



JNPH

Volume 10 No. 2 (Oktober 2022)

© The Author(s) 2022

STUDI KUALITATIF PERILAKU PENGOBATAN PASIEN TB RESISTEN TERHADAP OBAT DI KABUPATEN REJANG LEBONG

QUALITATIVE STUDY OF TREATMENT BEHAVIOR OF PULMONARY TB PATIENTS RESISTANCE TO DRUGS IN REJANG LEBONG REGENSCY

ALMAINI, YANTI SUTRIYANTI
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU PRODI KEPERAWATAN
Email: almaini.10@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Multi Drug Resisten (MDR) merupakan kondisi penyakit yang terjadi pada penderita TB dimana kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*) sudah tidak mampu lagi dibunuh atau dibasmi dengan menggunakan obat anti tuberkulosis (OAT) yang digunakan dalam program pemberantasan penyakit TB Nasional. Kekebalan terhadap OAT terjadi sebagai akibat dari pengobatan penderita yang tidak adekuat atau tertular dari penderita yang sudah resisten obat. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui bagaimana gambaran perilaku pengobatan pasien Tb paru dengan multi drag resistan (MDR). Metode : Penelitian ini bersifat deskriptif menggunakan metode kualitatif, dilakukan di wilayah Puskesmas Beringin Tiga dan wilayah Puskesmas Prumnas. Subjek penelitian adalah pasien penderita Tb paru yang kebal obat (MDR), pengawas minum obat dan petugas Tb paru di Puskesmas. Hasil dan Pembahasan : Hasil penelitian ini menemukan bahwa semua responden penderita TB MDR memiliki riwayat pengobatan yang berulang dan jangka waktu pengobatan lebih dari 9 bulan. Kesimpulan : Perilaku pengobatan yang tidak teratur dan menunda pengobatan merupakan faktor dominan dalam menyebabkan kejadian TB MDR. Tatalaksana Pengobatan TB yang adekuat pada fasilitas pelayanan kesehatan pimer dan sekunder sangat diperlukan untuk mencegah kejadian TB MDR.

Kata Kunci: Perilaku, pengobatan Tb, MDR

ABSTRACT

Intoduction: Multi Drug Resistance (MDR) is a disease condition that occurs in TB sufferers where the TB germ (*Mycobacterium Tuberculosis*) is no longer able to be killed or eradicated using anti-tuberculosis drugs (OAT) which are used in the National TB disease eradication program. Immunity to OAT occurs as a result of inadequate treatment of sufferers or infection from patients who are already drug resistant. The purpose of this study was to determine how the treatment behavior of pulmonary tuberculosis patients with multi drag resistance (MDR)

was described. Method :This research is descriptive using qualitative methods, conducted in the area of Puskesmas Beringin Tiga and area of Puskesmas Prumnas. The subjects of the study were patients with drug-resistant pulmonary tuberculosis (MDR), drug taking supervisors and pulmonary tuberculosis officers at the Puskesmas. Result and Discussion :The results of this study found that all respondents with MDR TB had a history of repeated treatment and a treatment period of more than 9 months. Conclusion:Treatment irregularities and delaying treatment were the dominant factors in causing the incidence of MDR TB. Adequate TB treatment management in primary and secondary health care facilities is needed to prevent the incidence of MDR TB.

Keywords: MDR, TB treatment ,behavior

PENDAHULUAN

Penyakit Tuberculosis (TB) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru. Penyakit ini menjadi penyebab kematian tertinggi dikalangan penyakit infeksi (Amin, 2014). Angka prevalensi TB Indonesia pada tahun 2014 sebesar 297 per 100.000 penduduk dengan estimasi insiden 1.000.000 kasus pertahun (Kemenkes 2018). TB menjadi penyebab kematian nomor empat setelah penyakit kardiovaskuler. Selain angka kematian yang tinggi, penyakit ini juga menyebabkan masalah baru yaitu tuberkulosis resistensi multi obat (TB MDR) (Syahrini, 2008; Soepandi, 2008).

MDR menyebabkan masalah dan penghambat dalam program pencegahan dan pemberantasan TB dunia, karena angka kesembuhan pada pengobatan TB MDR relatif lebih rendah, biaya pengobatannya pun lebih mahal, waktu pengobatan lebih lama, dan lebih banyak efek samping yang akan ditimbulkan. Kegagalan pada pengobatan TB MDR akan menyebabkan lebih banyak kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang resisten terhadap jenis Obat Anti Tuberkulosis (OAT), hal ini akan meningkatkan terjadinya penularan dari pasien TB MDR ke orang lain/masyarakat (Soedarsono, 2010). Hal ini yang menyebabkan semakin meningkatnya jumlah kasus TB MDR di masyarakat. Penyakit yang diakibatkan oleh parasit banyak ditemukan di Indonesia karena

memiliki iklim tropis yang sesuai dengan perkembangan parasit. Salah satu penyakit yang diakibatkan oleh parasit adalah toksoplasmosis yang disebabkan oleh *Toxoplasma gondii*. Toksoplasmosis merupakan penyakit zoonosis yaitu penyakit hewan yang ditularkan kepada manusia.

Keberhasilan pengobatan Tb paru ditentukan oleh kepatuhan pasien TB dalam minum Obat Anti Tb, dan hal tidak terlepas dari peran tenaga kesehatan sebagai pengelola program yang bertanggung jawab dalam mengedukasi dan memberikan motivasi kepada penderita TB paru agar selalu mematuhi program pengobatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan menggali secara mendalam perilaku pengobatan pasien Tb paru yang resisten obat di wilayah Kabupaten Rejang Lebong Propinsi Bengkulu.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini adalah metode deskriptif yang menggunakan pendekatan kualitatif. Subjek penelitian adalah pasien penderita Tb paru yang reisten obat sebanyak 3 orang, pengawas minum obat sebanyak 3 orang, petugas pengelola program Tb paru di Puskesmas sebanyak 2 orang dan 1 orang petugas Tb paru di Rumah Sakit. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam dan observasi dengan menggunakan pedoman wawancara dan lembar observasi. Pada saat wawancara

peneliti membangun suasana yang menyenangkan untuk wawancara di depan responden. Pedoman wawancara yang digunakan untuk mengumpulkan data dari masing-masing responden berbeda-beda sesuai dengan peran dan fungsi dari responden dalam menjalankan program pengobatan Tb paru. Masing-masing responden hanya diwawancarai sebanyak satu kali Untuk memvalidasi informasi yang di dapatkan peneliti menggunakan model triangulasi. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif yang jika dilihat dari segi waktunya merupakan penelitian cross sectional yang bertujuan untuk melihat adanya hubungan antara faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu waktu. Penelitian dilakukan pada salah satu organisasi pembiak kucing di Surabaya Selatan pada bulan Mei sampai Oktober

HASIL PENELITIAN

Dari hasil wawancara dan obsevasi kepada responden peneliti menemukan 3 tema yang muncul yaitu perilaku pasien, perilaku pengawas minum obat dan perilaku pengelola program TB di Puskesmas dan rumah sakit. Subtema dari perilaku adalah pengetahuan, sikap dan tindakan dari responden dalam program pengobatan TB paru. Karakteristik responden dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 1. Karakteristik Responden

Jenis Responden	Umur	Jenis Kelamin	Jenis Pendidikan	Pekerjaan
1 Penderita 1	23	Lk	SMA	Petani
2 Penderita 2	50	Pr	SMA	Ibu Rumah Tangga
3 Penderita 3	56	Lk	S1	PNS
4 PMO 1	21	Pr	SMP	Petani
5 PMO 2	52	Lk	SMA	PNS
6 PMO 3	52	Pr	SMA	Ibu Rumah Tangga
7 Pengelola Program 1	48	Pr	D III Bidan	PNS
8 Pengelola Program 2	42	Pr	D III Perawat	PNS
9 Pengelola program 3	40	Pr	D III Perawat	PNS

Sumber: Data Diolah, 2019

Hasil penelitian ini diuraikan berdasar tema yang terbentuk yaitu perilaku pengobatan penderita Tb paru, perilaku pengawas minum obat dan perilaku petugas pengelola program pengobatan Tb paru di Puskesmas dan di rumah sakit

1. Perilaku penderita Tb Dalam menjalankan Pengobatan.

Dari riwayat pengobatan sebelumnya, menunjukkan bahwa semua responden penderita TB MDR mempunyai riwayat pengobatan yang berulang kali, baik pengobatan di Puskesmas maupun riwayat pengobatan di Rumah Sakit. Selain menjalani pengobatan di Puskesmas maupun di rumah sakit sebagian besar dari mereka masih mencari pengobatan alternatif yaitu berobat ke orang pintar atau dukun kampung, alasan

mereka guna untuk mendapatkan penyembuhan lebih cepat. Selama menjalani pengobatan alternatif pengobatan utama di lalaikan, sehingga lama pengobatan yang dijalani di Puskesmas maupun di rumah sakit rata-rata melebihi 9 bulan.

“pada saat pertama kali pengobatan, saya tidak teratur minum obat, karena mual dan bosan. Kemudian mencari penobatan alternatif, pengobatan di puskesmas berhenti”

Pernyataan diatas menunjukkan bahwa responden tidak memahami tentang penyakit TB yang dideritanya, berbahaya bagi dirinya dan dapat menularkan kepada orang lain disekitarnya terutama anggota keluarga yang tinggal serumah. Semua responden mengakui pada awal pengobatan mereka menganggap bahwa penyakit TB tidak berbahaya, sama seperti penyakit batuk pada umumnya. Mereka baru menyadari bahaya penyakit ini setelah menjalani pengobatan yang kedua. Mereka sadar dan memahami bahwa penyakit TB berbahaya terhadap diri sendiri dan terhadap orang lain yang berada di lingkungannya.

“Berobat di Puskesmas Prumnas sekitar 1 bulan. Kemudian putus obat, lalu berobat lagi sampai pengobatan lengkap selama 9 bulan. Pada tahun 2015 saya sakit lagi dan dinyatakan kambuh dari penyakit Tb dan saya berobat lagi di Puskesmas Perumnas selama 9 bulan menjalani pengobatan lengkap. Pada tahun 2019 saya sakit lagi juga dikatakan kambuh lagi dari penyakit TB dan saya dirujuk ke RSUD Curup untuk melakukan pemeriksaan resistensi kuman”.

Dari kutipan diatas menunjukkan bahwa penderita Tb sering mengalami putus obat dan berulang kali menjalani pengobatan di Puskesmas. Pengobatan yang berulang ulang dan tidak efektif menyebabkan kuman menjadi resisten terhadap obat yang digunakan dalam program pemberantasan Tb.

2. Perilaku Pengawas Minum Obat.

Responden yang menjadi pengawas minum obat dalam penelitian ini adalah anggota keluarga pasien, yaitu isteri dan suami. Temuan dalam penelitian menunjukkan bahwa responden pengawas minum obat memiliki pengetahuan yang baik. Mereka juga bersikap positif dalam memberikan dukungan pada penderita untuk kesembuhan serta keberhasilan pengobatan. Sikap yang positif keluarga sebagai pengawas minum obat dipengaruhi oleh pengetahuan keluarga terhadap penyakit TB.

Motivasi dan dukungan PMO terhadap penderita dalam menjalankan pengobatan merupakan factor pendorong utama dalam keberhasilan pengobatan Tb Paru. Penelitian ini menemukan seluruh responden PMO adalah anggota keluarga dekat dengan pasien yaitu suami dan isteri. Seluruh PMO menyadari bahwa peran pengawas menelan obat adalah penting untuk kesembuhan penderita, karena menurut responden kondisi pasien yang sedang sakit memerlukan dukungan orang terdekat. Pengetahuan yang baik telah mendukung sikap mereka untuk bertindak sesuai dengan tugas dan fungsi mereka yaitu menjamin kepatuhan penderita menelan obat sehingga mereka selalu mengingatkan penderita untuk minum obat, menyiapkan dan memastikan obat telah diminum. Namun demikian sering kali mereka mendapatkan hambatan dari penderita itu sendiri yaitu berupa penolakan dari penderita untuk minum obat. Berbagai alasan yang disampaikan oleh penderita untuk menolak minum obat seperti perasaan tidak enak badan, perasaan mual, perasaan jenuh dengan obat, karena lamanya jangka waktu pengobatan. Sehingga pada pengobatan awal banyak penderita yang tidak sukses menjalani pengobatannya. *“Saya tahu tugas seorang PMO. Sejak pengobatan yang dahulu, saya selalu mengingatkan dan menyediakan obat untuk diminum, namun suami saya sering menolak minum obat alasannya mual, badannya tidak enak sehingga pengobatan yang pertama gagal. Setelah gagal*

pengobatan yang pertama suami saya mulai menyadari untuk patuh dalam pengobatan dan mulai minum obat secara teratur selama 9 bulan.”

Pengetahuan responden pengawas menelan obat tentang program pengobatan Tb paru mereka dapatkan dari pengelola program Puskesmas. Sebelum mereka menjadi PMO, mereka mendapatkan pendidikan kesehatan dari pengelola program Tb, mereka juga dievaluasi oleh pengelola program, sehingga pengetahuan mereka tentang pengobatan Tb paru sangat baik, dan sikap para pengawas menelan obat juga sangat favourable. Mereka merasakan betapa pentingnya pengobatan Tb paru, sehingga mereka selalu mendorong dan memotivasi pasien Tb paru agar minum obat secara teratur sesuai dengan program pengobatan.

3. Perilaku Petugas pengelola Program Tb.

Responden yang bertugas pengelola program TB puskesmas dan di Rumah Sakit adalah tenaga kesehatan yang memiliki latar pendidikan kesehatan setara Diploma III yaitu keperawatan dan Kebidanan. Semua responden sudah mengikuti pelatihan Program TB DOTS. Tatalaksana pengobatan Tb di Puskesmas dan di Rumah Sakit sudah memenuhi standar DOTS. Pengelolaan program di Puskesmas dan rumah sakit juga sudah berjalan sesuai dengan standar operasional pelayanan TB dan mereka telah memiliki sertifikat pengelola program TB.

Pengetahuan, sikap dan tindakan petugas pengelola program di Puskesmas dan di Rumah sakit sangat baik. Selain mereka memiliki latar belakang pendidikan Diploma III Kesehatan, mereka juga sudah mendapatkan pelatihan program DOTS. Semua responden pengelola program Tb di Puskesmas maupun di Rumah Sakit sangat memahami pentingnya menjalankan program DOTS. Pengetahuan yang baik juga mendukung sikap mereka untuk melakukan tindakan menjalankan program sesuai dengan

standard DOTS.

“Program TB di Puskesmas Prumnas dijalankan berdasarkan petunjuk program DOTS, obat TB selalu tersedia di Puskesmas, pasien yang putus obat (drop out) masih ada tetapi sedikit, termasuk pasien pak S.”

Dari hasil penelusuran dokumen medik dan catatan pengobatan penderita yang berobat di Puskesmas Prumnas Curup dan penderita yang berobat di Puskesmas Beringin Tiga Kecamatan Sindang Kelingi didapatkan bahwa paduan obat yang diberikan pada pengobatan TB lini pertama sesuai panduan pedoman DOTS yaitu fase intensif selama 2 bulan obat diminum satu kali sehari terdiri dari 4 jenis obat TB yaitu Rifampicin, Isoniazid, Pirazinamid, dan Etambutol. Sedangkan pada pengobatan fase lanjutan obat diberikan selama 4 bulan diminum 3 kali seminggu dengan paduan 2 jenis obat yaitu Rifampicin dan Isoniazid. Hal ini menunjukkan bahwa pengobatan TB di Puskesmas dan di Rumah sakit sudah berdasarkan standar DOTS.

Pengelola program TB dan dokter penanggung jawab pengobatan juga memberikan pendidikan kesehatan kepada penderita beserta keluarga. Informasi tentang program pengobatan disampaikan kepada penderita dan keluarga sebelum memulai pengobatan. Sebelum memulai pengobatan, dibuat kesepakatan (inform consent) secara tertulis kepada penderita dan keluarga. Pengelolaan program TB ditunjang oleh tenaga kesehatan terlatih DOTS, semua responden pengelola program TB di Puskesmas sudah terlatih program DOTS.

“Upaya memotivasi pasien dan keluarga dengan cara memberikan pendidikan kesehatan di Puskesmas dan kunjungan ke rumah”.

“Sebelum memulai pengobatan pasien dan keluarga di motivasi dahulu supaya pasien tahu bagaimana cara menjalankan

pengobatan. Pengawas minum obatnya juga diajarkan tentang pengobatan mulai dari pengambilan obat sampai dengan cara menyediakan obat”.

Semua petugas TB puskesmas memiliki latar pendidikan kesehatan setara Diploma 3 yaitu keperawatan dan Kebidanan, hal ini mempermudah petugas untuk memahami pengelolaan program TB DOTS. Demikian halnya pengelolaan program TB di rumah sakit juga sudah berjalan sesuai dengan standar operasional pelayanan TB yang telah ditetapkan, telah memiliki pengelola program TB yang terlatih TB DOTS.

Obat yang digunakan oleh Puskemas adalah obat yang disediakan oleh pemerintah didapatkan secara gratis berupa paket FDC (Fixed Drugs Combination) dan Combipak, obat tersebut dikemas dalam 1 tablet, obat fase intensif berisi 4 jenis obat dikemas dalam satu tablet, sedangkan pada fase lanjutan berisi 2 jenis obat. Dengan kemasan seperti ini menjadikan pemberian obatnya lebih mudah dan memiliki efek samping yang minimal. Untuk penderita yang memiliki efek samping seperti alergi terhadap salah satu jenis obat disediakan obat Kombipak yang didalamnya terdiri obat lepas RHZE. (Kemenkes RI. 2014).

PEMBAHASAN

Penyakit TB Multi Drug Resisten (MDR) merupakan kondisi penyakit yang terjadi pada penderita TB dimana kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*) sudah tidak mampu lagi dibunuh atau dibasmi dengan menggunakan obat anti tuberkulosis (OAT) yang digunakan dalam program pemberantasan penyakit TB Nasional. Kekebalan terhadap OAT terjadi sebagai akibat dari pengobatan penderita yang tidak adekuat atau tertular dari penderita yang sudah resisten obat (Kemenkes RI, 2014).

Pada penelitian ini diketahui bahwa semua responden penderita TB MDR memiliki riwayat pengobatan yang berulang kali. Penderita pertama kali memanfaatkan

pengobatan di Puskesmas dan praktik dokter mandiri, dan tidak ada yang memanfaatkan pengobatan awal di rumah sakit, namun pada saat menjalankan pengobatan sebagian besar penderita mencari pengobatan alternatif. Dari gambaran ini memperlihatkan bahwa penderita pada awal pengobatan belum memiliki pengetahuan yang baik tentang penyakit TB paru sehingga mereka tidak menyadari bahwa penyakit TB membahayakan diri mereka dan orang lain, hal ini ditunjukkan oleh sikap perilaku yang kurang baik dalam menjalankan pengobatan. Banyak alasan dari penderita menolak minum obat mulai dari keluhan perasaan tidak enak badan, merasa lemas, pusing, dan bosan minum obat.

Lambatnya respon perbaikan dari hasil pengobatan dan perasaan tidak enak badan akibat efek samping obat juga telah mendorong mereka untuk memilih pengobatan yang tidak konvensional yaitu memilih pengobatan tradisional. Perilaku pengobatan yang tidak tepat akan memperburuk kondisi kesehatan penderita, hal ini sesuai dengan teori Belum (1986) menyatakan ada 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan pada manusia yaitu genetik, lingkungan pelayanan kesehatan, dan perilaku (Notoatmodjo, 2007). Hasil ini didukung oleh penelitian Reviono dkk 2014 yang menyatakan bahwa efek samping terbanyak pada kasus MDR TB adalah mual dan muntah, serta artralgi. Sebagian besar efek samping itu adalah derajat ringan dan dapat diatasi dengan memberikan obat simptomatis tanpa mengubah paduan obat.

Riwayat pengobatan yang berulang pada penderita TB terjadi karena rendahnya pengetahuan penderita pada fase awal pengobatan yang menyebabkan mereka tidak patuh dalam pengobatan. Lambatnya perbaikan fisik pada penderita juga mendorong penderita cenderung untuk pindah pengobatan lain karena mereka merasakan tidak adanya perubahan kondisi kesehatan. Hasil penelitian yang sejalan adalah penelitian Nugraheni dan Malik (2015) yang menyatakan bahwa riwayat pengobatan

sebelumnya bisa meningkatkan risiko MDR sebesar 10 kali lipat dibandingkan dengan tanpa riwayat pengobatan sebelumnya. Penelitian ini juga sejalan dengan teori Health Belief Model (HBM) yang dikemukakan oleh Becker (1997) yang menjelaskan bahwa mengapa individu melakukan perilaku sehat tertentu tergantung pada 2 hal yaitu adanya ancaman kesehatan yang dirasakan dan meyakini perilaku sehat tertentu dapat mengurangi ancaman kesehatan yang dirasakan.

Penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden penderita Tb yang tinggi tidak menunjukkan dukungan sikap dan tindakan yang baik dalam menjalankan pengobatan Tb paru, karena untuk memiliki pengetahuan yang baik tentang TB, selain edukasi dari petugas tentunya pengalaman pengobatan yang dijalani penderita sebagai media pembelajaran yang sangat penting bagi penderita. Hasil ini bersesuaian dengan teori lawrence dalam Notoatmodjo (2012) bahwa faktor yang mempermudah (predisposing factor) orang untuk berperilaku adalah mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma sosial, dan unsur lain yang terdapat dalam diri individu maupun masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan.

Gejala yang dirasakan seperti batuk darah, badan lemah dan penurunan berat badan, perasaan tidak enak badan, respon hasil pengobatan yang lambat, serta efek samping obat yang menimbulkan perasaan mual dan pusing mendorong penderita malas minum obat dan memilih pengobatan alternatif. Seluruh responden penderita Tb menghentikan pengobatan dan pindah ke fasilitas layanan kesehatan lain setelah menjalani pengobatan selama lebih dari 1 bulan, karena mereka belum merasakan perbaikan tanda dan gejala penyakit yang mereka rasakan. Hal ini menunjukkan bahwa persepsi manfaat yang dirasakan mengacu pada kenyataan seseorang cenderung mengambil tindakan yang memiliki manfaat bagi mereka, kepercayaan dan hubungan baik terhadap tenaga kesehatan (provider) dan motivasi ingin sembuh akan men-

penderita untuk patuh berobat. Sejalan dengan penelitian Nurhayati et al (2015) bahwa persepsi manfaat yang positif dari tindakan yang dilakukan akan meningkatkan kepercayaan diri untuk melakukan upaya pencegahan dan tetap menjalani pengobatan.

Setelah mereka merasakan pengalaman pada kegagalan pengobatan yang pertama, semua penderita tidak merasakan adanya hambatan dalam menjalani tindakan pengobatan berikutnya, sehingga penderita dapat menjalankan program pengobatan sesuai dengan standard DOTS. Hasil penelitian ini yang sama dengan penelitian yang dilakukan Nugroho (2011), Penilaian seseorang tentang hambatan terhadap tindakan kesehatan yang diambil dapat menentukan keputusan seseorang untuk melakukan upaya pencegahan maupun pengobatan. Hal ini bergantung pada persepsi manfaat dan hambatan yang dirasakan, bila penderita merasakan manfaat jauh lebih besar dari pada hambatan maka penderita akan menyelesaikan pengobatan hingga tuntas.

Keyakinan penderita bertambah setelah merasakan manfaat dari tindakan yang ditempuh. Sikap pelayanan dokter/petugas kesehatan yang baik berdampak pada kepercayaan penderita untuk menjalani pengobatan dan patuh berobat. Motivasi yang tinggi untuk mendapatkan kesembuhan mendorong penderita untuk yakin terhadap pengobatan yang dijalani. Hal ini sesuai dengan teori lawrence dalam Notoatmodjo (2012). Ada 3 faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu maupun kelompok, faktor tersebut antara lain adalah faktor yang mempermudah (predisposing factor), yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma sosial, dan unsur lain yang terdapat dalam diri individu maupun masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan.

Semua pengawas minum obat dalam penelitian ini adalah anggota keluarga pasien. Temuan dalam penelitian menunjukkan bahwa anggota keluarga yang bertugas pengawas minum obat memiliki sikap yang positif dalam memberikan dukungan bagi penderita untuk kesembuhan dan keberhasilan

minum obat. Sikap yang positif keluarga sebagai pengawas minum obat dalam memberikan motivasi bagi pengobatan penderita dipengaruhi oleh pemahaman keluarga terhadap penyakit TB yang mereka dapatkan dari petugas kesehatan.

Penelitian memberikan hasil bahwa sebagian besar responden memahami tentang penyakit TB dan upaya pencegahan yang harus dilakukan. Edukasi yang diberikan oleh petugas kesehatan terhadap penderita dan keluarga mempengaruhi sikap keluarga dalam mengambil tindakan untuk melakukan upaya pencegahan dan pengobatan bagi penyakit TB yang diderita anggota keluarganya. Hal ini juga sesuai dengan teori Lawrence dalam Notoatmojo (2012) yaitu faktor pendorong (*reinforcing factor*), yaitu faktor yang membuat perubahan perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan. Peran keluarga sebagai pengawas minum obat (PMO) adalah penting dan mereka telah memahami perannya sebagai PMO serta mampu menjalankan tugasnya dengan baik. Bentuk dukungan dalam kepatuhan berobat adalah dengan mengingatkan, menyiapkan dan mendampingi penderita saat minum obat. Keluarga memberikan dukungan untuk menjamin keberlangsungan pengobatan melalui bantuan biaya pengobatan dan mengantar penderita kontrol berobat. Hal ini menunjukkan peran keluarga yang cukup besar dalam mempengaruhi penderita mengambil keputusan mencari pengobatan dan kepatuhan berobat.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Desmukh (2015) mengemukakan hal yang sama, dukungan keluarga yang dibutuhkan dalam bentuk lisan berupa mengingatkan minum obat, penyediaan makanan dan dorongan untuk tetap fokus terhadap kesehatannya, meskipun pengobatan yang dijalani lama dan sulit. Dukungan informatif berupa nasehat, informasi dan saran juga diperlukan bagi penderita dalam mengambil keputusan tindakan yang benar terkait pencegahan dan pengobatan penyakitnya (Nugroho, 2011).

Berdasarkan teori yang dikemukakan Green dan Kreuter (2000), lingkungan keluarga merupakan faktor penguat yang dominan mempengaruhi perilaku individu yang terarah dan cenderung bersifat terbuka. Lingkungan keluarga yang nyaman memiliki respon yang kuat terhadap upaya yang dilakukan anggota keluarganya dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, keadaan yang demikian memungkinkan keluarga untuk lebih peduli dalam pengambilan tindakan bagi anggota keluarganya. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa teori tersebut sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan.

Pengelolaan program TB berperan besar dalam menjamin pelayanan pengobatan penderita TB yang adekuat, pengelolaan program yang baik akan menurunkan risiko terjadinya kasus TB MDR. Hal ini ditunjukkan dengan sebagian besar puskesmas di Kabupaten Rejang Lebong telah menerapkan standar pedoman TB DOTS dalam tatalaksana diagnosis dan pengobatan TB, didukung dengan tenaga terlatih. Sebagian besar pengelola TB puskesmas sudah terlatih TB DOTS. Berdasarkan keterangan pengelola TB puskesmas bahwa selama ini tidak pernah menemukan kasus putus berobat, karena bila didapatkan penderita mangkir akan dilakukan upaya kunjungan rumah.

Semua petugas TB puskesmas memiliki latar pendidikan kesehatan setara Diploma 3 yaitu keperawatan dan Kebidanan, hal ini mempermudah petugas untuk memahami pengelolaan program TB DOTS. Demikian halnya pengelolaan program TB di rumah sakit juga sudah berjalan sesuai dengan standar operasional pelayanan TB yang telah ditetapkan, telah memiliki pengelola program TB yang terlatih TB DOTS.

Hasil penelusuran dokumen medik pada 2 penderita TB MDR yang berobat di Puskesmas Prumnas Curup dan 1 penderita yang berobat di Puskesmas Beringin Tiga Kecamatan Sindang Kelingi didapatkan bahwa paduan obat yang diberikan pada pengobatan TB lini pertama sesuai dengan

panduan pedoman DOTS yaitu fase intensif selama 2 bulan obat diminum satu kali sehari dengan 4 jenis obat TB yaitu Rifampicin (R), Isoniazid (H), Pirazinamid (Z), dan Etambutol (E), demikian juga pada pengobatan fase lanjutan obat diberikan selama 4 bulan diminum 3 kali seminggu dengan paduan 2 jenis obat yaitu Rifampicin (R) dan Isoniazid (H). Hal ini menunjukkan bahwa pengobatan TB di Provider Puskesmas sudah berdasarkan standar pedoman TB DOTS.

Menurut buku petunjuk pengobatan TB yang dikeluarkan Kemenkes tahun 2014 menyatakan bahwa pengobatan TB lini pertama adalah selama 6 bulan dengan tahapan fase intensif 2 bulan dengan paduan 4 jenis obat TB yaitu Rifampicin (R), Isoniazid (H), Pirazinamide (Z), dan Etambutol (E), sedangkan selanjutnya diteruskan fase lanjutan 4 bulan dengan paduan 2 jenis obat TB yaitu Rifampicin (R) dan Isoniazid (H). Pada fase intensif obat diminum setiap hari dengan dosis 1 kali sehari dan fase lanjutan obat diminum 3 kali seminggu dengan dosis 1 kali sehari (Kemenkes RI, 2014).

Ketersediaan OAT paket Fixed Dose Combination (FCD) kombipak di puskesmas sudah mencukupi. Puskesmas hanya menyediakan obat paket dari pemerintah yang diberikan secara gratis, demikian juga untuk pemeriksaan dahak. Pemerintah telah memenuhi kebutuhan logistik OAT dan non OAT untuk menjamin mutu pelaksanaan program TB DOTS. Logistik non OAT yang disediakan pemerintah untuk menunjang diagnosis TB antara lain pot dahak, kaca hapusan, reagen. Berdasarkan keterangan narasumber petugas TB dan dokter di puskesmas mengatakan bahwa selama ini tidak pernah terjadi kekosongan logistik OAT dan non OAT. Pemenuhan kebutuhan tersebut petugas berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Rejang Lebong.

Penerapan dan pengelolaan program TB DOTS di rumah sakit lebih sulit dibanding dengan pengelolaan di puskesmas, hal ini disebabkan karena pengelolaan program TB di rumah sakit melibatkan banyak pihak

terutama dokter yang menjadi kunci dalam layanan pengobatan TB. Rumah sakit umum Daerah Curup telah memiliki unit TB DOTS yang dipergunakan untuk pelayanan dan tatalaksana pengobatan penderita TB, dan telah dibentuk Tim DOTS TB serta memiliki standar operasional prosedur (SOP) pelayanan TB, sehingga program pengobatan TB di RSUD Curup telah berjalan sebagaimana yang diharapkan.

Pengelola program TB adalah petugas teknis yang bertanggung jawab secara administratif pencatatan dan pelaporan penderita TB yang diobati, pengelolaan program pengobatan penderita TB, memberikan edukasi pada penderita dan keluarga, menjadwalkan pemeriksaan kontrol ulang dahak dan berkoordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk rujukan atau pindah pengobatan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suharyo (2013) bahwa petugas pengelola TB berperan dalam memberikan edukasi kepada penderita dan keluarga, mengatur pemberian obat serta melakukan kunjungan rumah atau menelepon bila didapatkan penderita TB mangkir berobat.

Pengelola program TB memiliki peran penting dalam kepatuhan dan keberhasilan pengobatan penderita, seorang pengelola TB akan merencanakan program pengobatan setelah penderita TB di diagnosa dan diputuskan pengobatan oleh dokter. Proses ini juga dirasakan bagi pengelola TB di rumah sakit karena penderita setelah berobat dari dokter kemudian penderita bertemu dengan petugas TB untuk mendapatkan penjelasan cara mendapatkan obat dan menebus resep obat di apotek. Hal ini menunjukkan bahwa fungsi unit TB DOTS di rumah sakit sudah menjalankan standar operasional prosedur pelayanan TB. Pengelola TB di rumah sakit adalah tugas tambahan bukan tugas utama. Pengelola TB yang terlatih hendaknya bertugas bersama dokter spesialis paru dan saling berkoordinasi pada unit paru atau DOTS TB.

Tatalaksana pengobatan TB oleh dokter di puskesmas di Kabupaten Rejang Lebong

telah menerapkan standar pedoman TB DOTS, hal ini didukung dengan tenaga dokter terlatih DOTS dan kewajiban menerapkan standar pelayanan TB DOTS oleh Dinas Kesehatan Kabupaten. Dinas Kesehatan Kabupaten mengendalikan dan menjamin mutu penerapan tatalaksana pengobatan TB DOTS di puskesmas. Secara hierarkis puskesmas berada dibawah pembinaan dan pengawasan Dinas Kesehatan Kabupaten.

Pengakkan diagnosis sudah memenuhi standar pedoman TB DOTS yaitu hanya berdasarkan pada pemeriksaan dahak mikroskopis, hal ini akan berdampak pada ketepatan diagnosis TB. Berdasarkan pedoman Pengobatan TB Nasional. Berdasarkan keterangan dari responden seorang seorang pengelola TB di rumah sakit, Pengobatan TB yang diberikan oleh dokter di rumah sakit sudah menggunakan obat standar dengan dosis, jenis, paduan obat yang sesuai dengan standar pedoman TB.

Berdasarkan penelusuran dokumen medis penderita TB MDR diperoleh riwayat pengobatan dengan pemberian obat TB lini pertama yang sesuai dengan panduan. Akan tetapi lama pengobatan yang lebih dari 6 bulan, tahapan pengobatan intensif lebih dari 2 bulan karena sebagian penderita menunda pengobatan. Hal ini menunjukkan pengobatan TB yang tidak adekuat, meskipun di rumah sakit telah memiliki unit DOTS dan standar operasional prosedur pelayanan TB namun kenyataannya tidak berjalan sesuai harapan. Mencari pengobatan alternatif dan menunda pengobatan yang konvensional akan menyebabkan pengobatan yang tidak adekuat dan akan berdampak terhadap sensitivitas kuman terhadap obat.

Penelitian yang dilakukan oleh Fauziah (2013) menyatakan bahwa pengobatan TB yang tidak menggunakan OAT yang tepat dalam pemberian dosis, jenis, jumlah obat dan jangka waktu pengobatan tidak adekuat oleh petugas kesehatan. dalam mengidentifikasi TB resisten sehingga berdampak pada tatalaksana pengobatan penderita TB yang tidak adekuat.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian Perilaku penderita Tb paru pada awal pengobatan kurang baik, sikap dan tindakannya tidak mendukung dalam menjalankan program pengobatan, sehingga menyebabkan kegagalan pengobatan dan menimbulkan resistensi obat.

SARAN

Disarankan kepada petugas kesehatan untuk selalu meningkatkan pengetahuan dan sikap pasien sebelum memulai pengobatan serta menjalankan program pengobatan sesuai dengan standar DOTS.

DAFTAR PUSTAKA

- Amaliah, R. (2012). Faktof-faktor yang berhubungan dengan kegagalan konversi penderita TB paru BTA positif pengobatan fase intensif di Kabupaten Bekasi tahun 2010. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Diperoleh tanggal 12 Januari 2019 dari <http://lib.ui.ac.id/>.
- Amin, Z. & Bahar, A. (2010). Buku ajar ilmu penyakit dalam Jilid III Edisi V. Jakarta: Interna Publishing.
- Auziah, L. A., & Sudaryo, M. K. (2013). Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kejadian tuberkulosis multidrug resistant (TB-MDR) di RSUP Persahabatan Tahun 2013. Kesehatan Masyarakat. Retrieved from <http://lib.ui.ac.id>.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Rejang Lebong (2019), Kecamatan Sindang Kelingi dalam angka,2019,<https://rejanglebongkab.bps.go.id/publication/download.html?nrbvfev>,
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Rejang Lebong (2019), Kecamatan Curup Tengah dalam-angka,2019 <https://rejanglebongkab.bps.go.id/publication/download.html?nrbvfeve>.
- Badan Penelitian dan Pengembangan

- Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Riset kesehatan dasar 2013. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Boehme, CC., Nabeta P., Hilleman D., Nicol PM., Shenai S., Krapp F., et al. (2010). Rapid Molecular Detection of Tuberculosis and Rifampicin Resistance. *The New England Journal of Medicine*. 363(11):1005-15.
- Deshmukh R, Dhande DJ, Sachdeva KS, Sreenivas A, Kumar AMV, Satyanarayana S (2015). Patient and Provider Reported Reasons for Lost to Follow Up in MDRTB Treatment: a Qualitative Study from a Drug Resistant TB Centre in India. *Plos One*, 10, 1-11.
- Dinas kesehatan Propinsi Bengkulu. (2014) Profil Kesehatan.
- Dinas kesehatan Propinsi Bengkulu. (2015) Profil Kesehatan.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (2013), Petunjuk teknis manajemen terpadu pengendalian tuberkulosis resistan obat. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- <https://rejanglebongkab.bps.go.id/publication.html>, Badan Pusat Statistik Rejang Lebong 2019
- <https://rejanglebongkab.bps.go.id/publication/download.html?nrbvfev>, Kecamatan Sindang Keling dalam angka, 2019
- <https://rejanglebongkab.bps.go.id/publication/download.html?nrbvfeve> Kecamatan Curup Tengah dalam angka, 2019.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Rencana Aksi Nasional Programmatic Management of Drug Resistance Tuberculosis. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. 40-5
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Tuberculosis. 30-6
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. 51-60
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. Infodatin, Pusat data dan informasi Kemenkes RI.
- Lexy j. Moleong. 2007. Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi. Bandung : Munir, S.M., Nawas, A., dan Soetoyo, D. 2010. Pengamatan Pasien Tuberculosis Paru dengan Multidrug Resistant (TB-MDR) di Poliklinik Paru RSUP Persahabatan. *Jurnal Respirologi Indonesia*. 30(2): 92-9.
- Nugrahani, D.K, Malik, U.P, 2015, Analisis penyebab Resistensi Obat Anti Tuberkulosis, *Jurnal Kesehatan Masyarakat, UNS Semarang*, Vol.11, No 1. <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas>
- Reviono, Kusnanto, Eko, V. , 2014, Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB): Tinjauan Epidemiologi dan Faktor Risiko Efek Samping Obat Anti Tuberkulosis, *Majalah Kedokteran Bandung*, Vol.14, No 46.
- Soedarsono. 2010. Multidrug-Resistant (MDR) TB. Dalam: Buku Ajar Ilmu Penyakit Paru 2010. Surabaya: Departemen Ilmu Penyakit Paru Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga-RSUD Dr. Soetomo. Hal: 27-36.
- Wahidmurni, 2017, Pemaparan metode penelitian kualitatif, <http://repository.uin-malang.ac.id/1984/2/1984.pdf>