

**PENGARUH KEPATUHAN PENGOBATAN TUBERKULOSIS
TERHADAP *OUTCOME* KLINIS PASIEN**



Oleh :

Afifah Nur Azhar

19133971 A

**FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS SETIA BUDI
SURAKARTA**

2017

**PENGARUH KEPATUHAN PENGOBATAN TUBERKULOSIS
TERHADAP *OUTCOME* KLINIS PASIEN**

SKRIPSI



*Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai
Derajat Sarjana Farmasi (S.Farm)
Program Studi Ilmu Farmasi pada Fakultas Farmasi
Universitas Setia Budi*

Oleh :

Afifah Nur Azhar

19133971 A

**FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS SETIA BUDI
SURAKARTA**

2017

PENGESAHAN SKRIPSI
berjudul

**PENGARUH KEPATUHAN PENGOBATAN TUBERKULOSIS
TERHADAP *OUTCOME* KLINIS PASIEN**

Oleh:

Afifah Nur Azhar
19133971A

Dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi
Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi
Pada tanggal: 5 Juni 2017

Mengetahui,
Fakultas Farmasi
Universitas Setia Budi



Prof. Dr. R. Octari, SU., MM., M.Sc., Apt

Pembimbing Utama,

Lucia Vita Inandha Dewi, S.Si, M.Sc, Apt

Pembimbing Pendamping,

Iswandi, S.Si, M.Pharm, Apt

Penguji:

1. Dra. Elina Endang Sulistyowati, M. Si
2. Ganet Eko Pramukantoro, S. Farm, M. Si., Apt
3. Dra. Pudiastuti R.S.P, M.M., Apt
4. Lucia Vita Inandha Dewi, S. Si., M. Sc., Apt

1.

2.

3.

4.

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila skripsi ini merupakan jiplakan dari penelitian/karya ilmiah/skripsi orang lain, maka saya siap menerima sanksi, baik secara akademis maupun hukum.

Surakarta, 5 Juni 2017



Afifah Nur Azhar

HALAMAN PERSEMBAHAN

“Allah tidak membebani seseorang kecuali sesuai dengan kesanggupannya”

(Q.S:Al-Baqarah 286)

“Menuntut ilmu adalah kewajiban bagi setiap Muslim”

(Diriwayatkan oleh Imam Ibnu Majah, Hadits no 223)

Dunia akan terus berputar seperti roda yang berputar pada porosnya. Kadang berada di bawah dan kadang berada di atas, seperti hidup ini. Melewati itu semua butuh suatu perjuangan yang berlandaskan keimanan dan keikhlasan. Semua perjuangan di dunia ini tidak ada yang sia-sia. Jika memang kita rasa sia-sia, pasti suatu saat nanti akan ada masa untuk mengenang dan merasakan bahwa itu tidak ada yang sia-sia justru sangatlah berharga. Hadapi, hayati, nikmati! Karena lika-liku kehidupan tidak akan pernah habis ditelan masa dan percayalah Allah selalu membersamai kita dan semua akan indah pada waktunya.

Ku persembahkan karya ini untuk :

Allah SWT dan Nabi Muhammad s.a.w

Kedua orang tua yang selalu mendoakan yang terbaik untuk ku

Kakak dan adik ku beserta keponakan ku

Sahabat terbaik ku

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala nikmat, karunia, rahmat, dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Shalawat dan salam semoga tetap tercurahkan pada Nabi Muhammad SAW beserta para pengikutnya.

Skripsi ini berjudul “**PENGARUH KEPATUHAN PENGOBATAN TUBERKULOSIS TERHADAP *OUTCOME* KLINIS PASIEN**” yang disusun demi memenuhi sebagian syarat untuk memperoleh derajat Sarjana Farmasi di Universitas Setia Budi, Surakarta. Saya harapkan skripsi ini dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan pada umumnya dan kepatuhan pasien terhadap pengobatan pada khususnya.

Keberhasilan penyelesaian skripsi ini tidak terlepas dari doa dan dukungan berbagai pihak. Maka pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang tulus kepada:

1. Allah SWT atas segala bantuan yang diberikan.
2. Dr.Ir.Djoni Tarigan, MBA selaku Rektor Universitas Setia Budi Surakarta.
3. Prof. Dr. R.A. Oetari, SU., MM., M.Sc., Apt. selaku Dekan Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi.
4. Lucia Vita Inandha Dewi, S.Si, M.Sc, Apt., selaku pembimbing utama yang telah memberi dukungan, nasehat, petunjuk dan pengarahan sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Iswandi, S.Si, M.Pharm, Apt., selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan bantuan, dorongan, nasehat, bimbingan, dan masukan yang maksimal kepada penulis demi kesempurnaan skripsi ini.
6. Tim penguji yang telah menyediakan waktu untuk menguji dan memberikan masukan untuk penyempurnaan skripsi ini.
7. Kedua orang tua ku Bapak Suparjo dan Ibu Erny Yulianti, kakak ku Aditya Taufan Puruhito dan Winda Kartika Ningrum, adik ku Azizah Nur Hasna, serta keponakan ku Shaina Azkiya tercinta. Terimakasih atas doa, kasih

sayang, semangat, dukungan, dan hiburannya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

8. Mas Muhammad Anwan Burhani yang telah membantu dan menyemangati dalam menyusun naskah skripsi ini.
9. Sahabat ku “Sejawat Farmasi” : Ita, Hapsari, Lilik, Erni, Linda, Meme, Rizka. Adik-adik kos “Bougenfile”. Sahabat “Armada” dan “Golden”, serta sahabat “Farmasi 5” yang telah memberikan semangat, dukungan, dan doanya.
10. Segenap pihak yang tidak bisa disebutkan satu-persatu yang telah terlibat dalam penyusunan naskah skripsi ini.

Akhir kata penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna dikarenakan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun untuk memperbaiki skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang farmasi.

Wabillahitaufik wal hidayah, wassalamualaikum wr.wb

Surakarta, 5 Juni 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	I	
HALAMAN PENGESAHAN	II	
HALAMAN PERNYATAAN	III	
HALAMAN PERSEMBAHAN	IV	
HALAMAN KATA PENGANTAR	V	
DAFTAR ISI	VII	
DAFTAR GAMBAR	X	
DAFTAR TABEL	XI	
DAFTAR LAMPIRAN	XIII	
DAFTAR SINGKATAN	XIV	
INTISARI	XV	
ABSTRACT	XVI	
BAB I PENDAHULUAN	1	
A. Latar Belakang Masalah.....		1
B. Rumusan Masalah		3
C. Tujuan Penelitian.....		3
D. Manfaat Penelitian.....		3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4	
A. Tuberkulosis		4
1. Etiologi dan patogenesis.....		4
2. Epidemiologi		5
3. Tanda-tanda dan gejala klinis.....		6
4. Tata laksana terapi tuberkulosis		6

5. Klasifikasi tuberkulosis	7
5.1. Tuberkulosis paru..	7
5.2. Tuberkulosis ekstra paru..	8
6. Kategori tuberkulosis	8
6.1. Kategori 1.	8
6.2. Kategori 2.	8
6.3. Kategori 3.	8
7. Tipe pasien	8
7.1. Kasus baru.....	8
7.2. Kasus kambuh (<i>relaps</i>)	8
7.3. Kasus putus berobat (<i>default/Drop Out/DO</i>).....	8
7.4. Kasus gagal (<i>failure</i>).....	8
7.5. Kasus pindahan (<i>transfer in</i>).....	8
7.6. Kasus lain.....	9
8. Pengobatan	9
8.1. Tahap intensif.	9
8.2. Tahap lanjutan.....	9
9. Obat Anti Tuberkulosis (OAT)	9
B. Kepatuhan.....	12
1. Pengertian kepatuhan	12
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan	13
3. Alat ukur kepatuhan	13
C. <i>Outcome</i> Klinis.....	16
D. Landasan Teori.....	17
E. Hipotesis	18

BAB III METODE PENELITIAN

19

A. Rancangan Penelitian	19
B. Populasi dan Sampel	20
1. Populasi	20
2. Sampel	20
2.1. Kriteria inklusi	20
2.2. Kriteria eksklusi	20
C. Variabel Penelitian	21
1. Identifikasi variabel utama	21
2. Klasifikasi variabel.....	21
2.1. Variabel bebas/ <i>independent</i>	21
2.2. Variabel tergantung/ <i>dependent</i>	21
3. Definisi operasional variabel.....	21
3.1. Kepatuhan pengobatan (<i>medication adherence</i>).....	21
3.2. Skala MMAS.	21
3.3. Obat Anti Tuberkulosis (OAT)	21
3.4. Pasien tuberkulosis	22
3.5. <i>Outcome</i> klinis.	22
D. Alat dan Bahan Penelitian	22

1. Lembar persetujuan/ <i>Informed concern</i>	22
2. Lembar data sosiodemografi	22
3. Kuisisioner <i>Morisky Medication Adherence Scale</i> (MMAS)	22
4. Form pengambilan data	22
E. Jalannya Penelitian	22
F. Analisis Data	23

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN 24

A. Karakteristik Responden	24
1. Distribusi jenis kelamin pasien TBC	24
2. Distribusi umur pasien TBC	25
3. Distribusi tingkat pendidikan pasien TBC	26
4. Distribusi pekerjaan pasien TBC	27
B. Gambaran Tingkat Kepatuhan	27
C. Pengaruh Karakteristik Pasien TBC Terhadap Kepatuhan	32
1. Pengaruh distribusi jenis kelamin pasien terhadap kepatuhan	32
2. Pengaruh distribusi umur pasien terhadap kepatuhan	33
3. Pengaruh distribusi pekerjaan pasien terhadap kepatuhan	34
4. Pengaruh distribusi pendidikan pasien terhadap kepatuhan	35
D. Gambaran <i>Outcome</i> Klinis Pasien TBC	35
E. Pengaruh Kepatuhan Pengobatan Dengan <i>Outcome</i> Klinis Pasien TBC	37

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 39

A. Kesimpulan	39
B. Saran	39

DAFTAR PUSTAKA 40

LAMPIRAN 44

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Tatalaksana terapi TBC	7
Gambar 2. Skema jalannya penelitian.....	23

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Obat Anti Tuberkulosis (OAT)	10
Tabel 2. Dosis untuk paduan OAT FDC Kategori 1	10
Tabel 3. Dosis paduan OAT Kombipak untuk Kategori 1	11
Tabel 4. Dosis untuk paduan OAT KDT Kategori 2	11
Tabel 5. Dosis paduan OAT Kombipak untuk Kategori 2.....	12
Tabel 6. Pengelompokan kategori kepatuhan	15
Tabel 7. Kuesioner MMAS	15
Tabel 8. Pengelompokan kategori kepatuhan	21
Tabel 9. Distribusi jenis kelamin pasien TBC	24
Tabel 10. Distribusi umur pasien TBC	25
Tabel 11. Distribusi tingkat pendidikan pasien TBC	26
Tabel 12. Distribusi pekerjaan pasien TBC	27
Tabel 13. Gambaran tingkat kepatuhan 3 kategori	28
Tabel 14. Gambaran tingkat kepatuhan 2 kategori	29
Tabel 15. Rekapitulasi nilai MMAS	30
Tabel 16. Hasil uji <i>Chi-square</i> pengaruh karakteristik pasien terhadap kepatuhan.....	32
Tabel 17. Hasil uji <i>Chi-square</i> antara jenis kelamin dengan kepatuhan.....	32
Tabel 18. Hasil uji <i>Chi-square</i> antara umur dengan kepatuhan.....	33
Tabel 19. Hasil uji <i>Chi-square</i> antara pekerjaan dengan kepatuhan.....	34
Tabel 20. Hasil uji <i>Chi-square</i> antara pendidikan dengan kepatuhan	35

Tabel 21. Data <i>outcome</i> klinis pasien TBC tahap lanjut.....	36
Tabel 22. Hasil uji <i>Chi-square</i> antara kepatuhan dengan <i>outcome</i> klinis.....	37

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat kelaikan etik	44
Lampiran 2. Surat ijin praktek	45
Lampiran 3. Contoh kuesioner MMAS.....	46
Lampiran 4. Perhitungan distribusi jenis kelamin pasien TBC	47
Lampiran 5. Perhitungan distribusi umur pasien TBC	48
Lampiran 6. Perhitungan distribusi pekerjaan pasien TBC	49
Lampiran 7. Perhitungan distribusi pendidikan pasien TBC	50
Lampiran 8. Perhitungan gambaran kepatuhan pasien TBC.....	51
Lampiran 9. Uji <i>Chi-square</i> hubungan jenis kelamin pasien TBC dengan kepatuhan.....	52
Lampiran 10. Uji <i>Chi-square</i> hubungan umur pasien TBC dengan kepatuhan....	53
Lampiran 11. Uji <i>Chi-square</i> hubungan pekerjaan pasien TBC dengan kepatuhan.....	54
Lampiran 12. Uji <i>Chi-square</i> hubungan pendidikan pasien TBC dengan kepatuhan.....	55
Lampiran 13. Perhitungan gambaran outcome klinis pasien TBC	56
Lampiran 14. Uji <i>Chi-square</i> hubungan kepatuhan pasien TBC dengan <i>outcome</i> klinis	57
Lampiran 15. Karakteristik dan outcome klinis pasien TBC fase lanjut di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta.....	58
Lampiran 16. Skor kepatuhan pasien berdasarkan kuesioner MMAS.....	59

INTISARI

AZHAR, AN. 2017, PENGARUH KEPATUHAN PENGOBATAN TBC TERHADAP *OUTCOME* KLINIS PASIEN, SKRIPSI, FAKULTAS FARMASI, UNIVERSITAS SETIA BUDI, SURAKARTA.

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman (*Mycobacterium tuberculosis*) yang hingga saat ini TB masih menjadi masalah kesehatan yang sangat penting. Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian menjadi fokus dalam mencapai derajat kesehatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran kepatuhan pasien TBC menggunakan skala MMAS dan melihat pengaruh tingkat kepatuhan terhadap *outcome* klinis pasien TBC.

Data dari pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia menjadi responden diminta mengisi lembar *informed consent* dan lembar data sosiodemografi kemudian dilakukan wawancara untuk mengetahui pengetahuan pasien dan sikap pasien menggunakan lembar kuisioner berupa kuisioner MMAS. Data yang didapat kemudian direkapitulasi dalam tabel induk untuk menggolongkan tingkat kepatuhan dan tabel induk sikap dalam bentuk yang sudah dinominalkan. Proses yang terakhir, data yang telah direkapitulasi kemudian dianalisis agar dapat ditarik kesimpulan dengan SPSS versi 17.

Hasil gambaran kepatuhan pengobatan TBC di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta dilihat dengan skala MMAS berada kategori patuh dengan persentase 80% dan kepatuhan pengobatan TBC di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta tidak berpengaruh signifikan terhadap *outcome* klinis pasien TBC dengan nilai Asymp.Sig. (2-sided) 0,464 > 0,05.

Kata kunci: Tuberkulosis (TB), *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS), Kepatuhan.

ABSTRACT

AZHAR, AN. 2017, THE INFLUENCE OF ADHERENCE TREATMENT TUBERCULOSIS TO OUTCOME CLINICAL PATIENTS, THESIS, THE FACULTY PHARMACEUTICAL, SETIA BUDI UNIVERSITY, SURAKARTA.

Tuberculosis (TB) is an infectious disease directly caused by bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*) which until today TB remains a very important health problem. Adherence in consume daily medicine becomes the focus in achieving the health of patients. This study attempts to look at an image of adherence patients tuberculosis use MMAS scale and the impact of clinical adherence to outcome patients tuberculosis.

Data from patients who meet the criteria inclusion and willing to become were asked fill a sheet informed consent and sheets of data sociodemography then interviews were conducted to know knowledge patients and attitude patients use sheets of questionnaire MMAS. Data obtained later in recapitulation in table aircraft carriers to classifies levels of involvement and table parent attitude in the form of out of nominal. The process of the last, the data that has been recapitulation then analyzed to a conclusion can be drawn with SPSS version 17.

The image adherence treatment tuberculosis at community Bantul district, special region Yogyakarta seen with scales MMAS be category adherent to the percentage 80 % and adherence treatment tuberculosis at community Bantul district, special region of Yogyakarta do not affect significant impact on outcome clinical patients with the Asymp.sig tuberculosis.(2-sided) $0,464 > 0.05$.

Keywords: Tuberculosis (TB), Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), adherence.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman (*Mycobacterium tuberculosis*) yang hingga saat ini TB masih menjadi masalah kesehatan yang sangat penting (Anonim 2006). Berdasarkan laporan WHO tahun 2015, tuberkulosis diperkirakan masih menyerang 9,6 juta orang dan menyebabkan 1,2 juta kematian pada tahun 2014. India, Indonesia dan China merupakan negara dengan penderita tuberkulosis terbanyak yaitu berturut-turut 23%, 10% dan 10% dari seluruh penderita di dunia.

Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan. Pada tahap intensif (awal) pasien mendapat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Pengobatan tahap intensif diberikan secara tepat, biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif dalam 2 bulan. Tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persisten* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan (Frida *et al.* 2006).

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015, keberhasilan pengobatan TB di seluruh Indonesia yaitu 85%, angka ini mengalami penurunan dari tahun-tahun sebelumnya seperti pada tahun 2014 angka keberhasilan pengobatan penyakit TB mencapai 90,1% (Kemenkes RI 2016). Angka keberhasilan pengobatan penyakit TB erat kaitannya dengan kepatuhan pengobatan. Ketekunan pasien untuk tetap menjalani pengobatan pada kondisi penyakit kronis masih rendah, dan ketekunan tersebut akan makin menurun setelah 6 bulan pengobatan (Osteberg dan Blaschke 2005).

Penemuan kasus TB BTA Positif pada di Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2015 sebesar 66,80% naik dibandingkan Tahun 2014 yang dilaporkan sebesar 44,19%. Jumlah kematian akibat TB dilaporkan

sejumlah 11 orang. Angka kesuksesan (*Succes Rate*) terdiri dari angka kesembuhan dan pengobatan lengkap TB Paru. Angka kesuksesan pada tahun 2015 dilaporkan sebesar 95,09%. Angka kesembuhan (*Cure rate*) pada tahun 2014 dilaporkan sebesar 63,39%. Angka kesembuhan pengobatan TB di Kabupaten Bantul pada tahun 2015 turun bila dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 82,19 dan angka kesembuhan ini juga berada di bawah target Nasional (85%) (Dinkes Bantul 2016).

Secara umum, istilah kepatuhan (*compliance* atau *adherence*) didiskripsikan dengan sejauh mana pasien mengikuti instruksi-instruksi atau saran medis (Sabate 2001). Terkait dengan terapi obat, kepatuhan pasien didefinisikan sebagai derajat kesesuaian antara riwayat dosis yang sebenarnya dengan regimen dosis obat yang diresepkan. Dalam konteks pengendalian tuberkulosis paru atau TB paru, kepatuhan terhadap pengobatan dapat didefinisikan sebagai tingkat ketaatan pasien-pasien yang memiliki riwayat pengambilan obat terapeutik terhadap resep pengobatan (Kemenkes RI 2011). Tingkat kepatuhan pemakaian obat TB paru sangatlah penting, karena bila pengobatan tidak dilakukan secara teratur dan tidak sesuai dengan waktu yang telah ditentukan maka akan dapat timbul kekebalan (*resistence*) kuman tuberkulosis terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) secara meluas atau disebut dengan *Multi Drugs Resistance* (MDR) (Depkes RI 2002).

Ketidakpatuhan terhadap pengobatan akan mengakibatkan tingginya angka kegagalan pengobatan penderita TB paru, sehingga akan meningkatkan resiko kesakitan, kematian, dan menyebabkan semakin banyak ditemukan penderita TB paru dengan Basil Tahan Asam (BTA) yang resisten dengan pengobatan standar. Pasien yang resisten tersebut akan menjadi sumber penularan kuman yang resisten di masyarakat. Hal ini tentunya akan mempersulit pemberantasan penyakit TB paru di Indonesia serta memperberat beban pemerintah (Depkes RI 2005).

Dampak ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat antara lain dikemukakan oleh (Hayes *et al.* 2009) yaitu ketidakpatuhan pada penyakit TBC dalam meminum obat yang seharusnya diminum secara berturut-turut selama enam bulan, dapat berakibat penderita TBC harus mengulang pengobatan lagi dari

awal meskipun pasien sudah minum selama 1-2 minggu berturut-turut. Hal tersebut tentu saja akan memakan waktu dan biaya yang lebih banyak lagi dan kesembuhan pasien menjadi terhambat atau lebih lama.

Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat merupakan aspek utama dalam penanganan penyakit-penyakit kronis seperti TBC. Memperhatikan kondisi yang telah dikemukakan oleh Hayers *et al.* kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian menjadi fokus dalam mencapai derajat kesehatan pasien, dalam hal ini dapat dilihat dari sejauh mana pasien mengikuti atau mentaati perencanaan pengobatan yang telah disepakati oleh pasien dan profesional medis untuk menghasilkan sasaran-sasaran terapeutik (Frain *et al.* 2009). Penilaian kepatuhan menggunakan *Morisky Scale* yaitu menanyakan pada pasien, setiap pertanyaan yang direspon dilingkari "ya" atau "tidak".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, dapat dirumuskan suatu permasalahan sebagai berikut :

1. Bagaimana gambaran kepatuhan pasien TBC dilihat dengan skala MMAS?
2. Bagaimana pengaruh tingkat kepatuhan terhadap *outcome* klinis pasien TBC?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk :

1. Melihat gambaran kepatuhan pasien TBC menggunakan skala MMAS.
2. Melihat pengaruh tingkat kepatuhan terhadap *outcome* klinis pasien TBC.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ilmiah yang dilakukan diharapkan dapat memberikan pengetahuan terhadap masyarakat mengenai pengaruh kepatuhan konsumsi obat bagi penderita TBC terhadap *outcome* klinis pasien TBC.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tuberkulosis

1. Etiologi dan patogenesis

Tuberkulosis adalah salah satu penyakit yang disebabkan karena infeksi dari bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (Chuluq *et al.* 2004). Pada umumnya *Mycobacterium tuberculosis* menyerang paru dan sebagian kecil organ tubuh lain. Kuman ini mempunyai sifat khusus, yakni tahan terhadap asam pada pewarnaan, hal ini dipakai untuk identifikasi dahak secara mikroskopis. Sehingga disebut sebagai Basil Tahan Asam (BTA). *Mycobacterium tuberculosis* cepat mati dengan matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup pada tempat yang gelap dan lembab. Di dalam jaringan tubuh, kuman dapat *dormant* (tertidur sampai beberapa tahun). TB timbul berdasarkan kemampuannya untuk memperbanyak diri di dalam sel-sel fagosit (Depkes RI 2005).

Secara klinis, TB dapat terjadi melalui infeksi primer dan paska primer. Infeksi primer terjadi ketika kuman tuberkulosis yang masuk melalui saluran napas akan bersarang di jaringan paru, dimana ia akan membentuk suatu sarang pneumonik, yang disebut sarang primer atau afek primer. Sarang primer ini mungkin timbul di bagian mana saja dalam paru, berbeda dengan sarang reaktivasi. Dari sarang primer akan kelihatan peradangan saluran getah bening menuju hilus (limfangitis lokal). Peradangan tersebut diikuti oleh pembesaran kelenjar getah bening di hilus (limfadenitis regional) (PDPI 2006).

Infeksi paska primer terbentuk dari tuberkulosis primer yang muncul bertahun-tahun kemudian menjadi tuberkulosis *post-primer*, biasanya pada usia 15-40 tahun. Tuberkulosis *post* primer mempunyai nama yang bermacam-macam yaitu tuberkulosis bentuk dewasa, *localized tuberculosis*, tuberkulosis menahun, dan sebagainya. Bentuk tuberkulosis inilah yang terutama menjadi problem kesehatan rakyat, karena dapat menjadi sumber penularan. Tuberkulosis *post-primer* dimulai dengan sarang dini, yang umumnya terletak di segmen apikal

dari lobus superior maupun lobus inferior. Sarang dini ini awalnya berbentuk suatu sarang pneumonik kecil (PDPI 2006).

2. Epidemiologi

Tuberkulosis merupakan penyakit yang menjadi perhatian global. Berbagai upaya pengendalian yang dilakukan, insiden dan kematian akibat tuberkulosis telah menurun, namun tuberkulosis diperkirakan masih menyerang 9,6 juta orang dan menyebabkan 1,2 juta kematian pada tahun 2014. India, Indonesia dan China merupakan negara dengan penderita tuberkulosis terbanyak yaitu berturut-turut 23%, 10% dan 10% dari seluruh penderita di dunia (WHO, *Global Tuberculosis Report 2015*).

Pada tahun 2015 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 330.910 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2014 yang sebesar 324.539 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Kasus tuberkulosis di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia (Kemenkes RI 2016). Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2015, keberhasilan pengobatan TB di seluruh Indonesia yaitu 85%, angka ini mengalami penurunan dari tahun-tahun sebelumnya seperti pada tahun 2014 angka keberhasilan pengobatan penyakit TB mencapai 90,1% (Kemenkes RI 2016).

Penularan TB sangat dipengaruhi oleh masalah lingkungan, perilaku sehat penduduk, ketersediaan sarana pelayanan kesehatan. Masalah lingkungan yang terkait seperti masalah kesehatan yang berhubungan dengan perumahan, kepadatan anggota keluarga, kepadatan penduduk, konsentrasi kuman, ketersediaan cahaya matahari dan lain sebagainya. Sedangkan masalah perilaku sehat antara lain akibat dari meludah sembarangan, batuk sembarangan, kedekatan anggota keluarga, gizi yang kurang atau tidak seimbang dan lain sebagainya. Masalah sarana pelayanan kesehatan, antara lain menyangkut ketersediaan obat, penyuluhan tentang penyakit dan mutu pelayanan kesehatan (Depkes RI 2005).

3. Tanda-tanda dan gejala klinis

Gejala penyakit TBC dapat dibagi menjadi gejala umum dan gejala khusus yang timbul sesuai dengan organ yang terlibat. Gambaran secara klinis tidak terlalu khas terutama pada kasus baru, sehingga cukup sulit untuk menegakkan diagnosa secara klinik. Bentuk gejala sistemik/umum meliputi batuk-batuk selama lebih dari 3 minggu (dapat disertai dengan darah), demam tidak terlalu tinggi yang berlangsung lama, biasanya dirasakan malam hari disertai keringat malam, kadang-kadang serangan demam seperti influenza dan bersifat hilang timbul, penurunan nafsu makan dan berat badan, perasaan tidak enak (malaise), lemah.

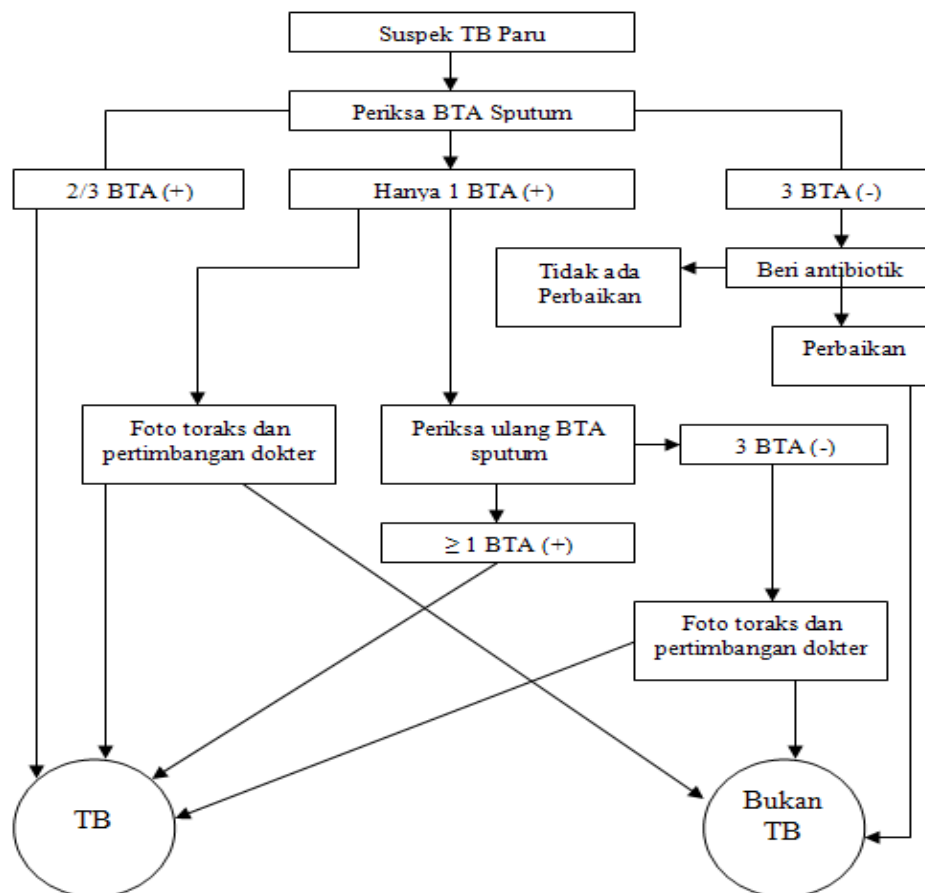
Bentuk gejala khusus, tergantung dari organ tubuh mana yang terkena, bila terjadi sumbatan sebagian bronkus (saluran yang menuju ke paru-paru) akibat penekanan kelenjar getah bening yang membesar, akan menimbulkan suara “mengi”, suara nafas melemah yang disertai sesak, ada cairan dirongga pleura (pembungkus paru-paru), dapat disertai dengan keluhan sakit dada. Bila mengenai tulang, maka akan terjadi gejala seperti infeksi tulang yang pada suatu saat dapat membentuk saluran dan bermuara pada kulit di atasnya, pada muara ini akan keluar cairan nanah. Pada anak-anak dapat mengenai otak (lapisan pembungkus otak) dan disebut sebagai meningitis (radang selaput otak), gejalanya adalah demam tinggi, adanya penurunan kesadaran dan kejang-kejang.

Pasien anak yang tidak menimbulkan gejala, TBC dapat terdeteksi kalau diketahui adanya kontak dengan pasien TBC dewasa. Kira-kira 30-50% anak yang kontak dengan penderita TBC paru dewasa memberikan hasil uji tuberkulin positif. Pada anak usia 3 bulan hingga 5 tahun yang tinggal serumah dengan penderita TBC paru dewasa dengan BTA positif, dilaporkan 30% terinfeksi berdasarkan pemeriksaan serologi/darah (PDPI 2006).

4. Tata laksana terapi tuberkulosis

Penemuan kasus TB pada orang dewasa dilakukan secara pasif, yang berarti penjangkauan tersangka penderita dilakukan pada mereka yang memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK). Penemuan secara pasif tersebut didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan angka penderita.

Pemeriksaan kontak serumah juga dilakukan pada anggota keluarga yang tinggal bersama dengan seseorang yang sudah didiagnosis TB paru BTA positif (Depkes RI 2009). Diagnosis terhadap pasien tuberkulosis dapat ditegakkan dengan 3 cara, yaitu pemeriksaan dahak, radiologi, dan tes mantoux (Kemenkes RI 2011).



Gambar 1. Tatalaksana Terapi TBC.

5. Klasifikasi tuberkulosis

Menurut Depkes RI (2005) penyakit TB dapat di klasifikasikan berdasarkan organ tubuh yang terkena, yaitu TB paru dan TB ekstra paru.

5.1. Tuberkulosis paru. Tuberkulosis yang menyerang jaringan perenkim paru, tidak termasuk pleura dan kelenjar pada hilus.

5.2. Tuberkulosis ekstra paru. Tuberkulosis yang menyerang organ selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung, kelenjar limfe, tulang, persendian, ginjal, saluran kemih, dan lain lain.

6. Kategori tuberkulosis

Pasien TB dapat dikategorikan menurut hasil diagnosisnya menjadi kategori 1, kategori 2, dan kategori 3.

6.1. Kategori 1. Pasien TB yang termasuk dalam kategori ini adalah pasien TB baru BTA positif, pasien TB paru BTA negatif rontgen positif yang sakit berat, serta pasien TB ekstra paru berat.

6.2. Kategori 2. Pasien TB yang termasuk dalam kategori ini adalah pasien TB kambuh, pasien TB gagal, dan pasien TB yang berobat setelah lalai (*after default*).

6.3. Kategori 3. Pasien TB yang termasuk dalam kategori ini adalah pasien baru TB paru BTA negatif rontgen positif dan pasien baru TB ekstra paru sakit ringan (Depkes RI 2005).

7. Tipe pasien

Pasien dikategorikan menurut riwayat pengobatan sebelumnya, yaitu:

7.1. Kasus baru. Pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).

7.2. Kasus kambuh (*relaps*). Kasus kambuh adalah pasien TB yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, di diagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).

7.3. Kasus putus berobat (*default/Drop Out/DO*). Pasien TB yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

7.4. Kasus gagal (*failure*). Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

7.5. Kasus pindahan (*transfer in*). Pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.

7.6. Kasus lain. Semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Dalam kelompok ini termasuk kasus kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan (Depkes RI 2005).

8. Pengobatan

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutus mata rantai penularan, dan mencegah resistensi bakteri terhadap OAT. Salah satu prinsip pengobatan TB yaitu OAT tidak boleh diberikan dalam bentuk monoterapi, namun harus dalam bentuk kombinasi beberapa OAT dalam jumlah dan dosis yang cukup sesuai dengan kategori pengobatan (Depkes RI 2009).

Pengobatan TB umumnya berlangsung selama 6 bulan dan diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan tahap lanjutan (WHO 2008).

8.1. Tahap intensif. Pengobatan TB tahap intensif merupakan tahap yang krusial karena apabila pengobatan tahap ini diberikan secara tepat, pasien biasanya menjadi tidak menular dalam waktu 2 minggu. Pada pengobatan tahap ini, pasien diharuskan untuk meminum OAT setiap hari selama 2 bulan untuk mencegah terjadinya resistensi bakteri terhadap OAT. Sebagian besar pasien TB dengan diagnosis awal BTA positif akan berubah menjadi BTA negatif dalam waktu 2 bulan.

8.2. Tahap lanjutan. Tahap lanjutan diberikan dalam waktu yang lebih lama daripada tahap intensif, yaitu selama 4 bulan. Tahap ini bertujuan untuk membunuh bakteri persisten (*dormant*) sehingga dapat mencegah terjadinya kekambuhan. Pada tahap ini pasien mendapatkan OAT dengan jumlah yang lebih sedikit daripada tahap intensif.

9. Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah obat-obatan berupa antibiotik khusus yang digunakan untuk membunuh kuman *Mycobacterium*. Obat anti tuberkulosis yang umum digunakan sebagai lini pertama pada terapi tuberkulosis adalah Isoniazid, Rifampisin, Ethambutol, Pirazinamid, dan Streptomisin (Depkes RI 2005).

Tabel 1. Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Golongan dan Jenis	Obat	
Golongan-1 Obat Lini Pertama	Isoniasid (H) Etambutol (E)	Pyrazinamid (P) Rifampisin (R) Streptomycin (S)
Golongan-2 / Obat suntik/ Suntikan lini kedua	Kanamycin (Km)	Amikacin (Am) Capreomycin (Cm)
Golongan-3 / Golongan Florokuinolon	Ofloxacin (Ofx) Levofloxacin(Lfx)	Moxifloxacin (Mfx)
Golongan-4 / Obat bakteriostatik lini kedua	Ethionamide (Eto) Prothionamid (Pto) Cyclosporine (Cs)	Para amino salisilat (PAS) Terizidon (Trd)
Golongan-5 / obat yang belum terbukti efikasinya dan tidak direkomendasikan oleh WHO	Clofazimine (Cfz) Linezolid (Lzd) Amoxilin- Clavulanate (Amx- Clv)	Thioacetazone (Thz) Claritomyacin (Clr) Imipenem (Ipm)

Sumber: Kemenkes RI 2011

Paduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia dibagi dalam 2 kategori. Kategori 1 maupun kategori 2 disediakan dalam bentuk paket kombinasi dosis tetap (KDT) atau *fixed dose combination* (FDC) dimana dosis dalam kombinasi obat ini tetap sehingga jumlah pemberiannya hanya tinggal disesuaikan dengan berat badan pasien. Paket KDT ini ditujukan untuk memudahkan pemberian dan menjamin kepatuhan pengobatan sampai selesai. Bentuk OAT lain yang tersedia yaitu paket kombipak. Paket kombipak adalah paket lepas yang terdiri dari isoniasid, rifampisin, pirazinamid dan etambutol yang dikemas dalam bentuk blister. Paket kombipak disediakan untuk pengobatan pasien yang mengalami efek samping OAT KDT (Kemenkes RI 2011).

Tabel 2. Dosis untuk paduan OAT FDC Kategori 1

Berat Badan (kg)	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	2 tablet 4FDC	2 tablet 2FDC
38-54	3 tablet 4FDC	3 tablet 2FDC
55-70	4 tablet 4FDC	4 tablet 2FDC
71	5 tablet 4FDC	5 tablet 2FDC

Sumber: Kemenkes RI 2011

Tabel 3. Dosis paduan OAT Kombipak untuk Kategori 1

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Dosis per hari / kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet Isoniasid @ 300 mg	Kaplet Rifampisin @ 450 mg	Tablet Etambutol @ 250 mg	Tablet Pirazinamid @ 500 mg	
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	4 bulan	2	1	-	-	48

Sumber: Kemenkes RI 2011

Kategori 1 yaitu 2(HRZE)/4(HR)3 terdiri dari isoniasid, rifampisin, pirazinamid dan etambutol yang diberikan setiap hari selama 2 bulan pada fase intensif dan diikuti fase lanjutan selama 4 bulan dengan pemberian isoniasid dan rifampisin sebanyak 3 kali dalam seminggu. Kategori 2 merupakan pengobatan untuk pasien tuberkulosis yang kambuh, gagal atau putus berobat (*default*). Kategori 2 yaitu 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3 terdiri dari isoniasid, rifampisin, pirazinamid, etambutol dan injeksi streptomisin yang diberikan setiap hari selama 2 bulan pada fase intensif ditambah satu bulan sisipan diikuti dengan fase lanjutan selama 5 bulan dengan isoniasid, rifampisin dan etambutol 3 kali dalam seminggu (Kemenkes RI 2011).

Tabel 4. Dosis untuk paduan OAT KDT Kategori 2

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

Sumber: Kemenkes RI 2011

Tabel 5. Dosis paduan OAT Kombipak untuk Kategori 2

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Tablet Isoniasid @ 300 mg	Kaplet Rifampisin @ 450 mg	Tablet Pirazinamid @ 500 mg	Etambutol Tablet		S inj. (gr)	Jumlah hari/kali menelan obat
					@250 mgr	@400 mgr		
Intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	-	0,	56
	1 bulan	1	1	3	3	-	75	28
Lanjutan (dosis 3x seminggu)	4 bulan	2	1	-	1	2	-	60

Sumber: Kemenkes RI 2011

B. Kepatuhan

1. Pengertian kepatuhan

Kepatuhan (*adherence*) didefinisikan sebagai perilaku pasien yang menaati semua nasihat dan petunjuk yang dianjurkan oleh tenaga medis. Istilah “*adherence*” lebih banyak disukai, karena jika menggunakan istilah “*compliance*” akan merujuk pada perilaku pasien yang secara pasif mengikuti keinginan dokter dan perencanaan terapinya, bukan berdasarkan kesepakatan atau kontrak antara pasien dengan tenaga kesehatan. Tingkat kepatuhan individu pasien dilaporkan sebagai persentase dosis pengobatan yang digunakan oleh pasien dalam periode tertentu (Osteberg dan Blaschke 2005).

Kepatuhan merupakan sikap menjaga dan mematuhi dosis regimen dari tenaga kesehatan terhadap suatu penyakit (Gennaro 2000). Prinsip utama dari kepatuhan itu sendiri yaitu tidak hanya kepatuhan dalam berapa banyak jumlah obat yang diminum perharinya tetapi bagaimana pengobatan yang benar dilakukan sesuai prosedur. Tingkat kepatuhan pasien dipengaruhi oleh variabel demografi meliputi umur pasien, jenis kelamin, tingkat pendidikan, serta jenis pekerjaannya. Adapun dampak dari ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan yaitu penyakit tidak akan sembuh bahkan menjadi lebih kuat, penderita tetap dapat menularkan penyakitnya kepada orang lain, penyakit semakin sukar diobati karena bakteri TB menjadi lebih kebal, sehingga memerlukan waktu lebih lama untuk disembuhkan.

Menurut Sarafino (dalam Smert 1994) menyebutkan bahwa kepatuhan pengobatan adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau petugas kesehatan. Menurut Smert (1994), kepatuhan minum obat atau berobat dapat menurunkan tingkat kesakitan penderita atau dapat mencapai tingkat kesembuhan dari kesakitan.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

World Health Organization 2003 mengkategorikan variabel yang mempengaruhi kepatuhan ke dalam 4 faktor, yaitu karakteristik penyakit dan terapi, faktor intra-personal, faktor inter-personal, dan faktor lingkungan.

2.1. Karakteristik penyakit dan terapi. Pada umumnya semakin kompleks regimen terapi yang diberikan, kemauan pasien untuk mengikutinya semakin berkurang. Sebuah laporan *systematic review* yang dilakukan oleh Claxton *et al.* 2001 menyatakan bahwa terdapat perbedaan kepatuhan yang signifikan antara regimen dosis satu kali sehari dengan regimen dosis tiga kali sehari. Regimen dosis yang lebih sederhana menghasilkan kepatuhan terapi obat lebih baik, tanpa memandang kelas terapi obat.

2.2. Faktor inter-personal. Terdapat dua faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan, yaitu kualitas hubungan antara pasien dan petugas yang melakukan perawatan serta dukungan sosial.

2.3. Faktor lingkungan. Kurangnya kepatuhan pasien terhadap sistem yang berlaku di lingkungan seperti faktor ekonomi, politik, geografi.

Beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Brunner dan Suddarth 2002 adalah variabel demografi seperti usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, dan pendidikan. Variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat penyakit. Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak diinginkan. Variabel psikososial seperti sikap terhadap tenaga kesehatan dan penerimaan terhadap penyakit, dan biaya finansial.

3. Alat ukur kepatuhan

Kepatuhan dapat diukur dengan berbagai metode yang secara umum dibagi menjadi metode pengukuran langsung (*direct methods*) dan metode

pengukuran tidak langsung (*indirect methods*). Metode pengukuran langsung dapat berupa pengamatan langsung (*directly observed therapy*), pengukuran konsentrasi obat atau metabolitnya di dalam darah, dan deteksi konsentrasi obat di dalam darah menggunakan *biological markers*. Metode pengukuran tidak langsung dapat berupa *patient self-reports* (kuesioner), *pill counts*, jadwal *refill* obat, asesmen respon klinis pasien, *electronic medication monitors*, pengukuran respon fisiologis pasien (misal pengukuran denyut jantung pada pasien yang diberi *beta-blocker*), serta catatan sehari-hari pasien (Osteberg dan Blaschke 2005).

Pertengahan tahun 1980 an, Morisky dan tim risetnya mengembangkan sebuah kuesioner untuk dapat memprediksi kepatuhan pasien terhadap pengobatan antihipertensi. Instrumen ini telah divalidasi dalam berbagai studi dan menunjukkan hasil psikometri yang baik. Sejak saat itu, para peneliti di seluruh dunia telah mengembangkan penggunaan instrumen ini terhadap berbagai penyakit seperti diabetes dan penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) (Morisky *et al.* 2008).

Penilaian menggunakan *Morisky Scale* yaitu menanyakan pada pasien, setiap pertanyaan yang direspon dilingkari "ya" atau "tidak". Lingkaran jawaban untuk setiap pertanyaan, jumlah skor untuk kolom motivasi dan jumlah skor untuk kolom pengetahuan. Pasien dengan total nilai yang tinggi diasumsikan lebih patuh dibandingkan pasien dengan nilai total yang lebih rendah. Pasien dengan nilai yang lebih rendah memiliki resiko yang lebih besar untuk berperilaku tidak patuh (CMSA 2006). Nilai kepatuhan penggunaan obat dengan MMAS adalah dengan memberikan angka 1 jika "tidak" dan angka 0 jika "iya" pada item pertanyaan nomer 1 hingga 7 kecuali pada nomer 5. Pada item pertanyaan nomer 5 diberikan nilai 1 jika "iya" dan 0 jika "tidak". Item nomer 8 terdapat beberapa penilaian yaitu jika "tidak pernah/sangat jarang" diberikan nilai 1; jika "sesekali" diberikan nilai 0,75; jika "kadang-kadang" diberikan nilai 0,5; jika "biasanya" diberikan nilai 0,25; dan jika "selalu/sering" diberikan nilai 0. Tingkat kepatuhan responden dikelompokkan menjadi 3, yaitu kepatuhan rendah dengan skor kurang dari 6, kepatuhan sedang dengan skor 6 hingga 7, dan kepatuhan tinggi dengan skor 8.

Ketiga kategori kepatuhan tersebut dilakukan penggabungan sel untuk mengelompokkan kategori patuh dan tidak patuh. Kategori patuh dan tidak patuh dari hasil penggabungan sel yaitu skor ≥ 6 untuk patuh dan skor < 6 untuk tidak patuh (Puspita 2016).

Tabel 6. Pengelompokan kategori kepatuhan

Variabel	Kategori awal	Kategori hasil penggabungan sel
Kepatuhan pasien	< 6 Rendah	< 6 Tidak Patuh
	6-7 Sedang	≥ 6 Patuh
	8 Tinggi	

Sumber: Puspita 2016

Kuesioner MMAS merupakan metode *self-reported evaluation* sehingga memiliki keterbatasan yaitu kemungkinan terjadinya personal bias dan perbedaan interpretasi pertanyaan dalam kuesioner tersebut. Penelitian yang dilakukan selama pasien menjalani pengobatan juga dapat menghasilkan “*Hawthorne Effect*”, yaitu kecenderungan pasien untuk meningkatkan kepatuhannya karena pasien tahu bahwa mereka sedang diobservasi (Fairman dan Motheral 2000).

Tabel 7. Kuesioner MMAS

No.	Pernyataan	Respon jawaban	
		Pengetahuan	Motivasi
1.	Apakah anda terkadang lupa untuk minum obat?		Ya (0) tidak (1)
2.	Pernahkah anda tidak minum obat selain karena alasan lupa?		Ya (0) tidak (1)
3.	Pernahkah berhenti minum obat dan tidak memberi tahu dokter anda?	Ya (0) tidak (1)	
4.	Pernahkah anda lupa membawa obat saat dalam perjalanan?		Ya (0) tidak (1)
5.	Apakah kemarin anda minum obat dengan lengkap?	Ya (1) tidak (0)	
6.	Apakah anda pernah berhenti untuk minum obat saat tidak ada gejala?	Ya (0) tidak (1)	

7.	Apakah anda pernah kesal dengan rencana pengobatan anda yang lama?	Ya (0) tidak (1)	
8.	Apakah anda sering lupa untuk minum obat anda? a. Tidak pernah/jarang b. Sekali-sekali c. Kadang d. Biasanya e. Selalu		

Sumber: Morisky, *et al* 2008

C. Outcome Klinis

Outcome klinis dapat berupa keadaan sembuh atau tidak sembuh setelah dilakukannya terapi. Kesembuhan penderita TB paru dalam Depkes 2009 dijelaskan bahwa dikatakan sembuh dalam pengobatan TB paru adalah penderita telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow-up*) hasilnya negatif pada akhir pengobatan (AP) dan minimal satu pemeriksaan *follow-up* sebelumnya negatif.

Bagi penderita TB, proses pengobatan TB paru membutuhkan waktu yang lama sehingga dapat memengaruhi kondisi psikis penderita berupa stres yang berkepanjangan. Oleh karena itu penderita TB memerlukan pengawas yang dapat memastikan penderita disiplin meminum obat dan terus memberikan motivasi kepada penderita untuk dapat sembuh (Sudewo 2009). Melihat masih adanya penurunan angka kesembuhan TB paru yang dapat dimungkinkan dari kepatuhan berobat dimana pengobatan yang tidak teratur atau tidak selesai dapat menimbulkan terjadinya resistensi / kekebalan terhadap kuman TB. Bila terjadi kekebalan maka lebih sulit pengobatannya (Nur 2009). Menurut Linda *et al.* 2007, selain dengan proses pengobatan juga terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kesembuhan TB paru yakni jenis kelamin, usia, diabetes melitus, HIV, hamil, malnutrisi, merokok, terapi kortikosteroid, faktor genetik, penyakit ginjal terminal, sosial atau lingkungan dan kepatuhan.

Kerjasama antara pasien (penderita) TB paru dan petugas kesehatan sangat mempengaruhi sembuh atau tidaknya pasien, dimana ini berkaitan dengan kepatuhan berobat dengan kesembuhan. Kesembuhan dapat dicapai dengan berobat secara teratur. Program pengobatan TB paru dikenal sebagai DOTS, dimana penderita TB berobat dengan pengawasan secara langsung baik oleh petugas kesehatan maupun PMO dan dilakukan monitoring terhadap kemajuan proses pengobatan TB. Program tersebut perlu dilakukan karena jika penderita TB tidak patuh dalam berobat maka hasil akhirnya adalah kegagalan penyembuhan dan munculnya basil TB yang resisten obat (Yoga *et al.* 2015).

D. Landasan Teori

Mycobacterium tuberculosis, bakteri penyebab tuberkulosis (TB), banyak menyebabkan kematian di Negara berkembang termasuk Indonesia. Penemuan kasus TB BTA Positif di Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2015 sebesar 66,80 % naik dibandingkan Tahun 2014 yang dilaporkan sebesar 44,19 %. Angka kesembuhan pengobatan TB di Kabupaten Bantul pada tahun 2015 turun bila dibandingkan dengan tahun 2014 sebesar 82,19 dan angka kesembuhan ini juga berada di bawah target Nasional (85%) (Dinkes Bantul 2016).

Tingkat kepatuhan pemakaian obat TB sangatlah penting, karena bila pengobatan tidak dilakukan secara teratur dan tidak sesuai dengan waktu yang telah ditentukan maka akan dapat timbul kekebalan (*resistence*) kuman tuberkulosis terhadap Obat Anti tuberkulosis (OAT) secara meluas atau disebut dengan *Multi Drugs Resistence* (MDR) (Depkes RI 2002). Ketidapatuhan terhadap pengobatan akan mengakibatkan tingginya angka kegagalan pengobatan penderita TB paru, sehingga akan meningkatkan resiko kesakitan, kematian, dan menyebabkan semakin banyak ditemukan penderita TB paru dengan Basil Tahan Asam (BTA) yang resisten dengan pengobatan standar. Pasien yang resisten tersebut akan menjadi sumber penularan kuman yang resisten di masyarakat. Hal ini tentunya akan mempersulit pemberantasan penyakit TB paru di Indonesia serta memperberat beban pemerintah (Depkes RI 2005).

Angka keberhasilan pengobatan penyakit TB erat kaitannya dengan kepatuhan pengobatan. Ketekunan pasien untuk tetap menjalani pengobatan pada kondisi penyakit kronis masih rendah, dan ketekunan tersebut akan semakin menurun setelah 6 bulan pengobatan (Osteberg and Blaschke 2005). Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat merupakan aspek utama dalam penanganan penyakit-penyakit kronis seperti TBC. Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat harian menjadi fokus dalam mencapai derajat kesembuhan pasien (Hayes *et al.* 2009).

E. Hipotesis

Berdasarkan uraian dari tinjauan pustaka, maka dapat disusun hipotesis bahwa:

1. Gambaran kepatuhan pasien TBC dilihat dengan skala MMAS adalah kepatuhan pasien TBC berada kategori kepatuhan tinggi.
2. Kepatuhan pengobatan TBC sangat berpengaruh terhadap *outcome* klinis pasien TBC.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dalam bentuk non eksperimental yaitu penelitian yang observasinya dilakukan terhadap sejumlah ciri (variabel) subjek penelitian menurut keadaan apa adanya, tanpa ada manipulasi (intervensi) peneliti (Sukmadinata dan Nana 2010). Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat gambaran kepatuhan pasien TBC dan untuk mengetahui pengaruh tingkat kepatuhan terhadap *outcome* klinis pasien TBC di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta dengan cara memberikan kuesioner MMAS yang dibagikan langsung kepada responden yang memuat 8 pertanyaan dan harus dijawab oleh responden.

Pengambilan data dilakukan dengan pendekatan prospektif yaitu penelitian dimana pengambilan data variabel bebas (sebab) dilakukan terlebih dahulu, setelah beberapa waktu kemudian baru dilakukan pengambilan data variabel tergantung (akibat) (Nasution 2004) dan dianalisis secara deskriptif observasional yang dilakukan pada pasien TBC tahap lanjut di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Data yang diperoleh kemudian dianalisis menggunakan SPSS 17.

Pada penelitian ini terdapat 2 jenis data yang diambil, yaitu berupa :

- 1. Data primer.** Data yang didapat dari pasien yang menerima pengobatan. Data primer yang didapatkan berupa hasil wawancara menggunakan kuisisioner MMAS untuk menilai kepatuhan.
- 2. Data sekunder.** Data yang diperoleh secara tidak langsung dari pasien yang dibutuhkan dalam penelitian untuk mendukung data primer. Data sekunder ini berupa catatan medik pasien di Puskesmas.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien TBC tahap lanjut yang berobat rawat jalan di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien TBC yang menjalani pengobatan tahap lanjut di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta pada bulan September sampai Desember 2016 sebanyak 30 pasien. Teknik yang digunakan untuk sampel ini adalah purposive sampling yaitu teknik sampel berdasarkan pertimbangan tertentu dan kriteria-kriteria yang telah ditentukan.

2.1. Kriteria inklusi. Kriteria inklusi merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subjek agar dapat diikutsertakan ke dalam penelitian. Berikut kriteria inklusi yang dapat ditetapkan dalam penelitian ini :

- a. Pasien yang didiagnosa menderita TBC tahap lanjut di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta
- b. Pasien TBC yang menjalani pengobatan di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta pada bulan September sampai Desember 2016
- c. Pasien bersedia menjadi responden pada penelitian

2.2. Kriteria eksklusi. Kriteria eksklusi adalah keadaan yang menyebabkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian. Kriteria eksklusi pada penelitian ini meliputi :

- a. Pasien sulit berkomunikasi seperti tuna wicara atau langsung
- b. Pasien yang tidak didiagnosa menderita TBC tahap lanjut
- c. Mengundurkan diri selama mengikuti penelitian

C. Variabel Penelitian

1. Identifikasi variabel utama

Variabel utama dalam penelitian ini adalah kepatuhan pengobatan TBC dan *outcome* klinis pasien TBC.

2. Klasifikasi variabel

Variabel dalam penelitian ini meliputi :

2.1. Variabel bebas/independent. Variabel yang mempengaruhi variabel lain yang berdiri sendiri. Tingkat kepatuhan merupakan variabel bebas pada penelitian ini.

2.3. Variabel tergantung/dependent. Variabel yang dipengaruhi oleh variabel yang bersifat tidak dapat berdiri sendiri. *Outcome* klinis pasien TBC merupakan variabel tergantung pada penelitian ini.

3. Definisi operasional variabel

3.1. Kepatuhan pengobatan (*medication adherence*) adalah perilaku pasien yang menaati semua nasihat dan petunjuk yang dianjurkan oleh tenaga medis. *Medication Morinsky Adherence Scale* (MMAS) yang diukur dalam waktu September hingga Desember 2016 di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta.

Tabel 8. Pengelompokan kategori kepatuhan

Variabel	Kategori awal	Kategori hasil penggabungan sel
Kepatuhan pasien	< 6	Rendah < 6 Tidak Patuh
	6-7	Sedang ≥ 6 Patuh
	8	Tinggi

Sumber: Puspita 2016

3.2. Skala MMAS adalah metode *self-reported evaluation* sehingga memiliki keterbatasan yaitu kemungkinan terjadinya personal bias dan perbedaan interpretasi pertanyaan dalam kuesioner tersebut.

3.3. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah obat-obatan berupa antibiotik khusus yang digunakan untuk membunuh kuman *Mycobacterium*.

3.4. Pasien tuberkulosis adalah seseorang yang didiagnosa menderita TBC seperti yang ditetapkan oleh dokter di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta.

3.5. Outcome klinis berupa keadaan sembuh atau tidak sembuh pasien TBC di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta setelah dilakukannya terapi.

D. Alat dan Bahan Penelitian

- 1. Lembar persetujuan/*Informed concern*.** Permintaan izin persetujuan antara peneliti dengan pasien sebagai persetujuan pasien menjadi responden dalam penelitian dan diberikan sebelum penelitian dilakukan.
- 2. Lembar data sosiodemografi.** Data-data terkait karakteristik pasien. Meliputi nama, umur, alamat, nomor telepon yang dapat dihubungi, pekerjaan, tingkat pendidikan. Data sosiodemografi didapat pada saat pre test dan penandatanganan *informed concern*.
- 3. Kuisisioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS).** Digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien yang terdiri dari 8 pertanyaan kuisisioner MMAS yang akan digunakan dalam penelitian ini telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia yang disesuaikan dengan bentuk aslinya yaitu Bahasa Inggris.
- 4. Form pengambilan data.** Digunakan untuk mengumpulkan data-data sekunder yang diambil dari buku *medical record* atau status pasien yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, dan data diagnosis puskesmas dan medikasi terdahulu, data-data laboratorium, serta manifestasi klinik penderita.

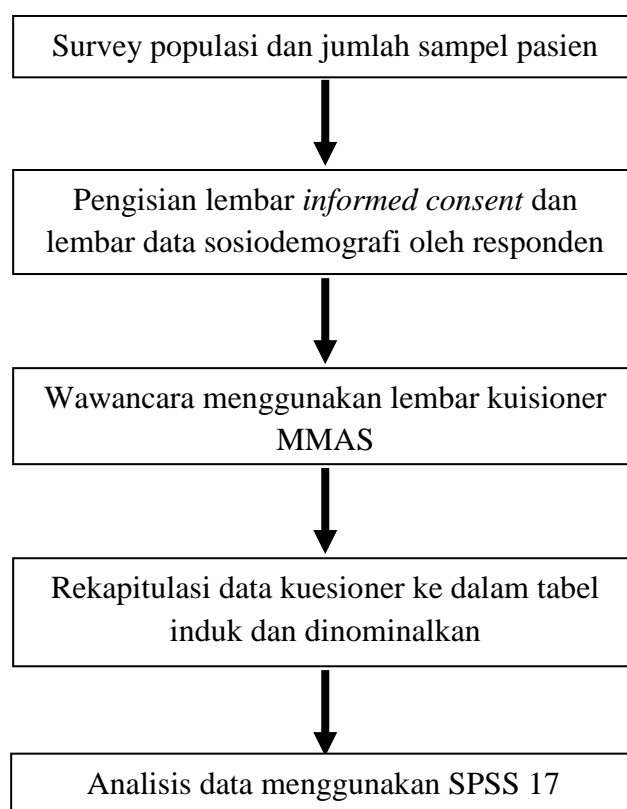
E. Jalannya Penelitian

Prosedur penelitian dan pengumpulan data yang dilakukan adalah melakukan survey populasi dan jumlah sampel pasien TBC tahap lanjut di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Data dari pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia menjadi responden diminta mengisi lembar *informed consent* dan lembar data sosiodemografi. Pada saat pasien telah selesai melakukan pemeriksaan, dilakukan wawancara untuk mengetahui

pengetahuan pasien dan sikap pasien menggunakan lembar kuisisioner berupa kuisisioner MMAS. Data yang didapat kemudian direkapitulasi dalam tabel induk untuk menggolongkan tingkat kepatuhan dan tabel induk sikap dalam bentuk yang sudah dinominalkan. Proses yang terakhir, data yang telah direkapitulasi kemudian dianalisis agar dapat ditarik kesimpulan dengan SPSS versi 17.

F. Analisis Data

Dilakukan pengolahan dan analisis data menggunakan *Statistic Product and Service Solutions* (SPSS) versi 17. Pengaruh kepatuhan konsumsi obat berdasarkan kuisisioner MMAS terhadap *outcome* klinis pasien dapat dilihat dengan analisis data menggunakan metode *Chi-square* dengan asumsi *Asymp.Sig. (2-sided) < 0,05* maka H_0 ditolak sehingga ada pengaruh kepatuhan pengobatan TBC terhadap *outcome* klinis pasien atau dengan asumsi *Asymp.Sig. (2-sided) $\geq 0,05$* maka H_0 diterima sehingga tidak ada pengaruh kepatuhan pengobatan TBC terhadap *outcome* klinis pasien.



Gambar 2. Skema jalannya penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini telah dilakukan di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta dengan memberikan kuesioner MMAS. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh kepatuhan pasien TBC tahap lanjut dalam menjalani pengobatan terhadap *outcome* klinis yaitu berupa sembuh atau tidaknya pasien setelah melakukan pengobatan. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September sampai Desember 2016 dengan menggunakan 30 responden.

A. Karakteristik Responden

Karakteristik pasien penderita TBC fase lanjut yang diteliti terdiri dari jenis kelamin, umur, pekerjaan, dan tingkat pendidikan. Pada penelitian ini digunakan 30 responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Distribusi jenis kelamin pasien TBC

Pengelompokan pasien TBC tahap lanjut berdasarkan jenis kelamin dilakukan untuk mengetahui seberapa besar angka kejadian TBC tahap lanjut pada laki-laki dan perempuan.

Tabel 9. Distribusi jenis kelamin pasien TBC

No.	Jenis kelamin	Jumlah	Persentase (%)
1.	Laki-laki	23	76,7
2.	Perempuan	7	23,3
Total		30	100

Sumber: hasil penelitian

Berdasarkan data yang diperoleh pada distribusi jenis kelamin pasien TBC di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta terdapat responden kelompok laki-laki lebih banyak yang terkena TBC daripada kelompok perempuan yaitu sebanyak 23 kelompok laki-laki (76,7%) dan 7 kelompok perempuan (23,3%).

Hal ini sesuai dengan data Badan Litbang Kesehatan 2008 yang menunjukkan bahwa kelompok laki-laki 10% lebih banyak ditemukan kasus TBC dibandingkan kelompok perempuan. Jenis kelamin laki-laki memiliki mobilitas yang lebih tinggi dibandingkan perempuan sehingga memungkinkan untuk terpapar bakteri penyebab TB lebih besar. Angka penemuan kasus TB lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan dapat mencerminkan dari pajanan pada risiko infeksi (termasuk gaya hidup seperti merokok dan pekerjaan yang berasal dari polutan dari dalam atau luar ruangan) dan progresivitas penyakit (Puspasari 2014).

2. Distribusi umur pasien TBC

Pengelompokan pasien TBC tahap lanjut berdasarkan umur dilakukan untuk mengetahui interval umur pasien TBC dapat dilihat pada Tabel 10.

Tabel 10. Distribusi umur pasien TBC

No.	Umur	Jumlah	Persentase (%)
1.	23-30	6	20
2.	31-38	2	6,7
3.	39-46	9	30
4.	47-54	5	16,7
5.	55-62	3	10
6.	63-70	5	16,7
Total		30	100

Sumber: hasil penelitian

Berdasarkan data yang diperoleh pada distribusi umur pasien TBC di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta terdapat responden dengan rentang umur 23 hingga 70 tahun. Jumlah responden yang mendominasi adalah pada kelompok umur 39-46 tahun yaitu sebanyak 9 orang (30%) responden yang termasuk dalam kelompok umur produktif.

Sesuai dengan penelitian Susilayanti 2014, bahwa lebih dari separuh penderita TB terjadi pada kelompok usia produktif yaitu 15-50 tahun. Umur produktif merupakan masa yang berperan penting dalam mencari nafkah di luar

rumah dan frekuensi keluar rumah yang sering dapat dimungkinkan terjadinya penularan TB paru (Tirtana 2011). Tingkat umur pasien tidak produktif (>50 tahun) dapat mempengaruhi kerja efek obat karena metabolisme obat dan fungsi organ tubuh kurang efisien pada bayi yang sangat mudah dan pada orang tua, sehingga dapat menimbulkan efek yang lebih kuat dan panjang pada kedua kelompok umur (Amaliah 2012).

3. Distribusi tingkat pendidikan pasien TBC

Tingkat pendidikan berhubungan dengan kejadian TB pada usia produktif. Semakin rendah pendidikan seseorang maka semakin besar resiko untuk menderita TB. Pada penelitian di Puskesmas Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta didapatkan data tingkat pendidikan pasien TBC meliputi SD, SMP, SMA/SMK, dan Perguruan Tinggi.

Tabel 11. Distribusi tingkat pendidikan pasien TBC

No.	Tingkat pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
1.	SD	2	6,7
2.	SMP	4	13,3
3.	SMA/SMK	17	56,7
4.	Perguruan Tinggi	7	23,3
Total		30	100

Sumber: hasil penelitian

Berdasarkan Tabel 11 dapat dilihat perolehan data tingkat pendidikan pasien TBC tahap lanjut di Puskesmas Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta terdapat 2 orang (6,7%) responden yang tingkat pendidikannya SD, 4 orang (13,3%) responden dengan tingkat pendidikan SMP, 17 orang (56,7%) responden dengan tingkat pendidikan SMA/SMK, serta 7 orang (23,3%) responden dengan tingkat pendidikan Perguruan Tinggi.

Pendidikan berkaitan dengan pengetahuan yang nantinya berhubungan dengan upaya pencarian pengobatan. Pengetahuan yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor pencetus (*presdisposing*) yang berperan dalam mempengaruhi keputusan seseorang untuk berperilaku sehat. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan tentang TB semakin baik sehingga

pengendalian agar tidak tertular dan upaya pengobatan bila terinfeksi juga maksimal (Rukmini 2011). Hasil penelitian di India juga menunjukkan hal yang sama, dimana pendidikan yang tinggi menurunkan resiko TBC (Shetty *et al.* 2006).

4. Distribusi pekerjaan pasien TBC

Pada data distribusi pekerjaan pasien TBC di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Pekerjaan dapat mempengaruhi seseorang untuk menghadapi resiko yang harus dihadapi, khususnya dalam hal kesehatan.

Tabel 12. Distribusi pekerjaan pasien TBC

No.	Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Swasta	4	13,3
2.	Wiraswasta	5	16,7
3.	Buruh	9	30
4.	Petani	3	10
5.	Guru	2	6,7
6.	Tidak bekerja	4	13,3
7.	Pensiun	3	10
Total		30	100

Sumber: hasil penelitian

Berdasarkan Tabel 12 terdapat lebih banyak responden dengan status pekerjaan buruh dengan jumlah 9 orang (30 %) dan responden paling sedikit dengan status pekerjaan guru dengan jumlah 2 orang (6,7%). Faktor lingkungan tempat bekerja mempunyai peran yang sangat besar karena dapat menjadi media penularan TB dan menurunkan kualitas faal paru yaitu dengan tingginya pencemaran debu serat ventilasi dan higinesitas tempat kerja yang kurang baik (Martiana *et al.* 2007).

B. Gambaran Tingkat Kepatuhan

Kepatuhan pengobatan adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau petugas kesehatan (Smert 1994). Kepatuhan dalam pengobatan pasien TBC dapat diukur dengan

kuesioner MMAS yang terdiri dari 8 pertanyaan. Nilai kepatuhan penggunaan obat dengan MMAS adalah dengan memberikan angka 1 jika “tidak” dan angka 0 jika “iya” pada item pertanyaan nomer 1 hingga 7 kecuali pada nomer 5. Pada item pertanyaan nomer 5 diberikan nilai 1 jika “iya” dan 0 jika “tidak”. Item nomer 8 terdapat beberapa penilaian yaitu jika “tidak pernah/sangat jarang” diberikan nilai 1; jika “sesekali” diberikan nilai 0,75; jika “kadang-kadang” diberikan nilai 0,5; jika “biasanya” diberikan nilai 0,25; dan jika “selalu/sering” diberikan nilai 0.

Pada penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 30 responden pasien TBC fase lanjutan di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Berikut adalah gambaran kepatuhan pasien dalam melakukan pengobatan :

Tabel 13. Gambaran tingkat kepatuhan 3 kategori

Variabel	Skor	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Kepatuhan pasien	< 6	Rendah	6	20
	6-7	Sedang	22	73,33
	8	Tinggi	2	6,7
Total			30	100

Sumber: hasil penelitian

Tabel 13 merupakan gambaran kepatuhan responden dalam menjalani pengobatan yang diperoleh melalui kuesioner MMAS. Tingkat kepatuhan responden dikelompokkan menjadi 3, yaitu kepatuhan rendah dengan skor kurang dari 6, kepatuhan sedang dengan skor 6 hingga 7, dan kepatuhan tinggi dengan skor 8. Berdasarkan Tabel 13 menunjukkan 6 orang (20%) responden dengan kategori kepatuhan rendah, 22 orang (73,33%) responden dengan kategori kepatuhan sedang, dan 2 orang (6,7%) responden dengan kategori kepatuhan tinggi dalam melakukan pengobatan TBC di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Ketiga kategori kepatuhan tersebut dilakukan penggabungan sel untuk mengelompokkan kategori patuh dan tidak patuh (Puspita 2016).

Variabel	Skor	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Kepatuhan pasien	< 6	Tidak patuh	6	20
	≥ 6	Patuh	24	80
Total			30	100

Tabel 14. Gambaran tingkat kepatuhan 2 kategori

Sumber: hasil penelitian

Kategori patuh dan tidak patuh dari hasil penggabungan sel yaitu skor ≥ 6 untuk patuh dan skor <6 untuk tidak patuh. Berdasarkan Tabel 14 menunjukkan 6 orang (20%) responden dengan status tidak patuh dan 24 orang (80%) responden dengan status patuh dalam melakukan pengobatan sehingga kepatuhan pasien dalam pengobatan TBC di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta sudah baik.

Kepatuhan mengacu pada proses dimana penderita mampu mengasumsikan dan melaksanakan beberapa tugas yang merupakan bagian dari sebuah regimen terapeutik (Aini *et al.* 2011). Kepatuhan (*adherence*) didefinisikan sebagai perilaku pasien yang menaati semua nasihat dan petunjuk yang dianjurkan oleh tenaga medis (Osteberg dan Blaschke 2005). Prinsip utama dari kepatuhan itu sendiri yaitu tidak hanya kepatuhan dalam berapa banyak jumlah obat yang diminum setiap harinya tetapi bagaimana pengobatan yang benar dilakukan sesuai prosedur (Gennaro 2000). Dalam penelitian ini obat yang digunakan untuk tahap pengobatan lanjutan di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta adalah paket obat kombinasi dosis tetap (KDT) yang merupakan kombinasi dari 2 jenis obat dalam satu tablet. Dosis yang diberikan disesuaikan dengan berat badan pasien, sehingga efektifitas obat tetap terjaga dan dapat mengurangi efek samping. Disamping itu, jumlah obat yang diberikan lebih sedikit sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pasien (Kemenkes RI 2014).

Dalam penelitian Ramadona 2011 menyatakan bahwa keberhasilan suatu pengobatan tidak hanya dipengaruhi oleh kualitas pelayanan kesehatan dan sikap

serta keterampilan petugasnya, namun juga dipengaruhi oleh perilaku pasien terhadap pengobatan. Di Puskesmas Kabupaten Bantul hanya terdapat 6 orang pasien (20%) yang masuk dalam status tidak patuh. Adapun resiko dari ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan yaitu penyakit tidak akan sembuh bahkan menjadi lebih kuat, penderita tetap dapat menularkan penyakitnya kepada orang lain, penyakit semakin sukar diobati karena bakteri TB menjadi lebih kebal, sehingga memerlukan waktu lebih lama untuk disembuhkan (Mc Donald *et al.* 2002). Berikut merupakan penjelasan perolehan hasil tiap item pertanyaan dari kuesioner MMAS:

Tabel 15. Rekapitulasi nilai MMAS

Pertanyaan	Ya	%	Tidak	%	
Pertanyaan 1	8	26,7	22	73,3	
Pertanyaan 2	7	23,3	23	76,7	
Pertanyaan 3	7	23,3	23	76,7	
Pertanyaan 4	8	26,7	22	73,3	
Pertanyaan 5	8	26,7	22	73,3	
Pertanyaan 6	6	20	24	80	
Pertanyaan 7	7	23,3	23	76,7	
Pertanyaan 8	Tidak pernah/sangat jarang	Sesekali	Kadang-kadang	Biasanya	Selalu/sering
	21 (70%)	9 (30%)	-	-	-

Sumber: hasil penelitian

Pada pertanyaan 1, diperoleh sebanyak 8 orang (26,7%) yang menjawab menjawab lupa minum obat dan 22 orang (73,3%) yang menjawab tidak lupa minum obat. Hal ini menunjukkan bahwa masih ada beberapa pasien yang masih lupa minum obat dan tidak teratur minum obat.

Pada pertanyaan 2, diperoleh sebanyak 7 orang (23,3%) yang menjawab terdapat hari dimana pasien tidak minum obat dan 23 orang (76,7%) yang menjawab tidak terdapat hari dimana pasien tidak minum obat. Hal ini

menunjukkan bahwa masih ada beberapa pasien yang tidak minum obat setiap hari karena lupa minum obat.

Pada pertanyaan 3, diperoleh sebanyak 7 orang (8%) yang menjawab berhenti minum obat jika merasa keadaan bertambah buruk/tidak baik dengan minum obat TBC dan 23 orang (76,7%) yang menjawab tidak berhenti minum obat jika merasa keadaan bertambah buruk/tidak baik dengan minum obat TBC. Hal ini menunjukkan beberapa pasien masih belum tahu dan belum mengerti bagaimana cara mengatasi efek samping obat yang terjadi.

Pada pertanyaan 4, diperoleh 8 orang (26,7%) yang menjawab lupa membawa obat saat berpergian dan 22 orang (73,3%) menjawab tidak lupa membawa obat saat berpergian. Hal ini menunjukkan bahwa beberapa pasien masih memiliki kesadaran yang rendah untuk membawa obat saat berpergian dan pentingnya pengobatan apabila diperlukan saat sedang di luar rumah.

Pada pertanyaan 5, diperoleh 8 orang (26,7%) yang menjawab minum obat TBC kemarin dan 22 orang (73,3%) menjawab tidak minum obat TBC kemarin. Hal ini menunjukkan banyak pasien yang lupa minum obat TBC kemarin sehingga dapat menjadi pemicu rendahnya angka ketidakpatuhan pasien dalam pengobatan TBC.

Pada pertanyaan 6, terdapat 6 orang (20%) yang menjawab berhenti minum obat ketika merasa kondisi lebih baik dan 24 orang (80%) yang menjawab tidak berhenti minum obat ketika merasa kondisi lebih baik. Hal ini menunjukkan bahwa kesadaran pasien terhadap pentingnya untuk minum obat setiap hari guna mencegah terjadinya resistensi sudah mendominasi sehingga saat pasien merasa dalam kondisi lebih baik tidak memberhentikan konsumsi obat TBC.

Pada pertanyaan 7, terdapat 7 orang (23,3%) yang menjawab merasa terganggu dalam mematuhi rencana pengobatan dan 23 orang (76,7%) yang menjawab merasa tidak terganggu dalam mematuhi rencana pengobatan. Hal ini menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa pasien yang mungkin merasa bosan karena diharuskan untuk mengkonsumsi obat TBC terus menerus.

Pada pertanyaan 8, terdapat 21 orang (70%) yang menjawab tidak pernah/sangat jarang mengalami kesulitan dalam mengingat penggunaan obat

dan 9 orang (30%) yang menjawab sesekali mengalami kesulitan dalam mengingat penggunaan obat. Hal ini bahwa masih ada beberapa pasien yang sulit untuk mengingat karena faktor usia atau pasien yang sangat terburu-buru saat petugas kesehatan menjelaskan aturan minum obat sehingga pasien lupa dan sulit untuk mengingat aturan minum obat.

C. Pengaruh Karakteristik Pasien TBC Terhadap Kepatuhan

Pengaruh dari karakteristik pasien TBC terhadap kepatuhan dalam pengobatan dapat dilihat dengan dilakukannya uji *Chi-square* dengan asumsi $\text{Asymp.Sig. (2-sided)} < 0,05$ maka H_0 ditolak.

Tabel 16. Hasil uji *Chi-square* pengaruh karakteristik pasien terhadap kepatuhan

No.	Karakteristik	Asymp.Sig. (2-sided)	Keterangan
1.	Jenis kelamin	0,666 > 0,05	Tidak ada pengaruh
2.	Umur	0,169 > 0,05	Tidak ada pengaruh
3.	Pendidikan	0,708 > 0,05	Tidak ada pengaruh
4.	Pekerjaan	0,942 > 0,05	Tidak ada pengaruh

Sumber: hasil penelitian

Berdasarkan Tabel 16, hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh karakteristik pasien terhadap tingkat kepatuhan. Jika hasil asumsi $\text{Asymp.Sig. (2-sided)} > 0,05$ maka H_0 diterima, menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh karakteristik pasien terhadap tingkat kepatuhan.

1. Pengaruh distribusi jenis kelamin pasien terhadap kepatuhan

Pengaruh dari distribusi jenis kelamin pasien TBC terhadap kepatuhan dalam pengobatan dapat dilihat dengan dilakukannya uji *Chi-square* dengan asumsi $\text{Asymp.Sig. (2-sided)} < 0,05$ maka H_0 ditolak.

Tabel 17. Hasil uji *Chi-square* antara jenis kelamin dengan kepatuhan

Karakteristik	Kepatuhan		Asymp.Sig. (2-sided)	
	Patuh	Tidak patuh		
Jenis kelamin	Perempuan	6	1	0,666 > 0,05
	Laki-laki	18		

Sumber: hasil penelitian

Pada Tabel 17 dapat dilihat hasil uji *Chi-square* untuk menentukan adanya pengaruh jenis kelamin terhadap kepatuhan. Hasil tersebut menunjukkan nilai Asymp.Sig. (2-sided) $0,666 > 0,05$ maka H_0 diterima sehingga jenis kelamin tidak berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Heriyono di Puskesmas Wonosobo tahun 2004 bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh dengan kepatuhan penderita tuberkulosis. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Murtantiningasih dan Wahyono (2010), yang meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi kesembuhan penderita TB paru di Puskesmas Purwodadi I Kabupaten Grobogan. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada pengaruh antara jenis kelamin dengan kesembuhan penderita TB paru. Hal ini dikarenakan motivasi pasien, dukungan dari keluarga untuk sembuh sangat besar dan pasien juga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan maksimal, serta pasien berobat secara teratur, petugas kesehatan juga rutin memberikan penyuluhan kesehatan sehingga tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit TB paru dan program pengobatannya sama antara laki-laki dan perempuan oleh sebab itu pasien patuh dalam pengobatan TBC agar bisa sembuh sesuai dengan yang dijadwalkan.

2. Pengaruh distribusi umur pasien terhadap kepatuhan

Pengaruh dari distribusi umur pasien TBC terhadap kepatuhan dalam pengobatan dapat dilihat dengan dilakukannya uji *Chi-square* dengan asumsi Asymp.Sig. (2-sided) $< 0,05$ maka H_0 ditolak.

Tabel 18. Hasil uji *Chi-square* antara umur dengan kepatuhan

Karakteristik		Kepatuhan		Asymp.Sig. (2-sided)
		Patuh	Tidak patuh	
Umur	23-30	6	0	0,169 > 0,05
	31-38	2	0	
	39-46	7	2	
	47-54	2	3	
	55-62	3	0	
	63-70	4	1	

Sumber: hasil penelitian

Pada Tabel 18 dapat dilihat hasil uji *Chi-square* untuk menentukan adanya pengaruh umur terhadap kepatuhan. Hasil tersebut menunjukkan nilai Asymp.Sig. (2-sided) $0,169 > 0,05$ maka H_0 diterima sehingga jenis kelamin tidak berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Heriyono di Puskesmas Wonosobo tahun 2004 bahwa umur tidak berpengaruh dengan kepatuhan penderita tuberkulosis. Hal ini disebabkan karena semua pasien TB ingin sembuh dari penyakitnya sehingga patuh untuk mengikuti panduan obat yang diberikan walaupun memakan waktu yang lama (Bam *et al.* 2006).

3. Pengaruh distribusi pekerjaan pasien terhadap kepatuhan

Pengaruh dari distribusi pekerjaan pasien TBC terhadap kepatuhan dalam pengobatan dapat dilihat dengan dilakukannya uji *Chi-square* dengan asumsi Asymp.Sig. (2-sided) $< 0,05$ maka H_0 ditolak.

Tabel 19. Hasil uji *Chi-square* antara pekerjaan dengan kepatuhan

Karakteristik	Kepatuhan		Asymp.Sig. (2-sided)
	Patuh	Tidak patuh	
Pekerjaan Swasta	4	1	0,942 > 0,05
Wiraswasta	3	1	
Buruh	8	1	
Petani	2	0	
Guru	3	1	
Tidak bekerja	2	1	
Pensiun	2	1	

Sumber: hasil penelitian

Pada Tabel 19 dapat dilihat hasil uji *Chi-square* untuk menentukan adanya pengaruh pekerjaan pasien terhadap kepatuhan. Hasil tersebut menunjukkan nilai Asymp.Sig. (2-sided) $0,942 > 0,05$ maka H_0 diterima sehingga pekerjaan tidak berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dari Zuliana (2010) yang menyatakan bahwa pekerjaan tidak mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap kepatuhan berobat di Puskesmas Pekan Labuhan Kota Medan. Alasan pekerjaan tidak mempengaruhi keberhasilan

pengobatan Tb paru karena adanya subsidi dari pemerintah untuk OAT yang di salurkan lewat puskesmas, sehingga pengobatan terhadap pasien TB paru di Puskesmas gratis diberikan tanpa memandang status pekerjaan pasien, sehingga pasien yang berpenghasilan tinggi maupun rendah mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama dari Puskesmas, jadi semua responden mempunyai peluang yang sama untuk sembuh.

4. Pengaruh distribusi pendidikan pasien terhadap kepatuhan

Pengaruh dari distribusi pekerjaan pasien TBC terhadap kepatuhan dalam pengobatan dapat dilihat dengan dilakukannya uji *Chi-square* dengan asumsi Asymp.Sig. (2-sided) < 0,05 maka H_0 ditolak.

Tabel 20. Hasil uji *Chi-square* antara pendidikan dengan kepatuhan

Karakteristik	Kepatuhan		Asymp.Sig. (2-sided)
	Patuh	Tidak patuh	
Pendidikan			
SD	1	1	
SMP	3	1	0,708 > 0,05
SMA/SMK	14	3	
Perguruan tinggi	6	1	

Sumber: hasil penelitian

Pada Tabel 20 dapat dilihat hasil uji *Chi-square* untuk menentukan adanya pengaruh pendidikan terhadap kepatuhan. Hasil tersebut menunjukkan nilai Asymp.Sig. (2-sided) 0,708 > 0,05 maka H_0 diterima sehingga pendidikan tidak berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan. Pendidikan seseorang merupakan salah satu proses perubahan pada diri yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu dan masyarakat dalam menerima atau menilai informasi, sikap, maupun praktek baru, yang berhubungan dengan tujuan hidup sehat. Akan tetapi semakin tinggi pendidikan seseorang belum tentu berhubungan dengan keberhasilan dalam pengobatan TB paru (Rosidah 2008).

D. Gambaran *Outcome* Klinis Pasien TBC

Pengobatan TB paru harus dilakukan secara terus-menerus tanpa terputus, walaupun pasien telah merasa lebih baik/sehat. Pengobatan yang terhenti ditengah

jalan dapat menyebabkan bakteri menjadi resisten. Jika hal ini terjadi, maka TBC akan lebih sukar untuk disembuhkan dan perlu waktu yang lebih lama untuk ditangani. Kesembuhan penderita menunjukkan bahwa penderita TB paru mempunyai komitmen yang tinggi untuk melakukan pengobatan dengan disiplin. Komitmen penderita dalam melakukan pengobatan merupakan faktor penting dalam keberhasilan untuk mencapai kesembuhan diluar faktor lain yang mempengaruhi tingkat kesembuhan. Sesuai dengan Gunarsa (2008) menyebutkan daya juang (*fighting spirit*) dan motivasi yang positif mempengaruhi tingkat kesembuhan.

Pengobatan pada penderita TB paru selain bertujuan untuk mengobati, juga untuk mencegah kematian, kekambuhan, resistensi terhadap OAT, serta memutuskan mata rantai penularan (Muttaqin 2008). Kesembuhan penderita TB paru ditunjukkan dengan keadaan dimana penderita tidak lagi mengalami demam, malaise, batuk/batuk darah, sesak napas, nyeri dada, berat badan meningkat, pemeriksaan dahak pada akhir pengobatan menunjukkan hasil negatif. Depkes RI (2001) menyebutkan penderita TB paru dinyatakan sembuh apabila hasil pemeriksaan ulang dahak pada satu bulan sebelum akhir pengobatan dan pada akhir pengobatan tidak ditemukan adanya kuman *Mycobacterium tuberculosis* dan dinyatakan sembuh oleh petugas kesehatan. Berikut perolehan data *outcome* klinis pasien TBC tahap lanjut di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta:

Tabel 21. Data *outcome* klinis pasien TBC tahap lanjut

No	<i>Outcome</i> klinis	Jumlah	Persentase (%)
1.	Sembuh	28	93,3
2.	Tidak sembuh	2	6,7
Total		30	100

Sumber: hasil penelitian

Pada Tabel 21 dapat dilihat *outcome* klinis pasien TBC tahap lanjut di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Hasil *outcome* klinis pasien yang tertinggi adalah sembuh dengan jumlah pasien sebanyak 28

orang (93,3%) dan hasil terendah adalah tidak sembuh dengan jumlah pasien sebanyak 2 orang (6,7%).

E. Pengaruh Kepatuhan Pengobatan TBC Dengan *Outcome* Klinis Pasien

Hasil dari penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta pada bulan September - Desember tahun 2016 pada 30 pasien ditampilkan pada Tabel 22 berikut :

Tabel 22. Hasil uji *Chi-square* antara kepatuhan dengan *outcome* klinis

<i>Outcome</i> klinis	Kepatuhan		Asymp.Sig. (2-sided)
	Patuh (%)	Tidak patuh (%)	
Sembuh	22 (73,3%)	6 (20%)	0,464 > 0,05
Tidak sembuh	2 (6,7%)	0 (0%)	

Sumber: hasil penelitian

Berdasarkan Tabel 22 didapatkan hasil kepatuhan responden yang disertai kesembuhan dengan jumlah pasien 22 (73,3%) dan kepatuhan pasien disertai *outcome* klinis tidak sembuh sebanyak 2 (6,7%) pasien. Sedangkan responden tidak patuh disertai kesembuhan sebanyak 6 (20%) pasien dan pasien tidak patuh disertai tidak sembuh sebanyak 0 (0%) pasien. Kriteria patuh dalam penelitian ini merupakan kepatuhan tinggi (skor ≥ 6) dan tidak patuh merupakan kepatuhan rendah (skor < 6).

Pada penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas, peneliti mengacu pada hasil penelitian dari Maulidia (2014) bahwa kuesioner kepatuhan MMAS-8 valid dan reliabel untuk digunakan pada pasien tuberkulosis. Uji *Chi-square* pada Tabel 22 digunakan untuk menentukan adanya pengaruh kepatuhan terhadap *outcome* klinis pasien TBC. Hasil tersebut menunjukkan nilai Asymp.Sig. (2-sided) $0,464 > 0,05$ maka H_0 diterima sehingga kepatuhan tidak berpengaruh signifikan terhadap *outcome* klinis pasien. Kepatuhan responden dalam meminum obat bukan merupakan satu-satunya faktor penentu keberhasilan, sehingga perlunya faktor pendukung lain untuk meningkatkan keberhasilan terapi seperti pola hidup pasien, imunitas pasien, dan kebutuhan gizi pasien. Responden tidak patuh dengan kesembuhan sebanyak 6 orang (20%), hal ini bisa dikarenakan pola hidup sehat yang dijalani pasien sehingga daya imunitas responden selama

menjalani terapi tinggi (PPTI 2004). Responden yang patuh dengan hasil *outcome* tidak sembuh sebanyak 2 orang (6,7%), hal ini bisa dikarenakan adanya pengaruh oleh masalah lingkungan, perilaku sehat penduduk, ketersediaan sarana pelayanan kesehatan. Masalah lingkungan yang terkait seperti masalah kesehatan yang berhubungan dengan perumahan, kepadatan anggota keluarga, kepadatan penduduk, konsentrasi kuman, ketersediaan cahaya matahari dan lain sebagainya. Sedangkan masalah perilaku sehat antara lain akibat dari meludah sembarangan, batuk sembarangan, kedekatan anggota keluarga, gizi yang kurang atau tidak seimbang dan lain sebagainya. Masalah sarana pelayanan kesehatan, antara lain menyangkut ketersediaan obat, penyuluhan tentang penyakit dan mutu pelayanan kesehatan (Depkes RI 2005).

Terdapat berbagai kendala dalam penelitian untuk melihat pengaruh kepatuhan pengobatan TBC terhadap *outcome* klinis pasien yaitu adanya pasien yang tidak benar-benar mengerti dengan keadaan kesehatan dirinya sendiri sehingga dalam pengisian kuesioner tidak sesuai dengan apa yang diharapkan serta terdapat beberapa Puskesmas yang tidak dapat dijangkau oleh peneliti.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diperoleh dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Gambaran kepatuhan pengobatan TBC di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta dilihat dengan skala MMAS berada kategori patuh dengan persentase 80%.
2. Kepatuhan pengobatan TBC di Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta tidak berpengaruh signifikan terhadap *outcome* klinis pasien TBC dengan nilai Asymp.Sig. (2-sided) $0,464 > 0,05$.

B. Saran

Saran pada para peneliti selanjutnya adalah:

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terhadap pengaruh kepatuhan pengobatan TBC dengan komplikasi atau penyakit penyerta.
2. Perlu dilakukan penelitian dengan jumlah karakteristik pasien yang ditambahkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini N, Fatmaningrum, Yusuf. 2011. Upaya Meningkatkan Perilaku Pasien Dalam Tatalaksana Diabetes Mellitus Dengan Pendekatan Teori Model Behavioral System Dorothy E. Johnson. *Jurnal Ners* 6: 1-10.
- Amaliah R. 2012. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kegagalan konversi penderita TB paru BTA positif pengobatan fase intensif di Kabupaten Bekasi tahun 2010. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Anonim. 2006. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, edisi 2. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- [BLK] Badan Litbang Kesehatan. 2008. Riset Kesehatan Dasar tahun 2013. Jakarta.
- Bam TS, Gunneberg C, Chamroomsawadi K. 2006. Factors affecting patient adherence to DOTS in Urban Kathmandu, Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis* 3: 270-6.
- Brunner and Suddarth. 2002. Keperawatan medikal bedah, Edisi 8. Jakarta: EGC.
- [CMSA] Case Management Society of America, 2006, Case Management Adherence Guidelines Version 2.0. *Guidelines From the Case Management Society of America for improving patient adherence to medication therapies.*
- Chuluq AC, Abijoso, Sidharta B. 2004. Pengembangan Paket Obat SOT (Sediaan Obat Tunggal) untuk Pengobatan Tuberkulosa. *Buletin Penelitian Kesehatan* 32: 127-129.
- Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. 2001. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance, *Clin Ther* 23: 1296-1310.
- [Depkes RI] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2001. Panduan Pengawas Menelan Obat TBC. Balai Pustaka, Jakarta.
- [Depkes RI] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Cetakan ke-8. Jakarta: DepKes RI.
- [Depkes RI] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005. *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Tuberkulosis*. Direktorat Bina Farmasi Komunitas Klinik. Ditjen Bina Farmasi dan Alkes, Jakarta.

- [Depkes RI] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. Buku Saku Kader Program Penanggulangan TB. Diakses dari <http://www.tbindonesia.or.id/pendir/Buku/buku-saku-tb-revfinal.pdf>.
- [Dinkes Bantul] Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul. 2016. Profil Kesehatan Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Fairman MK, Motheral B. 2000. Evaluating Medication Adherence: Which Measure is Right for Your Program?. *Journal of Managed Care Pharmacy* 6:499 – 504.
- Frain MP, Tschopp BM, Ferrin MK, Frain J. 2009. Adherence to Medical Regimens: Understanding the Effect of Cognitive Appraisal, Quality of Life & Perceived Fairly Resiliency. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52: 237-250.
- Frida E, Ibrahim S, Hardjoeno. 2006. Analisis Temuan Basil Tahan Asam Pada Sputum Cara Langsung dan Sediaan Konsentrasi Pada Suspek Tuberkulosis, *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*, vol.12.
- Gennaro RA. 2000. Remington: The Science and Practice of Pharmacy. 20th Edition. New York: *Lippincott Williams & Wilkins*.p. 885.
- Gunarsa, S. 2008. Psikologi Perawatan. BPK Gunung Mulia, Jakarta.
- Hayers TL, Larimer N, Adami A, Kaye JA. 2009. Medication Adherence in Healthy Elders: Small Cognitive Changes Make a Big Differences. *Journal of Aging & Health* 21:567-580.
- Heriyono. 2004. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Paru Dengan Melakukan Pemeriksaan Ulang Dahak Pada Akhir Pengobatan Tahap Intensif Di Puskesmas Wonosobo [Skripsi]. Universitas Diponegoro, Semarang
- [Kemenkes RI] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan.
- [Kemenkes RI] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta.
- [Kemenkes RI] Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2016.
- Linda Masniari, Priyatini, Aditama TY. 2007. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesembuhan Penderita TB Paru. *Jurnal Respir Indo*.

- Martiana, Tri M, Atoillah I, Muji S, Ira N. 2007. Analisis Resiko Penularan Tuberculosis Paru Akibat Faktor Perilaku Dan Faktor Lingkungan Pada Tenaga Kerja Industri. *Berita Kedokteran Masyarakat* 23: 28-34.
- Maulidia DF. 2014. Hubungan Antara Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberculosis Di wilayah Ciputat Tahun 2014 [Skripsi]. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Islam NEgeri Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Mc Donald HP, Amit XG, Biran H. 2002. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions. *JAMA*: 22: 2868-3242
- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. 2008. *Predictive Validity Of Medication Adherence Measure In An Outpatient Setting, J Clin Hypertens* 10: 348-354.
- Murtantiningih, Wahyono B. 2010. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kesembuhan Penderita Tuberculosis Paru di Puskesmas Purwodadi I Kabupaten Grobogan, *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNNES*.
- Muttaqin, A. 2008. Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Pernapasan. Salemba Medika, Jakarta.
- Nasution. 2004. Metode research (penelitian Ilmiah). Jakarta: Bumi Aksara.
- Nur F. 2009. Kid and Global Diseases, Penyakit-Penyakit Saat Ini. Jakarta: Grasindo
- Osterberg L, Blaschke T. 2005. Drug Therapy: Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine* 353: 487-497.
- [PDPI] Pedoman Diagnosis Dan Penatalaksanaan Tuberculosis Di Indonesia. 2006. Tuberculosis pedoman diagnosis dan penatalaksanaan di Indonesia.
- [PPTI] Perkumpulan Pemberantasan Tuberculosis Indonesia. 2004. Pencegahan Penularan Penyakit TBC.
- Puspasari N. 2014. Karakteristik pasien tuberkulosis yang memperoleh pengobatan kategori 2 di UP4 Provinsi Kalimantan Barat tahun 2009-2012. Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura.
- Puspita E. 2016. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penderita Hipertensi Dalam Menjalani Pengobatan [Skripsi]. Universitas Negeri Semarang.
- Ramadona A. 2011. Pengaruh Konseling Obat Terhadap Kepatuhan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Poliklinik Khusus Rumah Sakit Umum Pusat RR. M. Djamil. Padang.

- Rosidah F. 2008. Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Keberhasilan Pengobatan TB paru di BP4 Tegal Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Sabate E. 2001. *WHO Adherence Meeting Report*. Geneva. World Health Organization.
- Shetty N, Shemko M, Vaz M, Souza GD. 2006. An Epidemiological Evaluation Of Risk Factors For Tuberculosis In South India: A Matched Case Control Study. *Int J Tuberc Lung Dis* 10: 80-86.
- Smert, B. 1994. Psikologi Kesehatan. Jakarta : PT Gramedia Widia Sarana Indonesia
- Sudewo B. 2009. Buku Pintar Hidup Sehat Cara Mas Dewo. Jakarta: PT Agro Media Pustaka.
- Sugiyono. 2010. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif & RND. Bandung : Alfabeta
- Sukmadinata, Nana Syaodih. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya Offset.
- Susilayanti EY. 2014. Profil Penderita Penyakit TBC Paru BTA Positif yang Ditemukan Di BP4 Lubuk Alung Periode Januari-Desember 2012. *Kesehatan Andalas* 2: 153-4
- Tirtana BT. 2011. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan pada pasien tuberculosis paru dengan resistensi obat tuberculosis di Wilayah Jawa Tengah. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- [WHO] World Health Organization. 2003. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence of Action*. Geneva.
- [WHO] World Health Organization. 2008. *Global Tuberculosis control*. WHO report. Geneva.
- [WHO] World Health Organization. 2015. *Global Tuberculosis control*. WHO report. Geneva.
- Yoga Arditya JM, Sri Wahyuni, Puji P. 2015. Hubungan Kepatuhan Berobat Dengan Kesembuhan Pada Penderita Tb Paru Di Bkpm Wilayah Semarang 2015. STIKES Ngudi Waluyo Ungaran.
- Zuliana Imelda. 2010. Pengaruh Karakteristik Individu, Faktor Pelayanan Kesehatan Dan Faktor Peran Pengawas Menelan Obat Terhadap Tingkat Kepatuhan Penderita TB Paru Dalam Pengobatan Di Puskesmas Pecan Labuhan Kota Medan Tahun 2009.

Lampiran 1. Surat kelaikan etik


HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
Dr. Moewardi General Hospital
 RSUD Dr. Moewardi
School of Medicine Sebelas Maret University
 Fakultas Kedokteran Universitas sebelas Maret
 

ETHICAL CLEARANCE
KELAIKAN ETIK

Nomor : 101 / II / HREC /2017

The Health Research Ethics Committee Dr. Moewardi General Hospital / School of Medicine Sebelas Maret University Of Surakarta
 Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Moewardi / Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta

after reviewing the proposal design, here with to certify
 setelah menilai rancangan penelitian yang diusulkan, dengan ini menyatakan

That the research proposal with topic :
 Bahwa usulan penelitian dengan judul

PENGARUH KEPATUHAN PENGOBATAN TBC TERHADAP KADAR INH DALAM DARAH

Principal investigator : Afifah Nur Azhar
 Peneliti Utama 19133971 A

Location of research : Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta
 Lokasi Tempat Penelitian


Is ethically approved
 Dinyatakan laik etik

Issued on : 11 Februari 2017
Chairman
 Ketua

 Dr. Hadi Wujoso dr., Sp.F.MM
 NIP. 19621022 199503 1 001



Lampiran 2. Surat ijin praktek



PEMERINTAH KABUPATEN BANTUL
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(B A P P E D A)
 Jln. Robert Wolter Monginsidi No. 1 Bantul 55711, Telp. 367533, Fax. (0274) 367796
 Website: bappeda.bantulkab.go.id Webmail: bappeda@bantulkab.go.id

SURAT KETERANGAN/IZIN
Nomor : 070 / Reg / 1400 / S3 / 2017

Menunjuk Surat : Dari : Fakultas Farmasi Nomor : 306/PS-IF/AKD-S3/III/2017
 Universitas Gadjah Mada
 Tanggal : 15 Maret 2017 Perihal : **Pemohonan Ijin Penelitian**

Mengingat : a. Peraturan Daerah Nomor 17 Tahun 2007 tentang Pembentukan Organisasi Lembaga Teknis Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bantul sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Bantul Nomor 16 Tahun 2009 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 17 Tahun 2007 tentang Pembentukan Organisasi Lembaga Teknis Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Bantul;
 b. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perijinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pengembangan, Pengkajian, dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta;
 c. Peraturan Bupati Bantul Nomor 17 Tahun 2011 tentang Ijin Kuliah Kerja Nyata (KKN) dan Praktek Lapangan (PL) Perguruan Tinggi di Kabupaten Bantul.

Diizinkan kepada
 Nama : **LUCIA VITA INANDHA DEWI**
 P. T / Alamat : **Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta**
 NIP/NIM/No. KTP : **340208610780004**
 Nomor Telp./HP : **081328233433**
 Tema/Judul Kegiatan : **PENGARUH VARIASI GENETIK NAT 2 TERHADAP KADAR ISONIAZID DAN RISIKO HEPATOTOKSIK PASIEN TUBERKULOSIS SUKU JAWA DI YOGYAKARTA**

Lokasi : Puskesmas Srandakan, Puskesmas Sanden, Puskesmas Kretek, Puskesmas Pandak 1, Puskesmas Pandak 2, Puskesmas Bantul 2, Puskesmas Sewon 1, Puskesmas Sewon 2, Puskesmas Jetis 1, Puskesmas Jestis 2, Puskesmas Imogiri 1, Puskesmas Imogiri 2, Puskesmas Kasihan 1, Puskesmas Kasihan 2, Puskesmas Piyungan, Puskesmas Pleret, Puskesmas Banguntapan 2, Puskesmas Sedayu

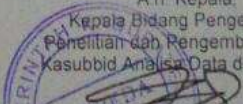
Waktu : 10 April 2017 s/d 10 Juli 2017

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Dalam melaksanakan kegiatan tersebut harus selalu berkoordinasi (menyampaikan maksud dan tujuan) dengan institusi Pemerintah Desa setempat serta dinas atau instansi terkait untuk mendapatkan petunjuk seperlunya;
2. Wajib menjaga ketertiban dan mematuhi peraturan perundangan yang berlaku;
3. Izin hanya digunakan untuk kegiatan sesuai izin yang diberikan;
4. Pemegang izin wajib melaporkan pelaksanaan kegiatan bentuk *softcopy* (CD) dan *hardcopy* kepada Pemerintah Kabupaten Bantul c.q Bappeda Kabupaten Bantul setelah selesai melaksanakan kegiatan;
5. Izin dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut di atas;
6. Memenuhi ketentuan, etika dan norma yang berlaku di lokasi kegiatan; dan
7. Izin ini tidak boleh disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu ketertiban umum dan kestabilan pemerintah.

Dikeluarkan di : B a n t u l
 Pada tanggal : 10 April 2017

A.n. Kepala,
 Kepala Bidang Pengendalian
 Penelitian dan Pengembangan u.b.
 Kasubbid Analisa Data dan Laporan



Lampiran 3. Contoh kuesioner MMAS

No Sampel : LV 21 PT (guru PNS)
 Inisial : Dy H.

Morinsky Medication Adherence Scale

NO	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Apakah anda kadang-kadang/pernah lupa minum obat anti tuberkulosis ?		✓
2.	Apakah dalam 2 minggu terakhir terdapat hari dimana anda tidak minum obat anti tuberkulosis ?		✓
3.	Jika anda merasa keadaan bertambah buruk / tidak baik dengan meminum obat tuberkulosis, apakah anda berhenti minum obat ?		✓
4.	Ketika anda bepergian/ meninggalkan rumah apakah kadang-kadang anda lupa membawa obat ?		✓
5.	Apakah kemarin anda minum obat anti tuberkulosis ?		✓
6.	Jika anda merasa kondisi lebih baik, apakah anda berhenti minum obat antituberkulosis ?		✓
7.	Minum obat setiap hari kadang membuat orang merasa tidak nyaman, Apakah anda merasa terganggu / memiliki masalah dalam mematuhi rencana pengobatan anda ?		✓
8.	Seberapa sering anda merasa mengalami kesulitan dalam mengingat penggunaan obat ? a. Tidak pernah/sangat jarang b. Sese kali c. Kadang-kadang d. Biasanya e. Selalu/sering		✓

Sedang (6,75)

Perhitungan distribusi jenis kelamin pasien TBC

Frequencies

[DataSet0]

Statistics

→ jeniskelamin

N	Valid	30
	Missing	0

jeniskelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	perempuan	7	23.3	23.3	23.3
	laki-laki	23	76.7	76.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lampiran 4. Perhitungan distribusi umur pasien TBC

Frequencies

[DataSet1]

Statistics

umur

N	Valid	30
	Missing	0

umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23-30	6	20.0	20.0	20.0
	31-38	2	6.7	6.7	26.7
	39-46	9	30.0	30.0	56.7
	47-54	5	16.7	16.7	73.3
	55-62	3	10.0	10.0	83.3
	63-70	5	16.7	16.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lampiran 5. Perhitungan distribusi pekerjaan pasien TBC

Frequencies

[DataSet2]

Statistics

pekerjaan

N	Valid	30
	Missing	0

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	wiraswasta	5	16.7	16.7	16.7
	swasta	4	13.3	13.3	30.0
	buruh	9	30.0	30.0	60.0
	guru	2	6.7	6.7	66.7
	tidak krja	4	13.3	13.3	80.0
	petani	3	10.0	10.0	90.0
	pensiun	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lampiran 6. Perhitungan distribusi pendidikan pasien TBC

Frequencies

[DataSet3]

Statistics

pendidikan

N	Valid	30
	Missing	0

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	2	6.7	6.7	6.7
	SMP	4	13.3	13.3	20.0
	SMA	17	56.7	56.7	76.7
	PT	7	23.3	23.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lampiran 7. Perhitungan gambaran kepatuhan pasien TBC

→ Frequencies

[DataSet0]

Statistics

kepatuhan

N	Valid	25
	Missing	0

kepatuhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	6	24.0	24.0	24.0
	sedang	17	68.0	68.0	92.0
	tinggi	2	8.0	8.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

→ Frequencies

[DataSet0]

Statistics

kepatuhan

N	Valid	30
	Missing	0

kepatuhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	patuh	24	80.0	80.0	80.0
	tidak patuh	6	20.0	20.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lampiran 8. Uji *Chi-square* hubungan jenis kelamin pasien TBC dengan kepatuhan

Crosstabs

[DataSet0]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jeniskelamin * kepatuhan	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

jeniskelamin * kepatuhan Crosstabulation

Count

		kepatuhan		Total
		patuh	tidak patuh	
jeniskelamin	perempuan	6	1	7
	laki-laki	18	5	23
Total		24	6	30

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.186 ^a	1	.666		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.198	1	.657		
Fisher's Exact Test				1.000	.567
Linear-by-Linear Association	.180	1	.671		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.40.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 9. Uji *Chi-square* hubungan umur pasien TBC dengan kepatuhan

[DataSet1]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
umur * kepatuhan	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

umur * kepatuhan Crosstabulation

Count

		kepatuhan		Total
		patuh	tidak patuh	
umur	23-30	6	0	6
	31-38	2	0	2
	39-46	7	2	9
	47-54	2	3	5
	55-62	3	0	3
	63-70	4	1	5
Total		24	6	30

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.778 ^a	5	.169
Likelihood Ratio	8.755	5	.119
Linear-by-Linear Association	.941	1	.332
N of Valid Cases	30		

a. 11 cells (91.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.

Lampiran 10. Uji *Chi-square* hubungan pekerjaan pasien TBC dengan kepatuhan

[DataSet2]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pekerjaan * kepatuhan	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

pekerjaan * kepatuhan Crosstabulation

Count

		kepatuhan		Total
		patuh	tidak patuh	
pekerjaan	wiraswasta	4	1	5
	swasta	3	1	4
	buruh	8	1	9
	guru	2	0	2
	tidak krja	3	1	4
	petani	2	1	3
	pensiun	2	1	3
Total		24	6	30

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.736 ^a	6	.942
Likelihood Ratio	2.106	6	.910
Linear-by-Linear Association	.380	1	.537
N of Valid Cases	30		

a. 13 cells (92.9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.

Lampiran 11. Uji *Chi-square* hubungan pendidikan pasien TBC dengan kepatuhan

Crosstabs

[DataSet3]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pendidikan * kepatuhan	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

pendidikan * kepatuhan Crosstabulation

Count

		kepatuhan		Total
		patuh	tidak patuh	
pendidikan	SD	1	1	2
	SMP	3	1	4
	SMA	14	3	17
	PT	6	1	7
Total		24	6	30

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.389 ^a	3	.708
Likelihood Ratio	1.167	3	.761
Linear-by-Linear Association	1.032	1	.310
N of Valid Cases	30		

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.

Lampiran 12. Perhitungan gambaran *outcome* klinis pasien TBC

➔ Frequencies

[DataSet5]

Statistics

outcome

N	Valid	30
	Missing	0

outcome

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sembuh	28	93.3	93.3	93.3
	tidak sembuh	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Lampiran 13. Uji *Chi-square* hubungan kepatuhan pasien TBC dengan *outcome* klinis

[DataSet0]

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
outcome * kepatuhan	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

outcome * kepatuhan Crosstabulation

Count

		kepatuhan		Total
		patuh	tidak patuh	
outcome	sembuh	22	6	28
	tidak sembuh	2	0	2
Total		24	6	30

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.536 ^a	1	.464		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.928	1	.335		
Fisher's Exact Test				1.000	.634
Linear-by-Linear Association	.518	1	.472		
N of Valid Cases	30				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .40.

b. Computed only for a 2x2 table

Lampiran 15. Karakteristik dan *outcome* klinis pasien TBC fase lanjut di

Responden	Jenis kelamin	Umur	Pekerjaan	Pendidikan	<i>Outcome</i> klinis
1	Laki-laki	65	Buruh	SMA	Sembuh
2	Laki-laki	33	Wiraswasta	Perguruan tinggi	Sembuh
3	Laki-laki	30	Tidak bekerja	Perguruan tinggi	Sembuh
4	Perempuan	28	Wiraswasta	SMA	Tidak sembuh
5	Perempuan	42	Wiraswasta	SMA	Sembuh
6	Laki-laki	33	Guru	Perguruan tinggi	Sembuh
7	Laki-laki	52	Wiraswasta	SMA	Sembuh
8	Perempuan	56	Buruh	SMP	Sembuh
9	Laki-laki	49	Pensiun	SMA	Sembuh
10	Perempuan	41	Wiraswasta	SMK	Sembuh
11	Laki-laki	70	Petani	SD	Tidak sembuh
12	Laki-laki	65	Pensiun	SMP	Sembuh
13	Laki-laki	70	Tidak bekerja	SD	Sembuh
14	Laki-laki	39	Swasta	Perguruan tinggi	Sembuh
15	Laki-laki	61	Buruh	SMA	Sembuh
16	Laki-laki	50	Tidak bekerja	SMP	Sembuh
17	Laki-laki	68	Pensiun	SMA	Sembuh
18	Perempuan	47	Guru	Perguruan tinggi	Sembuh
19	Laki-laki	39	Buruh	SMA	Sembuh
20	Laki-laki	23	Buruh	SMA	Sembuh
21	Laki-laki	26	Buruh	Perguruan tinggi	Sembuh
22	Laki-laki	40	Tidak bekerja	SMA	Sembuh
23	Laki-laki	49	Buruh	SMA	Sembuh
24	Perempuan	45	Swasta	SMA	Sembuh
25	Laki-laki	39	Buruh	SMA	Sembuh
26	Laki-laki	60	Buruh	SMA	Sembuh
27	Perempuan	29	Tani	SMK	Sembuh
28	Laki-laki	40	Swasta	Perguruan tinggi	Sembuh
29	Laki-laki	39	Swasta	SMP	Sembuh
30	Laki-laki	29	Tani	SMA	Sembuh

Puskesmas Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta

Lampiran 16. Skor kepatuhan pasien berdasarkan kuesioner MMAS

Responden	Pertanyaan								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	0	1	1	0,75	6,75
2	0	1	1	1	1	1	1	1	7
3	1	1	1	1	0	1	1	0,75	6,75
4	1	1	1	1	0	1	1	1	7
5	1	1	1	1	0	1	1	1	7
6	0	1	1	1	0	1	1	1	6
7	1	1	1	1	0	1	1	1	7
8	1	1	1	1	0	1	1	1	7
9	1	1	1	0	0	1	0	0,75	4,75
10	0	1	1	0	0	1	1	0,75	4,75
11	1	0	1	1	0	1	0	0,75	4,75
12	1	1	1	1	1	1	1	1	8
13	1	1	1	1	1	1	1	0,75	7,75
14	0	0	1	1	0	1	1	0,75	4,75
15	1	1	1	1	0	0	1	1	6
16	1	1	1	0	0	1	1	0,75	5,75
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8
18	1	1	1	1	0	1	1	0,75	6,75
19	1	1	0	1	0	1	1	1	6
20	1	1	1	0	0	1	1	1	6
21	0	1	1	1	0	1	1	1	6
22	1	1	1	1	0	1	1	1	7
23	0	0	0	1	1	1	1	1	5
24	1	1	1	1	0	1	1	1	7
25	1	1	1	1	0	1	1	1	7
26	1	1	1	0	1	1	1	1	7
27	0	1	1	1	1	1	1	1	7
28	0	0	1	1	1	1	1	1	6
29	1	1	1	1	0	1	1	1	7
30	0	1	1	1	0	1	1	1	6