

**HUBUNGAN TINGKATPENGETAHUAN PASIEN
TUBERKULOSIS TERHADAP KEPATUAN
MINUM OBAT PERIODE 2021 DI RSUD
DR M.YUNUS KOTA
BENGKULU**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Ahli Madya
Farmasi (A.Md.,Farm)



Oleh :

**Retri Anggraini
1912105**

YAYASAN AL-FATHAH

PROGRAM STUDI DIPLOMA III FARMASI SEKOLAH TINGGI

KESEHATAN AL-FATAH

BENGKULU

2020/2022

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini adalah :

Nama : Retri Anggraini

NIM : 19121058

Program Studi : Diploma (D III) Farmasi

Judul : Hubungan Tingkat Pengetahuan Minum Obat pada Pasien
Tuberkolusis Paru di RSUD D.M.Yunus Kota Bengkulu
Periode 2021

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah ini merupakan hasil karya sendiri dan sepengetahuan penulis tidak berisikan materi yang dipublikasikan atau ditulis orang lain atau dipergunakan untuk menyelesaikan studi di perguruan tinggi lain kecuali untuk bagian-bagian tertentu yang dipakai sebagai acuan.

Apabila terbukti pernyataan ini tidak benar, sepenuhnya menjadi tanggung jawab penulis.

Bengkulu, 4 Agustus 2022

Yang Membuat Pernyataan

Retri Anggraini

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

HUBUNGAN TINGKAT KEPATUHAN PASIEN TUBERKULOSIS

TERHADAP KEPATUAN MINUN OBAT PERRIODE 2021 DI RSUD DR

M,YUNUS KOTA BENGKULU

Oleh:

RetriAnggraini

19121065

**Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Dipertahankan Di Hadapan Dewan Penguji
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menempuh Ujian Diploma (DIII) Farmasi**

Di Sekolah Tinggi Kesehatan Al-Fatah Bengkulu

Pada Tanggal : 3 Agustus 2022

Dewan Penguji :

Pembimbing I



(Dewi Winni Fauzih, Farm., Apt)

NIDN.0205019201

Pembimbing II



(Setya Enti Rikomah, M.Farm., Apt)

NIDN :0228038801

Penguji



(Sari Yanti, M. Farm, Apt)

NIDN : 0219058401

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“ yakin adalah kunci jawaban dari segala permasalahan

Dengan bermodal yakin merupakan obat mujarat penumbuh semangat hidup”

Obat hati ada dua cara,yang pertama jangan suka memanjakan diri

Sendiri dan yang kedua selalu lihatlah ke bawah

PERSEMBAHAN

Persembahan ini saya sampaikan kepada:

- ❖ Kedua Orang Tua Ku Ayahnda Erlis Efendi dan ibunda Dramani yang telah memberikan Materil dan Spritual dalam menjankan pendidikan selama di bangku kulia dan akhinya saya bias mendapatkan suatu yang dicita-citakan dan banggaan oleh kedua orang tua ku tercinta yang mendapat gelar D-III (Ahli Madya Farmasi)
- ❖ Teruntuk Dosen Pembibing ku ibu Dewi Winni Fauziah, M,Farm.,Apt dan ibu Setya Enti Rikomah,M,Farm.,Apt serta Penguji ku ibu Sari Yanti ,M,Farm.,Apt terimah kasih telah Membibing ku selama menyusun KTI ini dan terimah kasih karena telah memberiku pengalaman yang berharga.
- ❖ Untuk adek ku wawan terimah kasih yang membantuh memijamkan leptop untuk membantu pembuatan KTI selama ini serta adek ku mayang yang membantu kesusahan.kesedihan.kesenangan.dalam keadaan apapun terima kasih juga saya sering merepotkan dan menggagu jam tidur selama pembuatan KTI.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat serta kasih-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Hubungan Tingkat Pengetahuan Pasien Tuberkulosis Terhadap Kepatuhan Minum Obat Periode 2021 di RSUD M.Yunus Kota Bengkulu”**

Penulis menyadari bahwa dalam proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mengalami kendala, namun berkat bantuan, bimbingan, kerjasama dari berbagai pihak dan berkah dari Allah SWT sehingga kendala-kendala yang dihadapi tersebut dapat diatasi. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati :

1. Ibu Sari Yanti M.Farm.,Apt. Selaku pembimbing I yang telah dengan sabar, tekun, tulus dan ikhlas meluangkan waktu, tenaga dan pikiran memberikan bimbingan, motivasi, arahan, dan saran-saran yang sangat berharga kepada penulis selama menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Setya Enti Rikomah M.Farm.,Apt. Selaku pembimbing II yang telah dengan sabar, tulus dan ikhlas meluangkan waktu memberikan kritik dan

3. saran bimbingan maupun arahan yang sangat berguna dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Sari Yanti ,M.Farm., Apt. yang juga merupakan pembimbing Akademik di STIKES Al-Fatah Bengkulu yang telah memberikan saran, nasehat, dan bimbingan mengenai proses pembelajaran akademik.
5. Bapak Drs. Joko Triyono, Apt, MM. Selaku Ketua Yayasan STIKES Al-Fatah Bengkulu.
6. Ibu Densi Selpia Sopianti, M.Farm.,Apt selaku Ketua STIKES Al-Fatah Bengkulu.
7. Seluruh staf dan karyawan STIKES Al-Fatah Bengkulu yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Rekan-rekan seperjuangan yang telah memberikan motivasi dan dorongan agar saya dapat tetap semangat dalam menyusun l Karya Tulis Ilmiah Kedua orang tuaku yang selalu memberikan dukungan dan semangat sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik.
9. Teman-teman seperjuangan yang telah memberikan dukungan dan semangat bagi penulis selama menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Semua pihak yang telah membantu hingga terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini banyak terdapat kekeliruan dan kesalahan baik dari segi penulisan maupun penyusunan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari

Berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi dimasa yang akan datang.

Akhir kata penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak khususnya dalam pembangunan ilmu pengetahuan dibidang farmasi.

Bengkulu 4 Agustus 2022

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
MOTTO DAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR	
ISI	vii
i	
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
INTISARI	xii
BAB I.PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Batasan Masalah	6
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.5 Mafaat Penelitian.....	7
BAB II.TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kepatuhan	9
2.1.1 Faktor – Faktor Mempengaruhi Kepatuhan	9
2.2 Tuberculosis (TBC)	14
2.2.1 Pengertian TBC	14
2.2.2 Gejala TBC.....	15
2.2.3 Penularan TBC	15
2.2.4 Pencegahan TBC.....	16
2.2.5 Jenis – jenis obat TBC	16
2.2.6 Prinsip Pengobatan TBC.....	19

2.2.7 Paket OAT	20
2.2.8 Diagnosa TBC	21
2.3 Kerangka kosep	22

BAB III.METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian	23
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	23
3.2.1 Lokasi	23
3.2.2 Waktu Penelitian	23
3.3 Populasi dan Sampel.....	23
3.3.1 Populasi	23
3.3.2 Sampel.....	23
3.4 Jenis dan Cara Pengumpulan Data	24
3.4.1 Jenis Data.....	24
3.4.2 Cara Pengumpulan Data.....	24
3.5 Pengolahan dan Analisis Data	25
3.5.1 Pengolahan Data	25
3.5.2 Analisis Data	25
3.6 Definisi Operasional	29
3.7 Karakteristik Penderita TB Paru.....	30

BAB IV.HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Uji Validitas Kuisisioner	36
4.2 uji Reliabilitas	37
4.3 Hasil Penelitian	38
4.3.1 Distribusi Umur	38
4.3.2 Distribusi Jenis Kelamin.....	39
4.4 Pembahasan.....	43

BAB V.KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	49
5.2 Saran	49

DAFTAR PUSTAKA.....	51
LAMPIRAN.....	51

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel I. Definisi Operasional	29
Tabel II. Hasil Uji Validasi	36
Tabel III. Reliabilitas	37
Tabel IV. Distribusi Umur	38
Tabel V. Distribusi Tingkat Pendidikan.....	39
Tabel VI. Distribusi Jenis Kelamin.....	40
Tabel VII. Distribusi Status Pekerjaan	40
Tabel VIII. Tingkat Pengetahuan.....	41
Tabel IX. Tingkat Kepatuhan.....	41
Tabel X. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Kepatuhan	41

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Konsep	22

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Permohonan izin Pra- Penelitian	53
Lampiran 2 Surat Rekomendasi dari Diklat Pra- penelitian ..54	
Lampiran 3 Surat Permohonan Izin Penelitian DPMPTSP	55
Lampiran 4 Surat Rekomendasi dari DPMPTSP	56
Lampiran 5 Permohonan izin Penelitian dari Diklat	57
Lampiran 6 Surat Selesai Penelitian	58
Lampiran 6.Lembar Kuesioner Penelitian	59
Lampiran 7. Foto kegiatan pengambilan Data Kuesioner	

.....
61

Lampiran 8 Rekapitulasi Data Kuesioner
Responden

.....
62

Lampiran 9 : Hasil Uji
Validasi

.....
66

Lampiran 10 : Hasil Uji *Reliabilitas*

.....
68

Lampiran 11 : Hasil Uji *Chi Square*

.....
69

INTISARI

Tuberculosis adalah merupakan penyakit infeksi menular yang dapat menyerang bagian organ terutama paru-paru. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan minum obat pada pasien TB paru rawat jalan di RSUD DR M. Yunus Kota Bengkulu periode 2021. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif, dimana penelitian ini mendeskripsikan tentang Hubungan Tingkat pengetahuan Pasien TB Terhadap kepatuhan minum obat di RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini diambil dengan teknik *purposive sampling* yaitu berdasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri. Besar sampel 67 pasien dengan jumlah 46 pasien yang laki-laki dan 21 pasien perempuan. Hasil penelitian prosentase responden yang patuh dengan pengetahuan kurang 1 orang, responden yang pengetahuannya baik dengan kepatuhan baik sebanyak 60 orang, responden yang tidak patuh dengan pengetahuan baik sebanyak 5 orang, responden pengetahuan kurang dengan kepatuhan kurang sebanyak 1 orang. Berdasarkan hasil uji chi-square menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan kepatuhan pasien dengan nilai $p = 0,005 (> 0.05)$

Kata kunci : Tuberculosis, Hubungan, Pengetahuan, Kepatuhan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Secara global pada tahun 2016 terdapat 10,4 juta kasus insiden TBC (CI 8,8 juta – 12, juta) yang setara dengan 120 kasus per 100.000 penduduk. Lima negara dengan insiden kasus tertinggi yaitu India, Indonesia, China, Philipina, dan Pakistan/. Sebagian besar estimasi insiden TBC pada tahun 2016 terjadi di Kawasan Asia Tenggara (45%) - dimana Indonesia merupakan salah satu di dalamnya dan 25% nya terjadi di kawasan Afrika. Badan kesehatan dunia mendefinisikan negara dengan beban tinggi/high burden countries (HBC) untuk TBC berdasarkan 3 indikator yaitu TBC, TBC/HIV, dan MDR-TBC. Terdapat 48 negara yang masuk dalam daftar tersebut. Satu negara dapat masuk dalam salah satu daftar tersebut, atau keduanya, bahkan bisa masuk dalam ketiganya. Indonesia bersama 13 negara lain, masuk dalam daftar HBC untuk ke 3 indikator tersebut. Artinya Indonesia memiliki permasalahan besar dalam menghadapi penyakit TBC (Kemenkes, 2016).

Centres for Disease Control (CDC) melaporkan pada tahun 2015, dalam laporan *District of Columbia* terdapat 9.557 kasus TB Paru, meningkat 1,6% tahun 2014 di Dunia. Dua puluh tujuh negara bagian di dunia dilaporkan peningkatan jumlah kasus TB paru dari tahun 2014, dan empat negara (California, Texas, New York, dan Florida) menyumbang 50,6% penderita TB paru dari total kasus nasional di Amerika Serikat. Tahun 2013, kejadian TB paru terus secara bertahap menurun antara orang kulit hitam non Hispanik atau

Afrika Amerika (-6,4%), kulit putih non-Hispanik (-12,1%), dan Hispanik atau Latin (-4,0%). Sementara kejadian TB paru tingkat Asia juga menurun 2013-2015 (-1,0%), pada tahun 2015 tingkat kejadian TB secara keseluruhan untuk Asia selama tiga kali lebih tinggi. Angka prevalensi TB paru di Indonesia pada tahun 2014 menjadi sebesar 647 orang dari 100.000 penduduk. Angka penderita TB paru ini meningkat dari tahun 2013, penderita TB paru pada tahun 2013 yang berjumlah 272 dari 100.000 penduduk (WHO, 2015). Indonesia merupakan Negara dengan pasien TB terbanyak ke – 5 di dunia setelah India, Cina, Afrika Selatan dan Negeria (WHO, 2009).

Diperkirakan jumlah pasien TB di Indonesia sekitar 5,8% dari total jumlah pasien TB di dunia diperkirakan setiap tahun ada 429,730 kasus baru dan kematian 62, 246 orang, insiden kasus TB BTA positif sekitar 102 per 100.000 penduduk (Kemkes RI, 2011).

Jumlah kasus baru TB di Indonesia sebanyak 420.994 kasus pada tahun 2017 (data per 17 Mei 2018). Berdasarkan jenis kelamin, jumlah kasus baru TBC tahun 2017 pada laki-laki 1,4 kali lebih besar dibandingkan pada perempuan. Bahkan berdasarkan Survei Prevalensi Tuberkulosis prevalensi pada laki-laki 3 kali lebih tinggi dibandingkan pada perempuan. Begitu juga yang terjadi di negara-negara lain. Hal ini terjadi kemungkinan karena laki-laki lebih terpapar pada faktor risiko TBC misalnya merokok dan kurangnya ketidapatuhan minum obat. Survei ini menemukan bahwa dari seluruh partisipan laki-laki yang

merokok sebanyak 68,5% dan hanya 3,7% partisipan perempuan yang merokok. Berdasarkan Survei Prevalensi Tuberkulosis tahun 2013-2014, prevalensi TBC dengan konfirmasi bakteriologis di Indonesia sebesar 759 per 100.000 penduduk berumur 15 tahun ke atas dan prevalensi TBC BTA positif sebesar 257 per 100.000 penduduk berumur 15 tahun ke atas. Berdasarkan survey Riskesdas 2013, semakin bertambah usia, prevalensinya semakin tinggi. Kemungkinan terjadi re-aktivasi TBC dan durasi paparan TBC lebih lama dibandingkan kelompok umur di bawahnya.

Sebaliknya, semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan (yang menggambarkan kemampuan sosial ekonomi) semakin rendah prevalensi TBC. Gambaran kesakitan menurut pendidikan, prevalensi semakin rendah seiring dengan tingginya tingkat pendidikan. Kesakitan TBC menurut kuintil indeks kepemilikan menunjukkan tidak ada perbedaan antara kelompok terbawah sampai dengan menengah atas. Perbedaan hanya terjadi pada kelompok teratas. Hal ini berarti risiko TBC dapat terjadi pada hampir semua tingkatan sosial ekonomi. Angka notifikasi kasus/*case notification rate* (CNR) adalah jumlah semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan di antara 100.000 penduduk yang ada di suatu wilayah tertentu yang apabila dikumpulkan serial, akan menggambarkan kecenderungan (trend) meningkat atau menurunnya penemuan kasus dari tahun ke tahun di suatu wilayah (Kemenkes RI, 2015).

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu tahun 2011 di Provinsi Bengkulu tercatat sebanyak 18.442 Tuberkulosis (TB) Paru klinis, dari hasil pemeriksaan tercatat sebanyak 1.493 penderita TB+,3 sebanyak 1.542 diobati dengan kesembuhan sebanyak 1.236 (80%) (Dinas Kesehatan Provinsi, 2011). Pada tahun 2012 di Provinsi Bengkulu tercatat sebanyak 24.469 Tuberkulosis (TB) Paru klinis, sebanyak 1.569 diobati dengan kesembuhan sebanyak 1.327 (85%). (Dinas Kesehatan Provinsi, 2011).

Pada tahun 2013 di Provinsi Bengkulu tercatat sebanyak 29.026 Tuberkulosis (TB) Paru suspek , dari hasil pemeriksaan diketahui ada sebanyak 1.701 penderita TB+ , sebanyak 1.717 diobati dengan kesembuhan sebanyak 1.365 (85%) (Dinas Kesehatan Provinsi, 2013).

Data dari Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tahun 2011 di Kota Bengkulu tercatat 566 kasus Tuberkulosis (TB) paru dengan jumlah kematian 1,0/100.000 penduduk. Pada tahun 2012 tercatat 611 kasus Tuberkulosis (TB) paru dengan jumlah kematian 1,2/100.000 penduduk. Pada tahun 2013 terdapat 618 kasus Tuberkulosis (TB) paru dengan jumlah kasus Tuberkulosis (TB) paru

Program kesehatan belum dapat menekan penyakit tuberculosis paru yang signifikan, bahkan ada kecenderungan meningkat lebih parah lagi (terjadi multiresistem obat) dikarenakan pasien dengan TB paru sangat

rentan dengan putus obat sehingga kambuhnya kembali penyakit menjadi potensial.

Apabila pengobatan terputus tidak sampai enam bulan, penderita sewaktu – waktu akan kambuh kembali penyakitnya dan kuman tuberkulosis menjadi resisten sehingga membutuhkan biaya besar (untuk pengobatannya) (Hiamani 2005).

Oleh karena itu, di butuhkan seorang pengawas minum obat (PMO) supaya tidak terjadi terputusnya mengkonsumsi obat (*drou out*) dan PMO dapat memastikan tidak putusnya pengobatan terhadap penderita TB penderita demikian harus diobati dengan OAT pengobatan ulang kategori Ke 2 RHZES/HEZE/5R₃ H₃ E₃ Resisten obat dicegah dengan cara pengawasan menelan obat secara langsung (DOTS) pada umumnya resistensi disebabkan oleh tata laksana pengobatan yang tidak memadai hal ini biasa di sebabkan kurangnya peranan dari pengawas minum obat, penyuluhan oleh petugas kesehatan ,penderita, DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse y*) Obat TB dan petugas labor kurang kepatuhan penderita dalam minum obat selama masa pengobatan memunculkan masalah yang cukup besar dalam pengobatan TB secara luas. DOTS (Directl Observerd Treatment Short Courese) adalah strategi WHO yang jitu juga *cost* yang *affectif* dalam menumpas dan menghindari masalah TB. Program OOTS butuh PMQ (Pengawas Minum Obat), di

daerah yang kegiatan PMO nya baik program DOTS berhasil ada beberapa factor yang mempengaruhi pencapaian penyebab

droup out obat TB yaitu motivasi PMO penyuluhan kesehatan penderita DOTS obat TR dan petugas laboratorium di mana diantara factor – factor di atas yang paling berperan terhadap pencapaian penyebab *droup out* obat TB, dimana jika PMO memiliki kemauan yang tinggi maka pencapaian kesembuhan terhadap pasien TB lebih cepat dan sebaiknya bila tidak diawasi dengan teratur akan terjadi resisten atau putus obat bahkan pencapaian angka kesembuhan lambat. Pengawas menelan obat (PMO) memiliki peranan penting dalam penanggulangan TB

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah yang diteliti adalah sebagai berikut :

1. Daerah pengambilan sampel di RSUD Dr.M.YUNUS Kota Bengkulu
2. Data bulan Januari 2021 s/d Desember 2021
3. Penelitian dilakukan meliputi Tingkat kepatuan Minum Obat Anti Tuberkulosis Pasien Paru di di RSUD Dr.M Yunus Kota Bengkulu

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Hubungan Tingkat pengetahuan pasien Tuberkulosis pada pasien paru terhadap kepatuan minum obat di RSUD Dr.M Yunus Kota Bengkulu

1.4 Tujuan Penelitian

Mengetahui Bagaimana Hubungan Tingkat pengetahuan pasien Tuberkulosis pada pasien paru terhadap kepatuhan minum obat

1.5 Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi peneliti

Memperluas wawasan ,menambah pengetahuan dan sebagai pengalaman berharga bagi peneliti khususnya yang berhubungan pengetahuan dan kepatuhan minum obat yaitu pada penderita TB paru.

2. Manfaat bagi institusi

Sumber informasi dan dokumentasi bagi institusi dalam meningkatkan pendidikan selanjutnya.

3. Manfaat bagi profesi kefarmasia

ilmu pengetahuan bagi perawat agar mampu meningkatkan pelayanan,farmasi,penanganan dan pemberian obat khususnya pada penderita TB paru.

4. Manfaat bagi tempat penelitian

Sebagai bahan informasi yang dapat membantu tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada seluruh masyarakat yang menderita penyakit TB.Paru.

5. Manfaat bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan agar hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai bahan kajian lebih lanjut dimasa yang akan datang khususnya

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kepatuhan

Kepatuhan atau ketaatan adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain (Smert, 1994).

Patuh berarti taat, sedangkan kepatuhan adalah taat kepada aturan-aturan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Kepatuhan pasien adalah perilaku pasien untuk taat, sudi dan rela untuk mengikuti aturan terapi pengobatan. Pasien yang tidak mengikuti anjuran dokter dianggap tidak patuh terhadap pengobatan. Kepatuhan pasien merupakan faktor utama penentu keberhasilan terapi. Kepatuhan serta pemahaman yang baik dalam menjalankan terapi dapat memengaruhi tekanan darah dan mencegah terjadi komplikasi (Depkes,2011).

2.1.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Cameron (1999) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan yaitu :

a. Pendidikan

Yaitu : pasien yang berpendidikan lebih patuh dari pada pasien yang tidak pendidikan

b. Lemahnya pemahaman instruksi (informasi kurang)

Yaitu informasi yang tepat,jelas membuat lebih patuh

c. Jumlah frekuensi pemakaian

Yaitu semakin sering frekuensi pemakaian ,semakin tidak patuh.

d. Lama terapi

Yaitu semakin lama terapi semakin tidak patuh

e. Efek samping

Yaitu efek samping yang sangat mengganggu kesehatan membuat pasien tidak patuh.

Untuk meningkatkan kepatuhan pasien tentang pemakaian obat yang benar, perlu dilaksanakan konseling yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang pemakaian obat yang benar, sehingga dengan meningkatnya pemahaman diharapkan kepatuhan pasien pun akan meningkat. Akibat dari kepatuhan pasien adalah kegagalan terapi dan resisten.

Faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan, yaitu:

Perilaku Menurut Benyamin Bloom (1990) perilaku

dibagi menjadi tiga tingkat, yaitu:

1. **Pengetahuan (*Knowledge*)**

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” seseorang, hal ini terjadi setelah orang tersebut melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman,

rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga.

- a. Pengetahuan memiliki enam tingkatan, yaitu : Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.
- b. Memahami (*comprehension*) merupakan suatu kemampuan mengingat untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.
- c. Aplikasi (*application*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi real (sebenarnya) orang yang lebih paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajarinya.
- d. Analisis (*Analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Sintesis (*Syntesis*) menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

- f. Evaluasi (*Evaluation*) hal ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu objek. Sikap bukan merupakan tindakan karena itu dapat langsung dilihat melainkan hanya dapat ditafsir terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup.

Menurut *Allport*, sikap mempunyai tiga komponen pokok, yakni :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*) penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan , berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya, sebagai berikut:

- a. Menerima (*receiving*), yaitu subjek mau dan memperhatikan objek yang diberikan.

- b. Merespon (*responding*), yaitu memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Merespon merupakan suatu indikasi dari sikap.
- c. Menghargai (*valuing*), yaitu mengajak orang lain untuk mengerjakan suatu masalah dengan orang lain. Menghargai merupakan suatu indikasi tingkat tiga.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*), yaitu bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilih dengan segala resiko. Bertanggung jawab merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Tindakan

Tindakan adalah suatu perbuatan nyata yang diperlukan untuk mewujudkan suatu sikap (*Notoatmodjo, 2014*). Tingkatan-tingkatan tindakan antara lain:

- a. Praktik terpimpin (*guided response*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.

- b. Praktik secara mekanisme (*mechanism*)

Apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan sesuatu hal secara otomatis.

- c. Adopsi (*adoption*)

Suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang.

2.2 Tuberculosis (TBC)

2.2.1 Pengertian TBC

Tuberculosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang sebagian besar (80%) menyerang paru-paru. *Mycobacterium tuberculosis* termasuk basil gram positif, berbentuk batang, dinding selnya mengandung kompleks lipida-glikolipida serta lilin (wax) yang sulit ditembus zat kimia (Depkes,2011).

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. Dalam jaringan tubuh, kuman dapat *dormant* (tertidur sampai beberapa tahun). TB Paru timbul berdasarkan kemampuannya untuk memperbanyak diri di dalam sel-sel fagosit.

2.2.2 Gejala TBC

Gejala yang dialami oleh penderita adalah sebagai berikut (Depkes,2011):

a. Gejala umum, meliputi :

- Berat badan turun selama 3 bulan berturut-turut tanpa sebab yang jelas dan tidak naik dalam 1 bulan meskipun sudah dengan penanganan gizi yang baik.

- Demam lama atau berulang tanpa sebab yang jelas (bukan tifus, malaria atau infeksi saluran nafas akut) dapat disertai dengan keringat malam.
- Pembesaran kelenjar limfe superfisial yang tidak sakit, paling sering di daerah leher, ketiak dan lipatan paha.
- Gejala dari saluran nafas, misalnya batuk lebih dari 30 hari (setelah disingkirkan sebab lain dari batuk), tanda cairan di dada dan nyeri dada.
- Gejala dari saluran cerna, misalnya diare berulang yang tidak sembuh dengan pengobatan diare, benjolan Gejala khusus, sesuai dengan bagian yang diserang, misalnya :

1. TB kulit atau skrofulodema

2. TB tulang dan sendi, meliputi :

- punggung (spondilitis): gibbus
- Tulang panggul (koksitis): pincang, pembengkakan di pinggul
- Tulang lutut: pincang dan atau bengkak

3. TB otak dan saraf

Meningitis dengan gejala kaku kuduk, muntah-muntah dan kesadaran menurun.(massa) di abdomen dan tanda-tanda cairan dalam abdomen.

2.2.3 Penularan TBC

Penularan TBC 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, ketersediaan cahaya matahari dan lain-lain. Sedangkan masalah perilaku sehat antara lain

akibat dari meludah sembarangan, batuk sembarangan, kedekatan anggota keluarga, gizi yang kurang atau tidak seimbang (Depkes,2011).

2.2.4 Pencegahan TBC

Pencegahan penularan TBC adalah dengan cara mengurangi atau menghilangkan faktor risiko, yakni pada dasarnya adalah mengupayakan kesehatan perilaku dan lingkungan antara lain dengan pengaturan rumah agar memperoleh cahaya matahari, mengatur kepadatan penduduk, menghindari meludah sembarangan, batuk sembarangan, mengkonsumsi makanan yang bergizi yang baik dan seimbang tetapi yang paling utama adalah memberikan obat anti TB yang benar dan cukup dan melakukan penyuluhan kepada masyarakat (Depkes,2011).

2.2.5 Jenis-jenis Obat TBC

Obat TBC umumnya dibagi dalam obat-obatan primer dan obat-obat sekunder.

- a. Obat Primer : INH, Rifamicin, Pirazinamid, dan Etambutol. Obat-obat ini paling efektif dan paling rendah toksisitasnya, tetapi menimbulkan resistensi dengan cepat bila digunakan sebagai obat tunggal. Maka terapi selalu dilakukan dengan kombinasi dari 3-4 obat.
- b. Obat Sekunder : Streptomisin, klofazimin, fluokinolon dan sikloserin. Obat ini memiliki kegiatan yang lebih lemah dan bersifat lebih toksis, maka hanya digunakan bila terdapat resistensi terhadap obat primer (Depkes,2011). Faktor yang mempersulit pengobatan TBC adalah:
 1. Kurangnya daya tahan hospes terhadap mikrobakteria
 2. Kurangnya daya bakterisid obat yang ada
 3. Timbulnya resistensi kuman terhadap obat

4. Masalah efek samping

1. Isoniazid

Dikenal dengan INH (Isonikotinil hidrazid) dan bersifat bakterisid. Dapat membunuh 90% populasi kuman beberapa hari pertama pengobatan. Obat ini sangat efektif terhadap kuman yang sedang berkembang.

Dosis:

Dosis harian: 300-400mg

Mekanisme kerja :

INH sebagai molekul tak terionisasi dapat melewati membran sitoplasma bakteri dan setelah di dalam sel, INH akan menjadi asam isonikotinat yang akan menggantikan tempat asam nikotinat sehingga proses metabolisme bakteri terganggu.

Efek samping:

Tanda-tanda keracunan pada saraf tepi, kesemutan, nyeri otot atau gangguan kesadaran, terjadi kelainan pada kulit seperti gatal-gatal.

2. Rifampisin

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang bersifat dormant(aktif) yang tidak dapat dibunuh oleh

isoniazid. Dosis :

Dosis harian :450-600mg

Mekanisme kerja :

Menghambat polymerase RNA mikobakteri dengan menekan terbentuknya rantai dalam sintesis RNA.

Efek samping :

Ruam kulit, demam, menggigil nyeri tulang, mual, muntah dan kadang-kadang terjadi diare.

3. Pirazinamid

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang berada dalam sel dengan suasana asam.

Dosis: Dosis harian : 30mg/kgBB

Mekanisme kerja

Berdasarkan pengubahannya menjadi asam pirazinat oleh enzim pyrazinamidase yang berasal dari basil TB Paru. Begitu pH dalam makrofag diturunkan, maka kuman yang berada di sarang infeksi yang asam akan mati. Khasiatnya diperkuat oleh INH. Obat ini khusus digunakan pada fase intensif, pada fase pemeliharaan hanya bila terdapat pada fase intensif. Pada fase pemeliharaan hanya bila terdapat multiresistensi.

Efek samping: Hepatitis, nyeri sendi, demam.

4. Streptomisin

Bersifat bakterisid terhadap banyak kuman Gram-negatif dan Gram-positif termasuk *M.tuberculosis*.

Dosis :

Dosis harian: i.m 0,5-1 g , maksimal 2 bulan.

Penderita yang berumur sampai 60 tahun dosisnya 0,75 g/hari

sedangkan untuk berumur 60 tahun atau lebih diberikan 0,50 g/hari,

Mekanisme kerja: Penghambatan sintesa protein kuman, dengan alam peningkatan RNC Ribosomal

Efek samping:

Efek samping yang paling utama merusak syaraf kedelapan yang berkaitan dengan keseimbangan dan pendengaran yang bisa menyebabkan ketulian. Efek samping yang lain seperti demam, sakit kepala, muntah dan eritema pada kulit. mual dan kemerahan pada kulit.

5. Etambutol

Bersifat bakteriostatik. Obat ini menekan penghambatan sintesa RNA pada kuman yang sedang membelah.

Dosis: Dosis harian :20-25mg/kg

Mekanisme kerja: Berdasarkan penghambatan sintesa RNA pada kuman yang sedang membelah.

Efek samping : Terjadinya gangguan penglihatan yakni berkurangnya ketajaman mata, buta warna untuk merah dan hijau. Efek samping lain yaitu nyeri sendi, sakit kepala dan gangguan saluran cerna (Tjay.K.Raharja,2007).

2.2.6 Prinsip Pengobatan TBC

Menurut Depkes tahun 2011 obat TBC diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman dapat dibunuh. Dosis tahap intensif dan dosis lanjutan diminum sebagai dosis tunggal, sebaiknya pada saat perut kosong, untuk menjamin kepatuhan penderita meminum obat, pengobatan perlu dilakukan dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO).

Pengobatan TBC diberikan dalam 2 tahap, yaitu intensif dan lanjutan. **Tahap intensif** (awal), penderita memperoleh obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadi kekebalan terhadap semua obat anti tuberculosis (OAT), obatnya dsimakan setiap hari.

Tahap lanjutan penderita memperoleh jenis obat berkurang, namun dalam jangka waktu yang lebih lama, obatnya dimakan 3 x seminggu (Depkes,2011).

2.2.7 Paket OAT

a. Paket OAT Kategori

Paket OAT kategori I terdiri atas 2 bagian, yaitu :

1. Pengobatan tahap intensif (awal) :

Dalam 1 tablet berisi RHZE (Rifampisin 150mg, Isoniazid 75mg, Pirazinamid 400mg dan Etambutol 275mg) untuk digunakan selama 2 bulan dengan aturan pakai dimakan setiap hari.

2. Pengobatan tahap lanjutan :

Dalam 1 tablet berisi RH (Rifampisin 150mg dan Isoniazid 150mg) untuk digunakan selama 4 bulan dengan aturan pakai dimakan 3 x seminggu.

Obat ini diberikan untuk :

- Penderita baru TB BTA positif adalah penderita yang belum pernah
- diobati dengan OAT atau sudah pernah meminum OAT, kurang dari satu bulan (30 dosis harian).
- Penderita TB negative rontgen positif yang sakit berat adalah dari ketiga dahak yang diperiksa hasilnya negative tetapi hasil rontgen menunjukkan kerusakan paru yang sudah parah.

Penderita TB Extra Paru berat adalah Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin.

b. Paket OAT Kategori II

Paket OAT kategori II terdiri dari 2 bagian, yaitu :

1. Pengobatan tahap intensif : dalam satu tablet berisi Isoniazid 75mg, Rifampisin 150mg, Pirazinamid 400mg, Etambutol 275mg yang diberikan selama 3 bulan, suntikan Streptomisin setiap hari selama 2 bulan (suntikan sebanyak 60 kali)
2. Pengobatan tahap lanjutan : dalam satu tablet berisi Isoniazid 150mg, Rifampisin 150mg yang diberikan selama 5 bulan dan satu tablet lagi berisi Etambutol 400mg yang diberikan 3 kali seminggu.

Obat ini diberikan untuk :

- Penderita kambuh
- Penderita gagal
- Penderita dengan pengobatan setelah lalai

Obat-obat TB Paru yang diminum sebelum makan pagi adalah Isoniazid dan Rifampisin (Depkes,2011).

2.2.8 Diagnosa TBC

Diagnosa TB Paru dapat ditegakkan dengan ditemukannya BTA (Basil Tahan Asam) pada pemeriksaan dahak secara mikroskopik. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga spesimen SPS BTA hasilnya positif. Bila hanya satu spesimen yang positif perlu diadakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto Rontgen dada atau pemeriksaan dahak SPS diulang.kalau hasil

rontgen mendukung tuberculosis, maka penderita didiagnosis sebagai penderita tuberculosis BTA positif. Kalau hasil rontgen tidak mendukung tuberculosis, maka pemeriksaan dahak SPS diulang (Depkes,2011).

2.3 Kerangka Konsep

VARIABEL BEBAS

Peran PMO TB

VARIABEL TERIKAT

Keberhasilan
Pengobatan TB Paru

Pengetahuan
Sikap
Umur
Pendidikan
Kepercayaan
Pemakaian OAT
Petugas kesehatan
Keluarga
Masyarakat

Gambar kerangka Konsep

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif, dimana penelitian ini mendeskripsikan tentang Hubungan Tingkat pengetahuan Pasien TB Terhadap kepatuan minum obat di RSUD Dr.M .Yunu Kota Bengkulu

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi :

Lokasi penelitian di RSUD Dr.M .Yunu Kota Bengkulu

3.2.2 Waktu penelitian :

Penelitian dilakukan selama 12 bulan yaitu mulai bulan Januari 2021 – Desember 2021.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi :

Pasien TB Paru rawat jalan umur 23- 66 tahun yang berobat di RSUD Dr.M Yunu Kota Bengkulu sebanyak 67 orang.

3.3.2 Sampel :

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini diambil dengan teknik *purposive sampling* yaitu berdasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri (Notoadmojo, 2010).

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

ket : n = jumlah sampel yang diambil

N= jumlah populasi

D=tingkat kepercayaan (0,05)

jadi, jumlah sampel yang diambil dari populasi 57 orang adalah :

$$n = \frac{67}{1 + (67 \times 0,05^2)}$$

$$= \frac{67}{1 + 0,1675}$$

$$n = 57 \text{ orang}$$

3.4 Jenis dan Cara Pengumpulan Data

3.4.1 Jenis Data

- a. *Data primer* yaitu kuisisioner yang diberikan kepada responden yang telah berisi daftar pertanyaan serta pilihan jawaban yang disiapkan.
- b. *Data sekunder* yaitu data pasien yang berobat jalan pada tahun 2021 mulai Januari s/d Desember di RSUD Dr.M .Yunus Kota Bengkulu .

3.4.2 Cara Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini cara pengumpulan data adalah dengan menggunakan lembar kuisisioner yang akan diberikan kepada pasien TB Paru yang datang berobat jalan.

3.5 Pengolahan dan Analisis Data

3.5.1 Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan diolah dengan langkah-langkah sebagai berikut (Notoadmojo,2010) :

1. *Editing* (penyuntingan data)

Editing digunakan untuk memeriksa ketepatan dan kelengkapan jawaban atas pertanyaan. Apabila terdapat jawaban yang belum tepat atau terdapat kesalahan maka data harus dilengkapi dengan cara wawancara kembali terhadap responden.

2. *Coding* (pemberian kode)

Data yang telah terkumpul dan dikoreksi kelengkapannya kemudian diberi kode oleh peneliti secara manual yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka bilangan.

3. *Data Entry* (memasukkan data)

Yakni mengisi kolom-kolom atau kotak-kotak lembar kode sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.

4. *Tabulating* (tabulasi)

Memindahkan data dari daftar pertanyaan ke dalam label-label yang telah dipersiapkan.

3.5.2 Analisis Data

Dalam menganalisis data yang dikumpul dengan menggunakan angket/kuisisioner langsung kepada responden, pengolahan data dilakukan dengan Microsoft Excel dengan bantuan tabel distribusi frekuensi yang diuraikan dari jumlah pertanyaan sebagai berikut :

1. Pengetahuan

Pengetahuan diukur dengan *skala Guttman*. Penelitian menggunakan *skala Guttman* bila ingin mendapatkan jawaban yang tegas terhadap suatu permasalahan yang dinyatakan seperti “Ya atau Tidak” (Sugiono, 2013). Penelitian diberikan dengan skor satu (1) untuk pemilihan jawaban “Ya” dan skor nol (0) untuk jawaban “Tidak”.

Menurut Arikunto (1998) scoring untuk penarikan kesimpulan ditentukan dengan membandingkan skor maksimal.

$$\text{skor} = \frac{\text{skor yang dicapai}}{\text{skor maksimal}} \times 100 \%$$

Menurut Arikunto (1998), data yang terkumpul dilakukan kategori menurut skala ordinal, dengan memperhatikan jawaban yang benar (skor satu) dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Skor < 40% (skor < 320 point) jawaban benar : pengetahuan tidak baik.
- b. Skor 40-55% (skor 320-440 point) jawaban benar : pengetahuan kurang baik.
- c. Skor 56-75% (skor 440-600 point) jawaban benar : pengetahuan cukup baik.
- d. Skor 76-100% (skor 600-800 point) jawaban benar : pengetahuan baik.

2. Sikap

Sikap diukur menggunakan skala *Likert* berbentuk *checklist*. *Skala Likert* digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial (Sugiono, 2013).

Pertanyaan diberi bobot sebagai berikut:

- | | |
|---------------------|---------|
| a. Sangat setuju | bobot 4 |
| Setuju | bobot 3 |
| Tidak setuju | bobot 2 |
| Sangat tidak setuju | bobot 1 |

Jumlah pertanyaan untuk sikap adalah 10, maka nilai tertinggi dari seluruh pertanyaan sikap adalah 40. Maka skor total pengetahuan tertinggi untuk seluruh responden 80 orang 3200 point.

Menurut Arikunto (1998), skoring untuk penarikan kesimpulan ditentukan dengan membandingkan skor maksimal.

$$skor = \frac{skor\ yang\ dicapai}{skor\ maksimal} \times 100\ %$$

Menurut Arikunto (1998), data yang terkumpul dilakukan kategori menurut skala ordinal, dengan memperhatikan jawaban yang benar (skor 4) dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Skor < 40% (skor < 1280 point) jawaban benar : sikap tidak baik
- b. Skor 40-55% (skor 1280 - 1760 point) jawaban benar : sikap kurang baik
- c. Skor 56-75% (skor 1760 – 2400 point) jawaban benar : sikap cukup baik .
- d. Skor 76-100% (skor 2400 – 3200 point) jawaban benar : sikap baik

3. Tindakan

Pengukuran tindakan dapat dilakukan secara tidak langsung, yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (Notoadmojo, 2010).

Tindakan diukur dengan menggunakan skala Guttman. Penilaian untuk jawaban “Ya” diberi skor 1 (satu) dan untuk jawaban “Tidak” diberikan skor nol (0)

Menurut Arikunto (1998), data yang terkumpul dilakukan kategori menurut skala ordinal dengan memperhatikan jawaban yang benar (skor satu) dengan ketentuan sebagai berikut :

$$skor = \frac{skor\ yang\ dicapai}{skor\ maksimal} \times 100\ %$$

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Skor < 40% (skor < 320 point) jawaban benar : tindakan tidak baik.
- b. Skor 40-55% (skor 320-440 point) jawaban benar : tindakan kurang baik.
- c. Skor 56-75% (skor 440-600 point) jawaban benar : tindakan cukup baik.
- d. Skor 76-100% (skor 600-800 point) jawaban benar : tindakan baik.

4. Cara Mengukur Tingkat Pengetahuan Pengobatan TBC

Tingkat keberhasilan pengobatan dapat diukur dengan menghitung jumlah pasien yang sembuh dalam waktu satu periode pengobatan.

$$pengetahuan = \frac{jumlah\ persentase\ tiap\ variabel}{jumlah\ variabel} \times 100\ %$$

Data yang terkumpul dimasukkan dalam kategori dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. < 40% dari skor maksimal : Tidak patuh

- b. 40-55% dari skor maksimal : Kurang patuh
- c. 56-75% dari skor maksimal : Cukup patuh
- d. 76-100% dari skor maksimal : Patuh

3.6 Definisi Operasional

Tabel I :Definisi Operasional

No	Indicator	Definisi Operasional	Alat Ukur	Sumber
Variable Bebas				
Keberhasilan pengobatan TBParu				
1	Pengetahuan	Pengetahuan Segala sesuatu yang di ketahui oleh masyarakat tentang penyakit TB Paru		Nominal Nominal Ordinal Nominal Nominal
2	Sikap	Sikap reaksi respon tertutup dari masyarakat tentang penyakit TB Paru		
3	Umur	pada manusia adalah waktu yang terlewat sejak kelahiran	Umur 15 – 45 tahun 46 – 65 tahun	
4	Pendidikan	Pendidikan adalah jenjang pendidikan tertinggi yang di capai seseorang	Pendidikan terakhir: • Tidak sekolah • SD & smp • Sma/smk • perguruan tinggi	
5	Perkerjaan	Perkerjaan secara umum di definisikan sebagai sebuah kegiatan aktif yang dilakukan oleh manusia	Perkerjaan • swasta,(petani /nyelayan, pedagang) • ANS (PNS,TNI, PLORI) • Tidak berkerja	
6	Kepercayaan	Kepercayaan adalah pengharapan positif bahwa orang lain tidak akan melalui kata-kata, tindakan, atau keputusan bertindak secara oportunistik		

7	Pemakaian OAT	Pemakaian OAT adalah paket pengobatan anti tuberculosis		
8	Petugas Kesehatan	Petugas kesehatan adalah orang-orang yang secara professional memberikan pelayanan kesehatan setelah menempuh pendidikan dan pelatihan formal dalam disiplin ilmu tertentu		
9	Keluarga	Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi, atau perkawinan		
10	Masyarakat	Masyarakat adalah sebuah komunitas yang saling terikat satu sama lain.		

3.7 Karakteristik Penderita TB paru

1. Pengertian Karakteristik

Karakteristik adalah bahwa karakter berasal dari bahasa Yunani yang berarti *to mark* (menandai) dan memfokuskan pada perilaku nyata sehari – hari yang dapat diamati. (Wynne 1991)

Karakteristik mempunyai sifat khas sesuai dengan perwatakan tertentu. Karakteristik pasien adalah siapa yang mempunyai atau menghadapi masalah kesehatan dan siapa yang mempunyai resiko terkena penyakit, bagaimana dengan identitas orangnya seperti umur, pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin, agama, status sosial dan lain-lain. (Chandra, 1996)

a. Umur

Kategori Umur Menurut Depkes RI (2009):

Masa balita	= 0 – 5 tahun,
Masa kanak-kanak	= 5 – 11 tahun.
Masa remaja Awal	= 12 – 16 tahun.
Masa remaja Akhir	= 17 – 25 tahun
Masa dewasa Awal	= 26- 35 tahun.
Masa dewasa Akhir	= 36- 45 tahun.
Masa Lansia Awal	= 46- 55 tahun.
Masa Lansia Akhir	= 56 – 65 tahun.
Masa Manula	= 65 – sampai atas

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menggolongkan lanjut usia menjadi 4 yaitu : Usia pertengahan (middle age) 45 -59 tahun, Lanjut usia (elderly) 60 -74 tahun, lanjut usia tua (old) 75 – 90 tahun dan usia sangat tua (very old) diatas 90 tahun. Setiap orang yang berhubungan dengan lanjut usia adalah orang yang berusia 56 tahun ke atas, tidak mempunyai penghasilan dan tidak berdaya mencari nafkah untuk keperluan pokok bagi kehidupannya sehari-hari. Pada usia 55 sampai 65 tahun merupakan kelompok umur yang mencapai tahap praenisiium pada tahap ini akan mengalami berbagai penurunan daya tahan tubuh/kesehatan dan berbagai tekanan psikologis. Dengan demikian akan timbul perubahan-perubahan dalam hidupnya.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologi laki-laki dan perempuan yang menentukan perbedaan peran mereka dalam menyelenggarakan upaya meneruskan garis keturunan (Wardono, 2011).

Laki-laki lebih banyak menderita tuberkulosis paru hal ini terjadi karena laki-laki lebih banyak yang merokok daripada perempuan. Seperti yang diketahui bahwa merokok merupakan salah satu faktor risiko yang dapat menjadi penyebab seseorang terkena TB Paru. Orang yang merokok paru-parunya mudah terinfeksi oleh mikroba. Oleh karena itu, ketika orang tersebut terpapar mikroorganisme penyebab TB Paru, maka akan dengan mudah mikroorganisme tersebut berkembang biak dalam paru-paru orang tersebut. Selain itu, laki-laki juga lebih sering tidur hingga larut malam. Hal ini dapat menurunkan sistem imun seseorang karena kurangnya waktu istirahat.

c. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan merupakan proses perubahan sikap dan tatalaku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan, proses, cara, perbuatan mendidik (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Poedjawijatna (1991) makin tinggi pendidikan atau pengetahuan seseorang, maka makin tinggi kesadaran seseorang untuk berperan serta terhadap masalah kesehatan.

Tingkat pendidikan dibagi menjadi :

Jalur formal

1. Pendidikan Rendah Pendidikan dasar berbentuk Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah atau bentuk lain yang sederajat serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTs) atau bentuk lain yang sederajat
2. Pendidikan Menengah
Pendidikan menengah terdiri atas pendidikan menengah umum dan pendidikan menengah jurusan, seperti : SMA, MA, SMK, MAK atau bentuk lain yang sederajat.
3. Pendidikan Tinggi
Pendidikan tinggi dapat berbentuk akademi, politeknik, sekolah tinggi, institut dan universitas (UU RI No. 20 Tahun 2010)

Lebih lanjut wahid (1992:89) mengatakan bahwa tingkat pendidikan dapat berkaitan dengan kemampuan menyerap dan menerima informasi kesehatan serta kemampuan dalam berperan dalam pembangunan kesehatan. Masyarakat yang memiliki pendidikan yang lebih tinggi pada umumnya mempunyai pengetahuan dan wawasan yang lebih luas sehingga lebih mudah menyerap dan menerima informasi serta dapat ikut berperan dan aktif dalam mengatasi masalah kesehatan dirinya dan keluarganya. Seseorang yang mempunyai tingkat

pendidikan yang cukup mempunyai pandangan yang berbeda dengan orang yang tingkat pendidikannya lebih rendah dalam memandang segala persoalan yang dihadapi oleh keluarganya. Orang tua yang mempunyai pendidikan yang tinggi

akan bisa mengarahkan keluarganya untuk melakukan cara cara hidup sehat. Dari uraian diatas maka dapat dipahami bahwa pendidikan merupakan hal penting dalam menentukan pola pikir maupun sikap seseorang dalam melaksanakan sesuatu. Dalam kaitanya dengan kejadian tuberkulosis maka pengetahuan akan menjadi hal penting didalam melakukan pencegahan terhadap terjadinya penyakit tuberkulosis, sedangkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh tinggi rendahnya pendidikan formal yang dimiliki.

d. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kegiatan yang harus dilakukan untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya, pekerjaan erat kaitanya dengan penghasilan, mengarah pada kesejahteraan sosial ekonomidimana tingkat kesejahteraan dapat dicapai bila penghasilan yang diperoleh mampu memenuhi kebutuhan anggota keluarga (Depkes RI 1996).

1) Jenis jenis pekerjaan

a) Pegawai Negeri Sipil (PNS)

PNS adalah setiap warga Negara RI yang telah memenuhi syarat yang telah ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan diserahi tugas dalam jabatan negeri atau diserahi tugas Negara lainnya, dan digaji berdasarkan peraturan perundang undangan yang berlaku.

b) Swasta

Swasta adalah seseorang yang bekerja di luar instansi pemerintah yang merupakan usaha sendiri atau usaha bersama. Swasta dapat berupa pedagang, pegawai swasta, pengusaha dan lain lain (Nursalam, 2000)

c) Tani

Tani adalah seseorang yang melakukan pengelolaan tanah dengan tujuan untuk menumbuhkan dan memelihara tanaman (seperti padi, jagung, ubi, bunga, buah dan lain lain) dengan harapan untuk memperoleh hasil dari tanaman tersebut dan untuk digunakan sendiri

DAFTAR PUSTAKA

- Aspuah, S. 2013. *Kumpulan Kuisisioner dan Instrumen Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: PT. Nuha Medika.
- Cameron. 1999. *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular*. Jakarta: PT.Grasindo
- Depkes, RI. 2011. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Depkes Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- Endang, R.S. 2011. *Turun, Peringkat Indonesia untuk Jumlah Penderita TB*. Jakarta: Tempo.
- Hiswani, 2010. *Tuberkulosis merupakan Penyakit Infeksi yang masih menjadi masalah Kesehatan Masyarakat* . E-USU: Sumater Utara
- Kemendes. 2009. *Undang-Undang Kesehatan RI No. 36*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Raharja, K. Tjay H.T. 2007. *Obat-Obat Penting Edisi VI*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Siliasi, Suronto. 2007. *Informasi Penyakit Tuberkulosis*. Diakses: Januari 24, 2017, dari medicastore.com: <http://medicastore.com/>
- Sitepu, Eva J.V. 2009. *KTI Gambaran Tingkat Kepatuhan Pasien Tuberkulosis Paru Terhadap Penggunaan Obat Tuberkulosis Paru Paket di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai*.
- Smert, Bart. 1994. *Psikologi Kesehatan Jakarta: PT. Grasindo*.

- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suparyanto,2011.Konsep Kepatuhan [http://dr-suparyanto .blogspot.com/2010/07/konsep-kepatuhan.html](http://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/07/konsep-kepatuhan.html) (diakses pada 5 Februari 2022)
- Wardita, Yulia. 2011. *Model Prediksi Kejadian Konversi Bakteri Tahan Asam Penderita Tuberculosis Paru Pasca Pengobatan Fase Intensif di Kabupaten Sampang Tahun 2011*. Thesis, Program studi IKM Universitas Airla

