

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Persepsi Keparahan Penyakit

2.1.1 Definisi Persepsi Keparahan Penyakit

Persepsi adalah kesan seseorang terhadap objek persepsi tertentu yang dipengaruhi faktor internal, yakni perilaku yang berada di bawah kendali pribadi dan faktor eksternal, yakni perilaku yang dipengaruhi oleh situasi di luarnya (Depdiknas, 2003). Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya serta memberikan makna kepada stimulus (Notoadmojo, 2010).

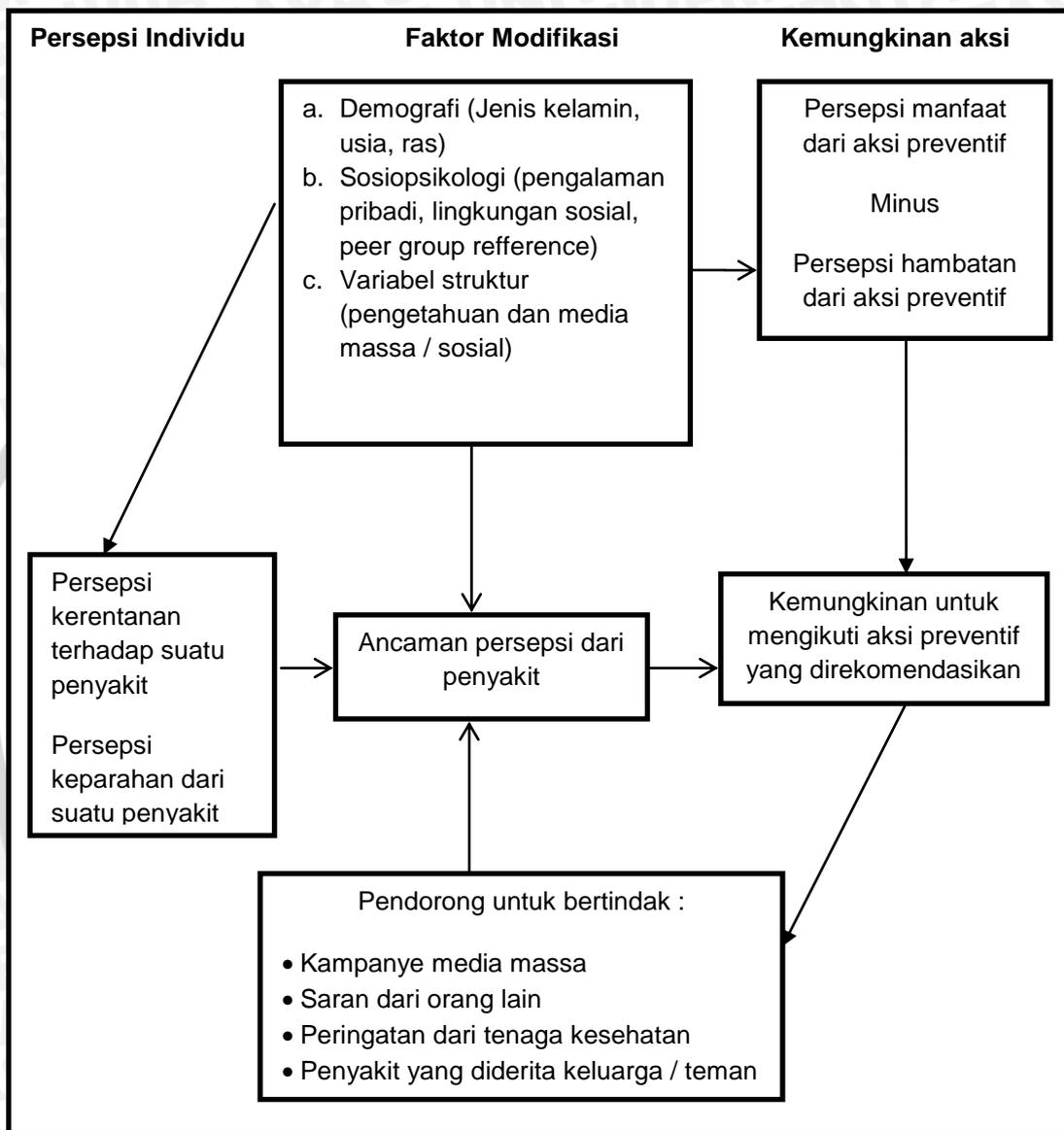
Becker (1997, dalam Pender, Murdaug & Persons 2002) melalui *Health Belief Model* (HBM) memandang bahwa perilaku proteksi kesehatan dipengaruhi oleh variabel persepsi individu, faktor-faktor pemodifikasi dan kemungkinan aksi. Persepsi individu yang dimaksud adalah persepsi individu terhadap kemungkinan suatu penyakit dan keparahan suatu penyakit Tuberkulosis. Persepsi hambatan (*barrier perceived*), hambatan yang dirasakan penyakit Tuberkulosis akan merujuk pada keyakinan pada biaya yang nantinya akan berdampak pada perilaku orang tersebut. Manfaat yang dirasakan, yang mengacu pada keyakinan keuntungan dari metode yang disarankan untuk mengurangi risiko atau keseriusan penyakit atau kondisi berbahaya yang dihasilkan dari perilaku tertentu (Rosenstock, 1974 dalam Sharma).

2.1.2. Teori *Health Belief Model*

Health Belief model (HBM) didesain pada tahun 1950-an oleh Hochbaum, Leventhal, Kegeles dan Rosenstock (Frankenfield, 2009). Mereka menggunakan HBM sebagai kerangka kerja untuk mengeksplorasi mengapa orang sedang sakit lebih cenderung untuk berperilaku menghindari penyakit daripada yang tidak sakit (Pender *et al.*, 2002). Awalnya, HBM itu berkembang terhadap perilaku pencegahan (Rosenstock, 1974). Kelompok kedua adalah perilaku sakit, yang terdiri dari tindakan yang diambil oleh orang yang merasa sakit dan menuruti dalam perilaku untuk tujuan mendefinisikan keadaan kesehatan dan untuk menemukan solusi yang cocok. Kelompok ketiga adalah perilaku peran sakit, yang terdiri dari tindakan yang diambil oleh orang-orang yang sakit untuk tujuan sembuh. HBM juga telah diterapkan untuk perilaku sakit, perilaku peran sakit (Becker, 1974 dalam Sharma) dan perilaku yang berhubungan dengan penyakit kronis (Kasl, 1974 dalam Pender).

HBM seringkali digunakan sebagai dasar, nilai, dan ekspektasi yang dikaitkan dengan perilaku kesehatan. Keinginan untuk menghindari penyakit & kepercayaan bahwa perilaku hidup sehat dapat mencegah seseorang terhindar dari berbagai penyakit merupakan salah satu bentuk kepercayaan yang dibangun individu melalui sebuah persepsi. Perilaku preventif, skrining dan manajemen kesehatan dilakukan individu ketika persepsi kerentanan dan keseriusan terhadap terjadinya suatu penyakit, serta persepsi kebermanfaatannya dari perilaku sehatnya lebih menguntungkan daripada hambatan yang dirasakan oleh seorang individu (Frankenfield, 2009). Selain itu, menurut Strecker & Becker (1958 dalam Taylor *et al.*, 2006) Pembentukan persepsi berdasarkan HBM dipengaruhi oleh faktor-faktor modifikasi seperti usia, jenis kelamin, pengalaman,

tingkat pengetahuan tentang bahaya Tuberkulosis, lingkungan sosial dan media massa, hubungan antar komponen tersebut bisa dilihat dalam gambar berikut.



Gambar 2.1. Bagan *Health Belief Model* dari Becker (1997, dalam Pender 2002).

Komponen penyusun *Health Belief Model* antara lain :

a. Persepsi kerentanan

Persepsi kerentanan mengacu pada keyakinan subjektif bahwa seseorang berkaitan dengan dia yang memiliki dan memperoleh penyakit atau mencapai keadaan berbahaya akibat terlibat dalam perilaku tertentu. Ada berbagai macam variasi individu mengenai persepsi tentang kerentanan terhadap suatu penyakit tertentu atau kondisi yang berbahaya. Disatu ektrim adalah individu benar-benar menyangkal kemungkinan tertular penyakit. Yang kedua atau pertengahan adalah orang-orang yang mungkin mengakui kemungkinan tertular penyakit, tapi percaya tidak mungkin terjadi pada mereka. Pada ekstrem yang lain adalah orang-orang yang begitu takut tertular penyakit yang mereka percaya mereka akan ada kemungkinan untuk memperoleh penyakit tersebut. Orang yang merasa lebih rentan, maka semakin besar kemungkinan dia untuk bertindak mencari pencegahannya (Sharma, 2012).

Salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi kerentanan adalah pengetahuan (Rosenstock, 1974). Pengetahuan penderita tuberkulosis 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, 2009). Pengetahuan penderita sangat mempengaruhi perilaku seseorang terhadap tindakan kesehatan. Ada beberapa penderita Tuberkulosis yang takut minum obat karena banyaknya efek samping dari obat anti Tuberkulosis tersebut. Dalam membangun kerentanan yang dirasakan, seseorang tidak harus

menciptakan ketakutan yang tidak beralasan atau berlebihan tentang kondisi tersebut (Sharma, 2012).

b. Persepsi keparahan

Persepsi keparahan mengacu pada keyakinan subjektif seseorang dalam tingkat bahaya yang dapat timbul dari penyakit atau kondisi berbahaya sebagai akibat dari perilaku tertentu. Persepsi ini juga bervariasi dari orang ke orang. Satu orang mungkin menganggap penyakit merupakan perspektif murni medis dan dia harus peduli dengan tanda-tanda, gejala, ada pembatasan yang timbul dari kondisi, sifat sementara atau permanen dari kondisi tersebut, potensi untuk menyebabkan kematian, dan kesembuhan. Individu yang lain mungkin melihat penyakit dari perspektif yang lebih luas, sakit yang dapat mempengaruhi hubungan sosial, keluarga dan pekerjaan (Sharma, 2012).

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi keparahan penyakit pada penderita Tuberkulosis (Rosenstock, 1974). Menurut HBM, petugas kesehatan perlu membangun keseriusan dengan menggambarkan konsekuensi negatif yang serius dan personalisasi mereka untuk penderita (Romas, 2012). Misalnya pada sebagian penderita Tuberkulosis berpersepsi ketika obatnya habis mereka menganggap bahwa penyakitnya sudah sembuh. Sedangkan pada kenyataannya ketika obat itu habis penderita harus kembali ke Puskesmas untuk meminta obat lanjutan. Berdasarkan penelitian Niniek (2011), menyatakan bahwa penderita Tuberkulosis mempunyai stigma penyakit TB paru sangat menakutkan, berbahaya, karena mengganggu selera makan semakin hilang, berat badan menurun dan dapat berakibat pada aktivitas fisik menurun, menurunkan

produktivitas. Sebagian masyarakat juga ada yang mengatakan bahwa TB merupakan penyakit yang berbahaya karena batuknya berdarah. Konsep keseriusan dan kerentanan yang dirasakan sering dikelompokkan bersama dan menjadi suatu ancaman sehingga mempengaruhinya mencari informasi kesehatan dan termotivasi berperilaku lebih positif terhadap kesehatan (Urrutia, 2009).

c. Persepsi manfaat

Manfaat yang dirasakan mengacu pada keyakinan keuntungan dari metode yang disarankan untuk mengurangi risiko atau keseriusan penyakit dan kondisi berbahaya yang dihasilkan dari perilaku tertentu. Sebuah tindakan alternatif kemungkinan akan dilihat sebagai menguntungkan jika mengurangi kerentanan yang dirasakan atau keseriusan penyakit (Rosenstock, 1974 dalam Pender). Persepsi manfaat adalah hasil positif yang dipercaya seseorang sebagai hasil dari tindakan. Opini seseorang terhadap pentingnya merubah perilaku yang menguntungkan bagi kesehatan untuk menekan berkembangnya penyakitnya (Swe & Bharwaj, 2012).

Berdasarkan penelitian Rahmat dkk., 2011 ada beberapa penderita TB yang tidak mau minum obat karena terlalu lama fase pengobatan (6 bulan) penderita cenderung bosan dan jenuh terhadap pengobatan, mereka capek dan merasa tidak mendapat manfaat setelah minum obat, setelah minum obat batuknya tidak berkurang tetapi masih mengalami batuk dan justru ada gejala lain yang timbul setelah minum obat. Apalagi ada beberapa kasus penderita TB yang minum obat tetapi penyakit TB parunya tidak sembuh-sembuh bahkan akhirnya meninggal. Dalam memfasilitasi konsep manfaat yang dirasakan, tenaga kesehatan perlu menentukan tindakan yang tepat yang

harus diambil dan menentukan keuntungan atau manfaat yang akan dihasilkan dari tindakan tersebut (Sharma, 2012).

d. Hambatan yang dirasakan

Persepsi hambatan merupakan potensial aspek negatif atau penghambat seseorang untuk berperilaku sehat (Taylor *et al.*, 2006). Hambatan yang dirasakan merujuk pada keyakinan tentang biaya aktual dan membayangkan mengikuti perilaku baru. Seorang individu mungkin percaya bahwa tindakan baru yang efektif dalam mengurangi kerentanan yang dirasakan atau keseriusan penyakit tetapi mungkin mempertimbangkan tindakan untuk menjadi mahal, nyaman, menyenangkan, menyakitkan, atau mengganggu (Rosenstock, 1974 dalam Pender). Tenaga kesehatan perlu mengurangi hambatan tersebut sehingga orang tersebut akan mengambil tindakan yang direkomendasikan. Mereka dapat melakukannya dengan memberikan jaminan, corecting salah persepsi, dan memberikan insentif (Sharma, 2012).

2.1.3. Faktor yang Mempengaruhi Persepsi Keparahan Penyakit

Persepsi keparahan penyakit dipengaruhi oleh berbagai macam faktor, diantaranya adalah:

- a. Demografi yaitu Jenis kelamin, usia, ras (Becker, 1974 dalam Pender).
- b. Sosiopsikologi (pengalaman pribadi, lingkungan sosial, *peer group reference*)

Pengalaman pribadi yang dialami oleh seseorang tentang perjalanan penyakitnya sangat berpengaruh terhadap pembentukan persepsi keparahan seseorang dalam menentukan tindakan kesehatan yang diambil. Lingkungan sosial juga mempengaruhi persepsi seseorang, yaitu pada keadaan lingkungan sosial yang baik dan lingkungan yang sehat akan mendorong seseorang untuk berpersepsi baik (positif) dan jika menganggap penyakitnya

parah maka akan langsung mencari pengobatan. Sebaliknya dilingkungan yang buruk sedikit kemungkinan bahwa seseorang akan sadar dengan kondisi kesehatannya (Notoatmodjo, 2010).

c. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi keparahan penyakit, yang dikaitkan dengan pengetahuan seseorang tentang penyakit yang dialaminya. Ketika ia sadar akan penyakitnya yang parah dan sadar dengan kesehatan maka seseorang akan segera mencari pengobatan.

d. Keyakinan individu terhadap keseriusan untuk tertular suatu penyakit atau kondisi lain yang terkait (Sharma. 2012)

e. Proses suatu penyakit

f. Konsekuensi sosial yaitu dampak pada pekerjaan, kehidupan keluarga, dan kondisi kesehatan.

g. Bahaya penyakit

Bahaya penyakit tuberkulosis jika pengobatannya tidak dilanjutkan maka bakteri akan resisten terhadap tubuh dan penyakit akan sering kambuh dan bertambah parah.

2.1.4 Komponen Perilaku sakit

Komponen perilaku sakit atau tindakan yang akan dilakukan setelah mengetahui sakit (Menurut Suchman dan Mechanic dalam Notoatmodjo, 2010):

a. *Shopping* yaitu proses mencari beberapa sumber yang berbeda dari pelayanan kesehatan (termasuk tradisional) untuk satu persoalan atau yang lain, meskipun tujuannya adalah untuk mencari dokter atau petugas kesehatan yang lain yang akan mendiagnosis dan mengobati yang sesuai harapan.

- b. *Fragmentation* yaitu proses pengobatan oleh beberapa petugas kesehatan, fasilitas kesehatan (termasuk tradisional) pada lokasi yang sama.
- c. *Procastination* yaitu proses penundaan pencarian pengobatan sewaktu gejala dirasakan.
- d. *Self medication* yaitu mengobati sendiri dengan berbagai ramuan atau membelinya diwarung obat.
- e. *Diskontinuity* yaitu proses tidak melanjutkan (menghentikan) pengobatan.

2.1.5 Dampak Persepsi Keparahan penyakit

1. Dampak terhadap individu

- a. Seorang penderita menganggap bahwa dirinya bisa menularkan penyakitnya pada orang lain sehingga membatasi pergaulannya dengan lingkungan.
- b. Perasaan putus asa dan takut ketika didiagnosis Tuberkulosis.
- c. Penderita merasa tertekan karena mereka mengubah perilaku hidup mereka seperti pola tidur, makan sendirian, tidak bisa melihat teman dan kerabat, merasa kurang berharga.
- d. Keparahan penyakit yang diderita oleh klien membuat mereka mengabaikan pekerjaannya baik pada laki-laki ataupun perempuan dan bisa jadi mereka kehilangan pekerjaan karena penyakitnya (Sikwese *et al.*, 2012).

2. Dampak terhadap komunitas

- a. Terjadi pengasingan oleh lingkungan sekitar karena penyakit yang diderita oleh klien, dan penderita dianggap sebagai orang yang sakit dan mungkin menularkan penyakit tersebut jika berinteraksi dengan orang lain.

- b. Perubahan bagaimana orang lain memandang dan saat berinteraksi dengan penderita.
- c. Penderita merasakan diskriminasi pada anggota komunitas dan merasa terisolasi oleh teman dan kerabat
- d. Penderita merasakan bahwa diskriminasi dan isolasi sosial terjadi karena orang lain takut tertular dengan penyakitnya (Morris, 2013).

2.2 Drop Out Tuberkulosis

2.2.1 Definisi Drop Out Tuberkulosis

Drop Out atau putus obat adalah penderita TB yang tidak mengambil OAT selama 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai (Kemenkes, 2011). *Drop Out* adalah berhentinya pengobatan atau tidak meminum obat selama 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai dan dinyatakan gagal dalam pengobatan bila hasil pemeriksaan dahak pasien tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan (Depkes RI, 2008).

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% (Tb Indonesia, 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 Tuberkulosis paru yang mendapatkan pengobatan Tuberkulosis paru yaitu 203 orang dan *drop out* 14 orang. Sejak bulan Desember 2010 penderita Tuberkulosis paru yang mendapat pengobatan Tuberkulosis paru yaitu 186 orang dan *drop out* 15 orang (Armiyati, 2011).

Jumlah penderita Tuberkulosis di kota Malang yang terekam dalam laporan Dinas Kesehatan Kota Malang sebesar 1.372 orang, 827 pasien BTA negatif, dan 545 orang BTA positif. Penderita yang *drop out* sebesar 137 orang (17%), dimana yang berobat di Puskesmas sebanyak 25 orang (1,8%) dan yang lainnya berobat di seluruh rumah sakit di Kota Malang (Hermayanti, 2010).

2.2.3 Faktor yang Menyebabkan *Drop Out* Tuberkulosis

Faktor-faktor yang menyebabkan *drop out* Tuberkulosis:

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 Canada yang meneliti tentang insiden efek samping obat anti tuberkulosis first-line bahwa kelompok umur 60 tahun atau lebih resiko *drop out* lebih besar. 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 *dkk.*, didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Boateng *dkk.*, (2007) 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 *et al.*, 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 *et al.*, 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 pada tahun 2004 yaitu 55% penderita *drop out* Tuberkulosis merupakan penderita yang memiliki tingkat pendidikan rendah (dibawah jenjang pendidikan SMP) (Sulistiyowati, 2004).

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.*, 2008). 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, 2009).

d. Tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan berpengaruh pada kejadian *drop out* Tuberkulosis. Pada 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. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sudiro pada tahun 2001 di Surakarta yang menunjukkan hubungan positif antara tingkat pengetahuan tentang penyakit Tuberkulosis dan pengobatan tuberkulosis dengan tingkat ketaatan terhadap ketaatan program pengobatan dengan $p = 0,001$ (Sudiro 2007, dalam Amiati, 2011)

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Hermayanti di Kota Malang pada tahun 2010 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 (Hermayanti, 2010).

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. 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, 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, Tuberkulosis paru dengan nilai crude 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 ($p < 0,05$).

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 (Erawatyningsih, 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 $p \text{ value} = 0,003$ ($p \leq 0,05$). Penghentian 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).

Putus berobat pada pengobatan Tuberkulosis dapat pula disebabkan karena munculnya efek samping obat. Mual dan pusing dijumpai pada 23% responden dada terasa panas setelah minum obat dialami oleh 25%. 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). Pada penelitian Boateng di Juabeng, Ghana (2010) 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, 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
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)

h. Jarak ke pelayanan kesehatan

Erharbor dalam Boateng (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 (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.

i. PMO

Salah satu komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO (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).

j. Dukungan keluarga

Friedman (1998) 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).

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. 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, 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. 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 2.1 Jenis-jenis OAT, sifat, serta Dosis yang Direkomendasikan

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

(Depkes RI, 2006)

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

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

Disamping kategori ini disediakan panduan obat sisipan (HRZE)

- c. 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 Dosis pemberian OAT KDT Kategori 1

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

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 2.3 Dosis pemberian OAT KDT kategori 2

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

(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)

a. OAT sisipan (HRZE)

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

Tabel 2.4 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.

2.3 Hubungan Persepsi Keparahan penyakit dengan *drop out* Tuberkulosis

Persepsi keparahan merupakan salah satu bentuk rasa percaya tentang keseriusan atau keparahan konsekuensi dari masalah kesehatan yang dihadapi. Konsekuensi tersebut diantaranya berupa kematian, ketidakberdayaan dan sakit yang dapat mempengaruhi hubungan sosial, keluarga dan pekerjaan. Persepsi keparahan dikombinasi dengan persepsi kerentanan akan membuat seseorang merasa terancam dengan penyakit, sehingga mempengaruhinya mencari informasi kesehatan dan termotivasi berperilaku lebih positif terhadap kesehatan (Urrutia, 2009). Ancaman dapat dibagi menjadi dua yaitu yang pertama ancaman positif dimana ketika seseorang tersebut merasa bahwa penyakitnya yang semakin serius atau parah akan segera mencari pengobatan sedangkan ancaman yang negatif disini terjadi ketika seseorang merasa ancaman yang ada pada dirinya terlalu besar akan menimbulkan rasa takut dalam diri individu tersebut sehingga akan menghambat individu dalam melakukan tindakan kesehatan karena merasa dirinya tidak berdaya melawan ancaman tersebut.

Hubungan persepsi keparahan penyakit dengan *drop out* TB berkaitan dengan pengobatan yang berlangsung lama. Penderita TB bosan dan jenuh terhadap pengobatan, mereka capek dan merasa tidak mendapat manfaat setelah minum obat, setelah minum obat batuknya tidak berkurang tetapi justru ada gejala lain yang timbul setelah minum obat. Apalagi ada beberapa kasus penderita TB yang minum obat dan penyakit TB tidak kunjung sembuh-sembuh bahkan akhirnya meninggal (Rahmat, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nugraha (2011) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara persepsi keparahan penyakit dengan ketidakpatuhan minum obat. pada penelitiannya penderita tuberkulosis menyatakan bahwa tuberkulosis adalah penyakit yang berbahaya karena dapat menular, merusak paru-paru, dan bahaya lainnya. Seperti pada penelitian Erni Erywatyningsih, *dkk.*, (2009) yang menyimpulkan bahwa semakin penderita memiliki banyak keluhan semakin penderita menghentikan pengobatannya.

Berdasarkan hasil penelitian dari Departemen of Medicine and Therapeutics, Medical School, University of Aberdeen mendukung bahwa persepsi klien mempengaruhi ketidakpatuhan terhadap regimen terapeutik. Ketidakpatuhan artinya sama dengan penderita tidak mau mengkonsumsi obat karena penderita memiliki persepsi bahwa kondisinya sehat, tidak ada gejala yang signifikan terkait dengan penyakit yang dialami. Sehingga penderita merasa tidak memerlukan pengobatan untuk mengendalikan keluhan yang dialaminya yang berakibat tidak mau melanjutkan pengobatan (Horne *et al.*, 2002; Jesson and Rutter, 2004; Rose *et al.*, 2004).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa persepsi keparahan penyakit dapat mempengaruhi kejadian *drop out* pada penderita TB.