tuberkulosos paru yang mendapat pengobatan tuberkulosis paru yaitu 186 orang dan *drop out* 15 orang (Armiyati, 2011). Jumlah penderita *drop out* tuberkulosis di kota Malang yang tercatat dalam laporan Dinas Kesehatan Kota Malang pada tahun 2010 sebanyak 204 kasus, tahun 2011 sebanyak 140 kasus, tahun 2012 sebanyak 149 kasus (Dinkes Kota Malang, 2013).

### 2.2.3 Faktor yang Menyebabkan *Drop out* Tuberkulosis

Faktor-faktor yang menyebabkan *drop out* tuberkulosis adalah:

a. Usia

Berdasarkan umur persentase *drop out* tertinggi pada umur 35 - 55 tahun dan terendah pada umur 15-34 tahun (Sulistiyowati *dkk.*, 2004). Penelitian yang dilakukan oleh Yee *dkk.*(2003) dalam Rian (2010), di Kanada yang meneliti tentang insiden efek samping obat anti tuberkulosis *first-line* bahwa kelompok umur 60 tahun atau lebih resiko *drop out* lebih besar. Pada penelitian Albuquerque *dkk.*(2007) menyatakan bahwa masyarakat yang mengalami *drop out* pengobatan tuberkulosis paling banyak pada usia 35-49 tahun dengan *crude OR* 2,42 (1.43-4.10) dengan derajat kepercayaan 95%. Penelitian Albuquerque didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Boateng *dkk.*(2010) di Ghana bahwa kejadian *drop out* tuberkulosis meningkat seiring bertambahnya usia seseorang karena pada orang tua lebih sulit menerima dan mengikuti regimen pengobatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Erawatyningsih *dkk.*(2009) di Dompu (Nusa Tenggara Barat) menyatakan bahwa responden dengan kelompok umur 30-44 akan lebih patuh 2,10 kali dibandingkan kelompok umur lainnya, sedangkan pada responden yang tidak patuh mayoritas responden berada pada kelompok umur 45-59 tahun. Responden dengan kelompok umur 45-59 akan tidak patuh 2,48 kali dibandingkan kelompok umur lainnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor umur bukan merupakan faktor penentu ketidakpatuhan penderita dalam pengobatan karena mereka yang berusia muda maupun usia lanjut memiliki motivasi untuk hidup sehat dan selalu memperhatikan kesehatannya.

b. Jenis kelamin

Pada penelitian yang dilakukan oleh Ronaidi *dkk.*(2011) di Kota Bharu, Kelantan (Malaysia) menunjukkan bahwa dalam kategori jenis kelamin, laki-laki lebih berpeluang mengalami *drop out* tuberkulosis paru dengan nilai crude OR sebesar 0,34 (0.13 – 0.90) dan *p value* 0,030 ( $p < 0,05$ ). Penelitian lain juga dilakukan oleh Daniel *dkk.*(2006) tentang Default program TB di Sagamu, Nigeria bahwa jenis laki-laki didapatkan OR 1,64 (1,15 – 2,34) pada derajat kepercayaan 95% (Daniel *dkk.*, 2006 dalam Rian 2010). Namun penelitian yang dilakukan oleh Erawatyningsih *dkk.*(2009) di Dompu (Nusa Tenggara Barat) menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin terhadap ketidakpatuhan berobat pada penderita tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Dompu Barat.

c. Tingkat pendidikan

Pada penelitian yang dilakukan oleh Ronaidi *dkk.*(2011) di Kota Bharu, Kelantan (Malaysia) menunjukkan bahwa dalam kategori tingkat pendidikan, masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah lebih berpeluang mengalami *drop out* tuberkulosis paru dengan nilai crude OR 3.44 (1.67 – 7.11) dan *p value* 0,001 ( $p < 0,05$ ) (Ronaidi *dkk.*, 2011). Penderita *drop out* tuberkulosis lebih banyak terjadi pada penderita yang memiliki tingkat pendidikan rendah, seperti pada penelitian Sulistiyowati *dkk.*(2004) yaitu 55% penderita *drop out* tuberkulosis merupakan penderita yang memiliki tingkat pendidikan rendah (dibawah jenjang pendidikan SMP).

Tingkat pendidikan yang rendah menyebabkan kesulitan pasien dalam memahami penyakit tuberkulosis secara ilmiah, walaupun penderita

tuberkulosis mengetahui tanda dan gejala penyakit tuberkulosis, namun mereka memiliki pemahaman dan pandangan yang berbeda mengenai penyakit tersebut, bahkan mereka menganggap penyakit tuberkulosis disebabkan oleh ilmu sihir (Boateng *dkk.*, 2010). 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 (Erawatyningsih *dkk.*, 2009).

d. Tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan berpengaruh pada kejadian *drop out* tuberkulosis. Pada penelitian yang dilakukan oleh Armiyati *dkk.*(2011) di Kota Pati menunjukkan bahwa penderita *drop out* tuberkulosis yang kurang pengetahuan berpeluang 3,857 kali (dengan derajat kepercayaan 95%) untuk tidak patuh berobat. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sudiro di Surakarta yang menunjukkan hubungan positif antara tingkat pengetahuan tentang penyakit tuberkulosis dan pengobatan tuberkulosis dengan tingkat ketaatan terhadap ketaatan program pengobatan dengan  $p = 0,001$  ( $p < 0,05$ ) (Sudiro, 2001 *dalam* Armiyati *dkk.*, 2011). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Hermayanti (2010) di Kota Malang dinyatakan bahwa pada 50% responden mengetahui berapa lama pengobatan yang harus dijalankan (6 bulan), namun hanya 50% diantara penderita yang mengetahui akibat bila tidak minum obat secara teratur. Penelitian yang dilakukan oleh Erawatyningsih *dkk.*(2009) di Dompu (Nusa Tenggara Barat) menyatakan bahwa Semakin rendah pengetahuan maka semakin tidak patuh penderita

TB paru untuk datang berobat, hubungan ini memiliki nilai koefisien korelasi positif. Pengetahuan penderita yang sangat rendah dapat menentukan ketidakpatuhan penderita minum obat dengan nilai  $p=0,0002$  ( $p<0,05$ ) karena kurangnya informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan tentang penyakit TB paru, cara pengobatan, bahaya akibat tidak teratur minum obat dan pencegahannya (Erawatyningsih *dkk.*, 2009). Ketidakpatuhan ini menyebabkan perilaku enggan berobat dan akan menyebabkan seseorang menghentikan pengobatannya (putus obat). Jika penderita tersebut menghentikan pengobatannya selama dua bulan atau lebih, baru dikatakan penderita ini dalam kategori penderita *drop out* tuberkulosis.

Kurangnya pemahaman pasien akan pentingnya pengobatan dan konsekuensi yang dapat muncul akibat pemakaian obat yang tidak benar merupakan alasan utama dari ketidakpatuhan pada pengobatan. Pasien biasanya diberi informasi hanya sebagian kecil mengenai penyakit, manfaat dari pengobatan, dan efek samping dari pengobatan. Sehingga pasien akan mengembangkan pemahaman dan harapan dari sudut pandang mereka terhadap pengobatannya. Ini akan menyebabkan pasien menjadi tidak patuh terhadap pengobatan jika ternyata harapan dan pemahaman yang mereka buat sendiri tidak sesuai dengan yang mereka dapatkan. Untuk itu sangatlah penting untuk turut membangun pemahaman pasien dengan memberikan informasi dan perhatian yang dibutuhkan untuk dapat menjadi dasar terbentuknya persepsi pasien (Genaro, 2000 *dalam* Athijah *dkk.*, 2010).

e. Status ekonomi (pekerjaan, pendapatan)

Status pekerjaan seseorang terkait erat dengan tingkat pendidikan.

Sama halnya dengan tingkat pendidikan, status pekerjaan mempengaruhi

terhadap kejadian *default* TB paru. Seseorang yang tidak bekerja meningkatkan risiko terjadinya *default* terhadap pengobatan TB paru (Rian, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Ronaidi *dkk.* (2011) di Kota Bharu, Kelantan (Malaysia) menunjukkan bahwa dalam kategori pekerjaan, masyarakat dengan yang tidak bekerja lebih berpeluang mengalami *drop out* tuberkulosis paru dengan nilai *crude* OR 2.61 (1.21–5.63) dan *p value* 0,014 ( $p < 0,05$ ). Selain itu keluarga dengan pendapatan rendah juga berpeluang mengalami *drop out* tuberkulosis paru ditunjukkan dengan nilai *crude* OR 8.21 (1.11–61.02) dan *p value* 0,040 ( $p < 0,05$ ) (Ronaidi *dkk.*, 2011).

Terdapat pengaruh yang signifikan antara pendapatan keluarga terhadap ketidakpatuhan berobat pada penderita TB paru. Pendapatan keluarga yang sangat rendah dapat menentukan ketidakpatuhan penderita berobat dengan nilai  $p = 0,001$  ( $p < 0,05$ ). Penderita TB paru yang paling banyak terserang adalah masyarakat yang berpenghasilan rendah, sehingga dalam pengobatan TB paru selain penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan pokok sehari-hari, mereka masih harus mengeluarkan biaya transport untuk berobat di Puskesmas. Hal ini yang menyebabkan penderita tidak patuh dalam pengobatan (Erawatyingsih *dkk.*, 2009). Pendapatan yang rendah juga berpengaruh terhadap daya beli makanan, sehingga dapat menyebabkan turunnya kualitas dan kuantitas nilai gizi. Asupan gizi yang rendah, baik kuantitas maupun kualitas akan menurunkan daya tahan tubuh mereka terhadap penyakit infeksi, khususnya bakteri *M.tuberculosis*. Faktor ini dapat memperparah penyakit yang dialami penderita (Hermayanti, 2010).

- f. Riwayat pengobatan TB sebelumnya

Riwayat pengobatan sebelumnya menjadi faktor penting bagi terjadinya default TB paru. Kegagalan pengobatan di masa lalu bisa menjadi pemicu untuk melaksanakan pengobatan secara lengkap sehingga tercapai kesembuhan (Rian, 2010). Seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Cayla *dkk* (2009), menunjukkan bahwa pasien tuberkulosis yang mengalami riwayat kesulitan pengobatan tuberkulosis berisiko tidak patuh dalam menjalankan regimen pengobatannya ditunjukkan dengan angka OR 2.93 (1.44-5.98) dan *p value* = 0,003 ( $p \leq 0,05$ ). Keterlambatan pengobatan (*treatment delay*) lebih dari 60 hari dihubungkan dengan kegagalan pengobatan dan kematian (Albuquerque *dkk.*, 2007)

g. Efek samping pengobatan TB

Efek samping OAT menyebabkan ketidaknyamanan penderita TB dalam menjalankan pengobatannya. Hal ini meningkatkan risiko penderita TB paru untuk meminum obatnya secara tidak teratur, atau malah menghentikan pengobatannya (Rian, 2010). Mual dan pusing dijumpai pada 23% responden dada terasa panas setelah minum obat dialami oleh 25%. Pada penelitian Boateng *dkk* (2010) di Juabeng (Ghana) menyatakan bahwa pasien *drop out* tuberkulosis menderita efek samping obat anti tuberkulosis seperti : tablet merah, ethambutol, dan pyrazinamide. Efek samping yang paling banyak dirasakan adalah nyeri abdomen saat mengonsumsi obat, perubahan warna urin, iritasi kulit, dan pusing (Boateng *dkk.*, 2010).

Efek samping OAT yang sering dirasakan oleh pasien tuberkulosis adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2006) :

1. Rifampisin : tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut, warna kemerahan pada urin, purpura, dan syok

2. Pirazinamid : nyeri sendi
3. INH : kesemutan dan rasa terbakar di kaki
4. Streptomisin : gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan
5. Ethambutol : gangguan penglihatan : neuritis optik, ketajaman mata berkurang, buta warna merah-hijau, penyempitan lapang pandang,
6. Semua jenis OAT : gatal dan kemerahan pada kulit
7. Hampir semua OAT : ikterus tanpa penyebab lain, bingung dan muntah-muntah(permulaan ikterus karena obat).

Efek samping ini tidak diinformasikan kepada petugas, yang semestinya dapat ditangani dengan pengaturan kembali dosis maupun penggantian jenis obat. Pada kenyataannya kondisi ini menyebabkan penderita memutuskan untuk tidak melanjutkan pengobatan (Hermayanti, 2010).

h. Jenis obat

Jenis obat yang dimaksudkan adalah kemasan obat yang diterima pasien. Apakah berupa paket kombinasi dosis tepat (OAT-KDT) atau satuan yang diresepkan. Jenis kemasan obat yang diterima ini diduga berpengaruh terhadap kejadian default. Paket OAT KDT terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet sehingga pasien cukup sekali meminum obatnya untuk satu kali dosis, berbeda dengan obat yang diresepkan dimana pasien harus meminum beberapa buah tablet obat TBC dalam setiap kali dosisnya (Rian, 2010). Penggunaan OAT KDT (Obat Anti Tuberkulosis Kombinasi Dosis Tetap) memiliki keuntungan yaitu Jumlah tablet yang ditelan jauh lebih sedikit sehingga pemberian obat menjadi sederhana dan meningkatkan kepatuhan pasien (Depkes RI, 2006)

i. Jarak ke pelayanan kesehatan

Eharbor *dkk.*(2000) dalam Boateng *dkk.* (2010) melaporkan bahwa jarak dari rumah ke pelayanan kesehatan meningkatkan risiko default. Laporan ini diperkuat dengan penelitian Boateng *dkk.* bahwa banyak pasien tuberkulosis yang rumahnya sangat jauh dari klinik pelayanan kesehatan, bahkan banyak jalan yang tidak bisa dilewati terutama pada musim hujan. Hal ini akan menghambat kepatuhan penderita tuberkulosis untuk menjalani regimen pengobatan hingga benar-benar dinyatakan sembuh.

Hubungan antara jarak ke pelayanan kesehatan dan kejadian *drop out* tuberkulosis dapat berbeda dari satu wilayah dengan wilayah lain, hal ini karena letak tempat pelayanan kesehatan yang berbeda dari satu wilayah dengan wilayah yang lainnya. ada suatu daerah yang dekat dengan puskesmas dan ada daerah yang jaraknya jauh dari puskesmas. Berbeda dengan hasil penelitian Boateng *dkk.*, Erawatyningsih *dkk.*(2009) menjelaskan bahwa jarak rumah untuk menjangkau fasilitas kesehatan atau puskesmas bukan merupakan faktor penentu ketidakpatuhan penderita dalam pengobatan, hal ini disebabkan lokasi Puskesmas yang ada di Kecamatan Woja dapat terjangkau dengan mudah karena sarana angkutan dan transportasinya lancar.

j. PMO (Pengawas Minum Obat)

Salah satu komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang pengawas minum obat (Depkes RI, 2006). Tugas PMO mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai proses pengobatan, memberikan dorongan kepada pasien agar mau berobat secara teratur, mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak

pada waktu yang telah ditentukan. Hal ini akan menyebabkan penderita TB paru merasa lebih diperhatikan sehingga teratur berobat dan menurunkan risiko terjadinya default pengobatan TB paru (Rian, 2010).

k. Dukungan keluarga

Friedman menyebutkan bahwa keluarga memiliki fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain; fungsi sosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah; dan fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi (Friedman, 1998)

Melibatkan dukungan sosial juga termasuk hal penting dalam mewujudkan sikap yang positif dari pasien terhadap terapinya. Karena pada umumnya seseorang akan lebih percaya atau memberikan respon yang positif terhadap orang lain yang memiliki hubungan erat dengannya, misalnya keluarga, perangkat sosial dimasyarakat, dan lain-lain (Genaro, 2000 dalam Athijah, 2010).

Pasien dengan dukungan keluarga yang kurang, memiliki peluang untuk tidak patuh minum obat sebesar 5, 800 kali. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Hutapea (2006) pada 134 responden di Pemberantasan Penyakit Paru (BP4S) atau RS Karangtombok Surabaya yang menunjukkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan minum obat OAT penderita TB Paru dengan  $p \text{ value} = 0,001$  ( $p < 0,05$ ) (Armiyati dkk., 2011).

Penelitian yang dilakukan di Ghana oleh Boateng *dkk.*(2010) menyatakan bahwa terdapat asosiasi yang signifikan antara dukungan keluarga yang rendah pada pasien tuberkulosis dengan kejadian *drop out* tuberkulosis, ditunjukkan dengan OR 0.29 (0.14-0.59) dengan derajat kepercayaan 95%.

#### 2.2.4 Respon *Drop out* dari Sudut Pandang Perilaku Kesehatan

Kondisi *drop out* dapat disamakan dengan kondisi sakit karena ketika seorang penderita tuberkulosis tidak melanjutkan pengobatan, maka ia menjadi tidak sembuh dan tetap pada kondisi sakit.

Respon seseorang pada kondisi sakit adalah sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010):

- a. Tidak bertindak atau tidak melakukan kegiatan apa-apa (*no action*). Alasannya antara lain bahwa kondisi yang demikian tidak akan mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari –hari. Mungkin mereka beranggapan bahwa tanpa bertindak apapun gejala yang dideritanya akan lenyap dengan sendirinya. Tidak jarang pula masyarakat memprioritaskan tugas-tugas lain yang dianggap lebih penting daripada mengobati sakitnya. Hal ini merupakan suatu bukti bahwa kesehatan belum merupakan prioritas dalam hidup dan kehidupannya. Alasan lain yang sering didengar adalah fasilitas kesehatan diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpati, judes, tidak responsive, dan sebagainya. Dan akhirnya alasan takut dokter, takut pergi ke rumah sakit, takut biaya, dan sebagainya.
- b. Tindakan mengobati sendiri (*self treatment* atau *self medication*), dengan alasan yang sama seperti yang telah diuraikan. Alasan tambahan dari

tindakan ini adalah karena orang atau masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri, dan sudah merasa bahwa berdasarkan pengalaman yang lalu usaha pengobatan sendiri sudah dapat mendatangkan kesembuhan. Hal ini mengakibatkan pencarian pengobatan keluar tidak diperlukan. Mengobati sendiri yang dilakukan masyarakat melalui berbagai cara antara lain: kerokan, pijat, membuat ramuan sendiri misalnya jamu, minum jamu yang dibeli dari warung, minum obat yang dibeli bebas di warung obat atau apotek. Terdapat 3 pola pengobatan sendiri yang dilakukan oleh masyarakat yakni:

1. Obat–obat modern, baik dibeli di warung maupun di apotek seperti obat–obat untuk sakit kepala, sakit perut, sakit mata, luka, dan sebagainya
2. Obat–obat tradisional, baik yang diramu atau dibuat sendiri dari daun–daunan misalnya, maupun yang dibeli di warung, seperti: jamu, atau jamu gendong keliling.
3. Obat–obatan lainnya, yakni obat–obatan lain yang tidak termasuk dua jenis diatas. Obat–obat ini biasanya diberikan oleh paranormal atau dukun, yang berupa air, atau benda–benda lain yang diberi mantera.

Seseorang yang sedang sakit bisa terjadi menggunakan kombinasi antara obat modern, tradisional, atau obat lainnya.

- c. Mencari pengobatan ke fasilitas–fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*). Untuk masyarakat pedesaan khususnya, pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan–pengobatan yang lain. Pada masyarakat yang masih sederhana, masalah sehat–sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan–gangguan fisik. Identik dengan itu, pencarian pengobatan pun lebih berorientasi pada sosial

budaya masyarakat daripada hal-hal yang dianggap masih asing. Dukun (bermacam-macam dukun) yang melakukan pengobatan tradisional merupakan bagian dari masyarakat, berada di tengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat, dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaann masyarakat, lebih diterima masyarakat daripada dokter, mantra, bidan, dan sebagainya yang masih asing bagi mereka, seperti juga pengobatan yang dilakukan dan obat-obatnya pun merupakan kebudayaan mereka. Peran dukun, baik pada masyarakat pedesaan maupun perkotaan memang masih ada, meskipun dalam prosentase yang rendah.

- d. Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern (professional) yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga-lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan kedalam balai pengobatan, puskesmas, dan rumah sakit, termasuk mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktik (*private medicine*).

Pola pencarian pengobatan ini kemungkinan juga terjadi kombinasi. Artinya seseorang bisa saja dalam waktu sakit mencari penyembuhan atau berobat ke kedua fasilitas pelayanan kesehatan yang berbeda dalam waktu yang bersamaan. Pola pencarian pengobatan masyarakat perkotaan sedikit berbeda dengan pola pencarian pengobatan masyarakat pedesaan. Pada masyarakat pedesaan, Puskesmas dan Pustu merupakan pilihan tertinggi tempat pencarian pengobatan. Sedangkan pada masyarakat perkotaan dokter praktik merupakan pilihan yang tertinggi.

## 2.2.5 Pengobatan Tuberkulosis

*Drop out* tuberkulosis tidak dapat lepas dari pengobatan tuberkulosis, karena jika penderita tidak patuh pada regimen pengobatan, maka kesembuhan juga akan terhambat, selain itu akan berdampak buruk pada penyakit tuberkulosis itu sendiri.

Prinsip pengobatan tuberkulosis dengan strategi DOTS menggunakan Obat Anti Tuberkulosis (OAT).

**Tabel 2.2.5.1 Jenis-jenis OAT, sifat, serta Dosis yang Direkomendasikan**

Jenis OAT	Sifat	Dosis yang direkomendasikan (mg/kg)	
		Harian	3x seminggu
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)	Bakteriotatik	15 (15-20)	30 (20-35)

(Depkes RI, 2006)

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

- Kategori 1: 2(HRZE)/4 (HR)3
- Kategori 2: 2 (HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3

Disamping kategori ini disediakan panduan obat sisipan (HRZE)

- Kategori Anak: 2HRZ/4HR

Panduan OAT kategori 1 dan kategori 2 disediakan dalam bentuk paket berupa obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT), sedangkan kategori anak sementara ini dalam bentuk OAT kombipak. Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan

berat badan pasien. Panduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien.

Paket kombipak terdiri dari obat lepas yang dikemas dalam satu paket, yaitu Isoniazid, Rifampisin, Pirazinamid, dan Etambutol. Panduan OAT ini disediakan dalam bentuk paket dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai. Satu paket untuk satu pasien dalam satu masa pengobatan.

KDT mempunyai beberapa keuntungan dalam pengobatan tuberkulosis:

- a. Dosis dapat disesuaikan dengan berat badan sehingga menjamin efektifitas obat dan mengurangi efek samping.
- b. Mencegah penggunaan obat tunggal sehingga menurunkan risiko terjadinya resistensi obat ganda dan mengurangi kesalahan penulisan resep.
- c. Jumlah tablet yang ditelan jauh lebih sedikit sehingga pemberian obat menjadi sederhana dan meningkatkan kepatuhan pasien.

Pemberian OAT dibagi dalam dua tahap yaitu tahap intensif dalam dosis tunggal selama dua bulan, dan tahap lanjutan dengan jumlah dan dosis rendah selama empat bulan (Depkes RI, 2006).

Tahap awal (intensif):

- a. Pada tahap intensif (awal) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat.
- b. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.
- c. Sebagian besar pasien tuberkulosis BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

Tahap lanjutan:

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

Panduan pemberian OAT

- a. Kategori 1 (2HRZE/4H3R3)

Panduan OAT ini diberikan untuk pasien baru:

- Pasien baru TB paru BTA positif
- Pasien TB paru BTA negatif foto thoraks positif
- Pasien TB ekstra paru

**Tabel 2.2.5.2 Dosis pemberian OAT KDT Kategori 1**

Berat Badan	Tahap Intensif Tiap Hari Selama 56 Hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap Lanjutan 3x 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

(Depkes RI, 2006)

- b. Kategori 2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3)

Panduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah diobati sebelumnya:

- Pasien kambuh
- Pasien gagal
- Pasien dengan pengobatan setelah default (terputus)

**Tabel 2.2.5.3 Dosis pemberian OAT KDT kategori 2**

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

(Depkes RI, 2006)

Untuk pasien yang berumur 60 tahun keatas dosis maksimal untuk streptomisin adalah 500 mg tanpa memperhatikan berat badan.

Cara melarutkan streptomisin vial 1 gram yaitu dengan menambahkan aquabidest sebanyak 3,7 mL sehingga menjadi 4 mL (1 mL = 250 mg)

c. OAT sisipan (HRZE)

Paket sisipan KDT adalah sama seperti panduan paket untuk tahap intensif kategori 1 yang diberika selama sebulan (28 hari).

**Tabel 2.2.5.4 Dosis pemberian OAT KDT untuk sisipan**

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari selama 28 hari RHZE (150/75/400/275)
30-37 kg	2 tablet 4KDT
38-54 kg	3 tablet 4KDT
55-70 kg	4 tablet 4KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4KDT

(Depkes RI, 2006)

Penggunaan OAT lapis kedua misalnya golongan aminoglikosida (misalnya kanamisin) dan golongan kuinolon tidak dianjurkan diberikan kepada pasien baru tanpa indikasi yang jelas karena potensi obat tersebut jauh lebih rendah daripada OAT lapis pertama. Disamping itu dapat juga meningkatkan terjadinya risiko resistensi pada OAT lapis kedua.

## 2.2.6 Dampak Putus Obat

### 2.2.6.1 Dampak Fisiologis

Kasus *drop out* ini memberi dampak peningkatan kasus dengan kuman tuberkulosis yang resisten dengan pengobatan standar (Hermayanti, 2010). Tuberkulosis yang resisten ada 2 macam yaitu XDR-TB (*Extensively Drug Resistant Tuberculosis*) dan MDR-TB (*Multi Drug Resistant Tuberculosis*) (WHO, 2012). MDR-TB (*Multi Drug Resistant TB*) disebabkan oleh organisme yang resisten terhadap obat anti-TB yang paling efektif (isoniazid dan rifampisin). MDR-TB berasal dari infeksi organisme yang sudah resistan terhadap obat atau berasal dari pengobatan pasien itu sendiri. XDR-TB (*Extensive Drug Resistant TB*) adalah bentuk TB yang disebabkan oleh organisme yang resisten terhadap isoniazid dan rifampisin (seperti MDR-TB) serta resisten fluorokuinolon dan salah

satu dari lini kedua anti-TB obat suntik (amikasin, kanamisin atau kapreomisin) (www.who.int, 2013).

Tuberkulosis resisten menyebabkan efek yang buruk pada penderita tuberkulosis. Seorang yang mengidap TB aktif yang resisten berpotensi untuk menularkan TB aktif resisten ini ke orang lain (www.who.int, 2013). Efek utama tuberkulosis resisten yaitu gangguan neurologi (depresi, konvulsi, penurunan kesadaran, psikosis, bunuh diri), hepatitis, ruam kulit, toksistas renal (Parvaneh *dkk.*, 2011). Selain itu, pengobatan untuk tuberkulosis yang resisten lebih lama yaitu minimal 18 bulan. Tuberkulosis resisten diobati dengan obat lini kedua. Obat lini kedua ini memiliki efek samping yang lebih banyak daripada obat lini pertama. Capreomycin, kanamycin, dan amikacin memiliki toksisitas pada vestibular, auditori, dan renal. ciprofloxacin : pusing, kemerahan dan ruam kulit, penurunan penglihatan, hipersensitivitas : rasa terbakar dan tersengat, inflamasi, edema, dermatitis. Ofloxacin : pusing, mual, lemah, berdebar-debar, ruam kulit. gangguan penglihatan, rasa terbakar dan tersengat (Tatro, 2003).

Tuberkulosis yang ditularkan memiliki manifestasi klinis seperti tuberkulosis pada umumnya yaitu gejala utama pasien TB paru adalah 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 (Depkes RI, 2006).

### 2.2.6.2 Dampak Psikologis

Salah satu dampak dari *drop out* tuberkulosis adalah MDR-TB. MDR-TB bukan masalah yang dapat dipandang sebelah mata. MDR-TB menyebabkan beberapa masalah psikologis seperti (Morris *dkk.*, 2013):

- a. Perasaan putus asa dan takut ketika pada awalnya didiagnosis dengan MDR-TB
- b. Perasaan khawatir bahwa obat lini kedua yang diperlukan untuk mengobati TB-MDR tidak akan tersedia atau dapat diakses
- c. Perasaan khawatir tidak akan mampu membayar untuk pengobatan.
- d. Merasa tertekan karena mereka mengubah perilaku hidup mereka, seperti pola tidur, makan sendirian, tidak bisa melihat teman dan kerabat, dan merasa kurang berharga

### 2.2.6.3 Dampak sosial

Manusia merupakan makhluk sosial yang tidak bisa dipisahkan dengan lingkungannya. *Drop out* tuberkulosis juga berpengaruh pada kehidupan sosial penderita.

- a. *Drop out* tuberkulosis menyebabkan penyakit tersebut tidak sembuh, bahkan semakin parah. Penyakit ini dihubungkan dengan kemiskinan, karena berhubungan dengan sistem imun yang lemah karena nutrisi yang kurang sebagai tendensi dari lingkungan yang padat penduduk. Tuberkulosis membatasi seseorang dari sudut pandang sosial dan ekonomi, pembatasan tersebut menyebabkan isolasi sosial dari keluarga dan orang lain disekitarnya. Selain itu penyakit ini menyebabkan stigma yang buruk tentang

keadaan penderita tersebut karena dianggap sebagai “orang sakit” (Ahlburg, 2000)

- b. Penyakit yang tidak sembuh ini mempengaruhi aspek kehidupan di rumah tangga. Penyakit ini menyebabkan wanita mengabaikan pekerjaan rumah tangga, wanita tidak bisa melakukan rutinitasnya seperti memasak, membersihkan rumah, mengasuh anaknya, dan mengatur aktivitas dalam rumah tangga (Ahlburg, 2000).
- c. Munculnya perubahan bagaimana orang lain memandang dan berinteraksi saat melakukan aktivitas sosial dengan penderita MDR-TB. Penderita merasakan diskriminasi pada anggota komunitas dan merasa terisolasi oleh teman dan kerabat. Penderita merasakan bahwa diskriminasi dan isolasi terjadi karena orang lain takut tertular dengan penyakitnya (Morris *dkk.*, 2013)

#### 2.2.6.4 Dampak Ekonomi

Seperti yang telah dijelaskan diatas, bahwa *drop out* tuberkulosis menyebabkan penyakit tersebut tidak sembuh (tetap pada status sakit). Hal ini berdampak pada aspek ekonomi.

- a. Bank dunia memperkirakan tuberkulosis akan menurunkan produktivitas 4-7% GDP (*Gross Domestic Product*) pada negara berkembang (World Bank dalam Eddy, 2012)
- b. *Drop out* tuberkulosis menyebabkan resistensi obat, yang disebut MDR-TB dan XDR-TB. Pengobatan MDR-TB 20 kali lebih mahal daripada pengobatan tuberkulosis reguler. Sedangkan pengobatan XDR-TB, yang merupakan pengobatan tuberkulosis karena resistensi pada pengobatan lini pertama

dan lini kedua, diperhitungkan pengobatan XDR-TB tersebut 1000 kali lebih mahal daripada pengobatan tuberkulosis reguler (Eddy, 2012).

- c. MDR-TB menyebabkan seseorang berhenti bekerja sehingga menurunkan pendapatan penderita. Hal ini berakibat bahwa penderita tersebut menggantungkan ekonominya pada orang lain (keluarga, kerabat) (Morris *dkk.*, 2013).
- d. *Drop out* tuberkulosis tidak hanya berdampak pada penderita yang terdiagnosis saja, namun juga berdampak pada perusahaan tempat mereka bekerja. Banyak penderita *drop out* tuberkulosis yang berhenti bekerja atau diberhentikan dari pekerjaannya, oleh karena itu perusahaan kehilangan pekerjaannya sehingga produktivitas perusahaan sehingga menyebabkan penurunan produktivitas perusahaan (Morris *dkk.*, 2013; [www.UKessays.com](http://www.UKessays.com), 2013)

### 2.2.7 Penatalaksanaan Pasien yang Berobat Tidak Teratur

Tindakan pada pasien yang putus berobat kurang dari 1 bulan (Depkes RI, 2006):

- a. Lacak pasien
- b. Diskusikan dengan pasien untuk mencari masalah berobat tidak teratur
- c. Lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis selesai

Tindakan pada pasien yang putus berobat antara 1–2 bulan

- a. Lacak pasien
- b. Diskusikan dan cari masalah
- c. Periksa 3 kali dahak SPS dan lanjutkan pengobatan sementara menunggu hasilnya.

- d. Bila hasil BTA (-) atau tuberkulosis ekstra paru: Lanjutkan pengobatan sampai seluruh dosis selesai
- e. Bila satu atau lebih hasil BTA (+)
  1. Lama pengobatan sebelumnya kurang dari 5 bulan: lanjutkan pengobatan hingga seluruh dosis selesai dan 1 bulan sebelum akhir pengobatan harus diperiksa dahak.
  2. Lama pengobatan sebelumnya lebih dari 5 bulan:
    - Kategori 1: mulai kategori 2
    - Kategori 2: rujuk, mungkin kasus kronis

### **2.3 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Dampak Putus Obat dengan Kejadian *Drop out* Tuberkulosis**

Seperti yang sudah dijelaskan diatas bahwa Pengetahuan pada diri seseorang berdampak pada proses adopsi perilaku melalui proses berpikir. Seseorang akan mengadopsi perilaku baru (dalam hal ini adalah perilaku berobat), jika ia sudah tertanam pengetahuan pada dirinya melalui tahap AIEETA (*awareness, interest, evaluation, trial, adoption*).

Tingkat pengetahuan merupakan salah satu faktor yang menyebabkan *drop out* tuberkulosis sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Armiyati di Kota Pati tahun 2011 menunjukkan bahwa penderita *drop out* tuberkulosis yang kurang pengetahuan berpeluang 3,857 kali (dengan derajat kepercayaan 95%) untuk tidak patuh berobat (Armiyati *dkk.*, 2011). Penelitian yang dilakukan oleh Erawatyningsih *dkk.* tahun 2009 di Dompu (Nusa Tenggara Barat) menyatakan bahwa Semakin rendah pengetahuan maka semakin tidak patuh penderita TB paru untuk datang berobat (Erawatyningsih, 2009).

Kurangnya pemahaman pasien akan pentingnya pengobatan dan konsekuensi yang dapat muncul akibat pemakaian obat yang tidak benar merupakan alasan utama dari ketidakpatuhan pada pengobatan. Ketidakpatuhan ini menyebabkan perilaku enggan berobat dan akan menyebabkan seseorang menghentikan pengobatannya (putus obat). Dari apa yang penulis dapat dari literatur bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kejadian *drop out* dan ketidakpatuhan berobat karena tingkat pengetahuan mempengaruhi seseorang dalam berperilaku (perilaku patuh berobat) melalui proses berpikir.

