

**HUBUNGAN KINERJA PENGAWAS MINUM OBAT (PMO) DENGAN
KETERATURAN BEROBAT PASIEN TB PARU STRATEGI DOTS
DI RSUD DR MOEWARDI SURAKARTA**

**SKRIPSI
Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



**Juwita Resty Hapsari N.
G 0006101**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
Surakarta
2010**

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi dengan judul: **Hubungan Kinerja Pengawas Minum Obat (PMO) dengan Keteraturan Berobat Pasien TB Paru Strategi DOTS di RSUD dr Moewardi Surakarta**

Juwita Resty Hapsari N., NIM/Semester: G 0006101/VIII , Tahun: 2010

Telah diuji dan sudah disahkan di hadapan Dewan Penguji Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret
Pada Hari Sabtu ,Tanggal 30 Januari 2010

Pembimbing Utama

Nama : **Ana Rima S, dr.,SpP.**

NIP : 196205021989012001

Pembimbing Pendamping

.....

Nama : **Reviono, dr.,SpP**

NIP : 196510302003121001

Penguji Utama

Nama : **Prof. Dr. Suradi, dr., SpP(K) MARS**

NIP : 194705211976091001

Anggota Penguji

Nama : **Yusup Subagjo S., dr.,SpP**

NIP : 140 150 582

Ketua Tim Skripsi

Surakarta, Maret 2010
Dekan FK UNS

Sri Wahjono, dr., Mkes.,DAFK
NIP: 194508241973101001

Prof. DR. AA Subijanto, dr, MS
NIP: 030 134 565

ABSTRAK

Juwita Resty Hapsari N, G0006101, 2010. HUBUNGAN KINERJA PENGAWAS MINUM OBAT (PMO) DENGAN KETERATURAN BEROBAT PASIEN TB PARU STRATEGI DOTS DI RSUD DR MOEWARDI SURAKARTA. Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Directly Observed Treatment Observed Short Course (DOTS) merupakan intervensi kesehatan yang paling efektif dalam penanggulangan penyakit Tuberkulosis (TB). Secara harfiah, DOTS dapat diartikan pengawasan langsung menelan obat jangka pendek oleh Pengawas Minum Obat (PMO) selama 6 bulan. Tetapi penanggulangan dan pemberantasan penyakit TB sampai saat ini masih belum memuaskan, terutama diakibatkan kegagalan pengobatan dan ketidakdisiplinan penderita dalam menjalani pengobatan. Salah Satu faktor yang berperan adalah PMO. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kinerja PMO dengan keteraturan berobat pasien TB Paru Strategi DOTS.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di Poliklinik Paru RSUD dr.Moewardi Surakarta pada bulan Juli-Agustus 2009. Sampel terdiri dari 60 orang yang dipilih dengan *purposive sampling* dari pasien yang mengunjungi Pojok DOTS Poliklinik Paru di RSUD dr.Moewardi Surakarta. Variabel bebas yang diteliti adalah kinerja PMO. Variabel terikat berupa keteraturan berobat. Variabel-variabel penelitian diukur dengan menggunakan sebuah kuesioner dan Kartu TB 01. Data dianalisis dengan teknik analisis Chi Square menggunakan program SPSS v.13.

Dari hasil analisis didapatkan harga X^2 hitung sebesar 8,531 sedangkan X^2 tabel pada $\alpha=0,05$ dan $df=1$ adalah 3,8471, sehingga harga X^2 hitung > harga X^2 tabel, maka hipotesis diterima. Pasien yang memiliki kinerja PMO baik memiliki kemungkinan untuk teratur berobat 5,23 kali lebih besar dibandingkan pasien yang memiliki kinerja PMO buruk, dan secara statistik hubungan tersebut signifikan ($OR=5,23$, $p=0,0003$).

Penelitian ini menyimpulkan bahwa kinerja PMO berhubungan dengan keteraturan berobat pasien TB Paru Strategi DOTS. Disarankan untuk meningkatkan kinerja PMO, yaitu dengan cara mengusahakan PMO dengan karakteristik baik. Diharapkan, PMO dengan karakteristik baik mampu melakukan tugasnya dengan baik sehingga mampu meningkatkan keberhasilan pengobatan TB Paru dengan Strategi DOTS.

Kata kunci: kinerja PMO, pengobatan DOTS, keteraturan berobat

ABSTRACT

Juwita Resty Hapsari N, G0006101, 2010. RELATION BETWEEN DRUG CONSUMPTION CONTROLLER/PENGAWAS MINUM OBAT (PMO)'S PERFORMANCE AND CONTINUITY OF DOTS LUNG TUBERCULOSIS TREATMENT IN RSUD DR MOEWARDI SURAKARTA. Faculty of Medicine, Surakarta.

Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) was found as the most effective strategy to eradicate Tuberculosis. DOTS means the direct observation in drug consumption by PMO during 6 months. But, the eradication of TB was still unsatisfactory, especially caused by undisciplined patients in drug consumption. One factor that influence this problem is PMO. This study aimed to examine the relation between the PMO's performance with the continuity of DOTS treatment in RSUD dr. Moewardi Surakarta.

This was an analytic observational study using cross sectional design. It was conducted at Poliklinik Paru RSUD dr. Moewardi Surakarta in July-August 2009. 60 patients as samples was taken by purposive sampling from all patients who visited DOTS Corner at Poliklinik Paru. The dependent variable of the study was the continuity of DOTS treatment. The independent variable was the PMO's performance. A set of questionnaire was developed to measure those variables. The data was analyzed using Chi Square Test, which was run under SPSS v.13 program.

The results shows that there was a significant correlation between the PMO's Performance and continuity of DOTS lung TB treatment. Patients who had PMO with good performance had 5,23 times more likely taking regular treatment than those whose PMO presented bad performance. This association was statistically significant (OR=5,23, p=0,0003).

This study concludes that the PMO's performance is related with continuity of DOTS treatment. It is recommended that in order to have PMO with satisfactory performance, PMO should be them who have good characteristic, such as good education, and have close relationship with patients (e.g. family member). Hopefully, it could increase their performance so they can do their job as drug consumption controller well.

Keywords: PMO's performance, DOTS treatment, continuity treatment

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbil'alamin. Puji syukur atas kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat, nikmat dan hidayah-Nya sehingga penulis diberikan kemudahan dalam menyelesaikan skripsi yang berjudul "Hubungan Kinerja Pengawas Minum Obat (PMO) dengan Keteraturan Berobat Pasien TB Paru Strategi DOTS di RSUD Dr Moewardi Surakarta."

Penulisan skripsi ini adalah guna memenuhi persyaratan guna memperoleh gelar sarjana kedokteran di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Dalam proses penulisan skripsi ini tidaklah lepas dari hambatan dan rintangan. Namun berkat pertolongan Allah SWT lewat bimbingan, bantuan, dorongan, dan motivasi berbagai pihak maka skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik. Dengan rasa tulus ikhlas dan penuh kerendahan hati penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Prof. DR. AA Subijanto,dr., MS., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
2. Ana Rima S.,dr.,SpP, selaku Pembimbing Utama yang penuh kesabaran dan keikhlasan membimbing, membantu, dan memberikan dukungan sejak skripsi ini masih menjadi 'embrio' dan menginspirasi sebuah langkah besar.
3. Reviono, dr,SpP, selaku Pembimbing Pendamping yang begitu sabar dan ikhlas dalam meluangkan waktu untuk membimbing dan memberikan arahan.
4. Prof. Dr. Suradi, dr., SpP(K) MARS, selaku Penguji Utama yang telah memberikan waktu untuk menguji dan memberikan koreksi untuk melengkapi skripsi ini.
5. Yusup Subagjo,dr, SpP, selaku Anggota Penguji atas waktu yang diberikan untuk menguji dan koreskinya untuk skripsi ini.
6. Sri Wahjono, dr., Mkes, selaku Ketua Tim Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.
7. Seluruh Dosen dan Staf Paru RSUD dr..Moewardi Surakarta, atas bantuannya dalam penulisan skripsi ini.
8. Staf Skripsi FK UNS, atas koreksi dan bimbingannya dalam penulisan skripsi ini.
9. Staf Poliklinik Paru RSUD dr.Moewardi, atas segala bantuan yang diberikan dalam penelitian ini.
10. Ibuku, sahabat terbaik sekaligus suami tercinta Lettu Pnb Apri Arfianto, teman-teman 2006, dan Ikastara yang selalu memberikan doa, dukungan, dan semangat dalam pembuatan skripsi ini, tak ada kata untuk menjabarkan rasa ini. Terima kasih.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini, saran dan kritik membangun sangat kami harapkan.

Surakarta, 3 Maret 2010

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	2
C. Tujuan Penelitian.....	2
D. Manfaat Penelitian.....	3
BAB II LANDASAN TEORI.....	4
A. Tinjauan Pustaka.....	4
1. Tuberkulosis.....	4
2. Program DOTS di Indonesia.....	7
3. Masalah Tuberkulosis di Indonesia....	9
4. Kinerja Pengawas Minum Obat.....	10
5. Keteraturan Berobat.....	11
B. Kerangka Berpikir.....	14
C. Hipotesis.....	15
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	16
A. Jenis Penelitian.....	16
B. Lokasi Penelitian.....	16
C. Subjek Penelitian.....	16
D. Teknik Sampling.....	16
E. Teknik Pengumpulan Data.....	16
F. Identifikasi Variabel Penelitian.....	17
G. Definisi Operasional Variabel.....	17
H. Rancangan Penelitian.....	20

	I. Instrumen Penelitian.....	20
	J. Cara Kerja.....	20
	K. Sumber Data.....	21
	L. Analisis Statistik.....	21
BAB IV	HASIL PENELITIAN.....	22
	A. Karakteristik Responden.....	22
	B. Analisis Data.....	26
BAB V	PEMBAHASAN.....	29
BAB VI	SIMPULAN DAN SARAN.....	33
	DAFTAR PUSTAKA.....	34
	LAMPIRAN.....	37

DAFTAR TABEL

Tabel 1.	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	22
Tabel 2.	Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur....	22
Tabel 3.	Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan...	23
Tabel 4.	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan.....	23
Tabel 5.	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan..	23
Tabel 6.	Distribusi Responden Berdasarkan Usia PMO.....	24
Tabel 7.	Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan PMO dengan Pasien.....	24
Tabel 8.	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin PMO.	24
Tabel 9.	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan PMO.....	25
Tabel 10.	Distribusi Responden Berdasarkan Kinerja PMO.....	25
Tabel 11.	Hasil uji statistik X^2 tentang Kinerja PMO dengan Keteraturan Berobat Pasien TB Paru.....	26

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 1.** Perbedaan keteraturan berobat (presentase) antara pasien dengan kinerja PMO baik dan kinerja PMO buruk..... 26

DAFTAR LAMPIRAN

- | | |
|--------------------|---|
| Lampiran 1. | Surat Permohonan Menjadi Responden |
| Lampiran 2. | Surat Persetujuan Menjadi Responden |
| Lampiran 3. | Contoh Kuesioner Penelitian |
| Lampiran 4. | Data Primer Hasil Penelitian |
| Lampiran 5. | Uji Chi Square
Hubungan Kinerja PMO dengan Keteraturan Berobat |
| Lampiran 6. | Surat Ijin Hasil Penelitian |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Tuberkulosis (TB) adalah salah satu masalah kesehatan yang harus dihadapi masyarakat dunia. Setiap tahunnya, TB menyebabkan hampir dua juta kematian, dan diperkirakan saat ini sekitar sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi kuman TB, yang mungkin akan berkembang menjadi penyakit TB di masa datang. Selain jumlah kematian dan infeksi TB yang amat besar, penambahan kasus baru TB pun amat signifikan, mencapai jumlah sembilan juta kasus baru setiap tahunnya. Bila tak dikendalikan, dalam 20 tahun mendatang TB akan membunuh 35 juta orang. Melihat kondisi tersebut, Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan TB sebagai kedaruratan global sejak tahun 1993 (WHO, 2006).

Di Indonesia, TB merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Jumlah pasien TB di Indonesia merupakan ke-3 terbanyak di dunia setelah India dan Cina dengan jumlah pasien sekitar 10% dari total jumlah pasien TB didunia. Diperkirakan pada tahun 2004, setiap tahun ada 539.000 kasus baru dan kematian 101.000 orang. Insidensi kasus TB BTA positif sekitar 110 per 100.000 penduduk (DepKes, 2007).

WHO telah merekomendasikan strategi *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) sebagai strategi dalam penanggulangan TB sejak tahun 1995. Bank

Dunia menyatakan strategi DOTS sebagai salah satu intervensi kesehatan yang paling efektif. Integrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar sangat dianjurkan demi efisiensi dan efektivitasnya (DepKes, 2007).

Istilah DOTS dapat diartikan pengawasan langsung menelan obat jangka pendek oleh Pengawas Minum Obat (PMO) selama 6 bulan. (WHO,1997). Tetapi penanggulangan dan pemberantasan penyakit TB sampai saat ini masih belum memuaskan (Sembiring, 2001).

Kegagalan pengobatan dan kurang kedisiplinan bagi penderita TB Paru sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Salah satunya adalah peran PMO. PMO sangat penting untuk mendampingi penderita agar dicapai hasil pengobatan yang optimal (DepKes, 2000). Kolaborasi petugas kesehatan dengan keluarga yang ditunjuk untuk mendampingi ketika penderita minum obat, juga faktor yang perlu dievaluasi untuk menentukan tingkat keberhasilannya (Purwanta, 2005).

Penanggulangan TB dilaksanakan oleh seluruh Unit Pelayanan Kesehatan (UPK), meliputi Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah dan swasta, BP4, serta Praktek Dokter Swasta dengan melibatkan peran serta masyarakat secara paripurna dan terpadu (Depkes, 2007).

RSUD dr.Moewardi Surakarta juga telah menerapkan DOTS sebagai strategi dalam menanggulangi TB. Namun, berdasarkan data di Poliklinik Paru RSUD dr. Moewardi Surakarta, sampai saat ini masih ada pasien yang tidak teratur berobat bahkan *Drop Out*.

Dari lima kunci pokok strategi DOTS, komitmen politik, distribusi obat, deteksi kasus, pencatatan dan pelaporan sudah dilaksanakan dengan baik. Hanya

pengawasan oleh PMO yang masih susah dikendalikan akibat karakteristik PMO yang bersifat individual. Penelitian yang dilakukan oleh Sukamto (2002) menunjukkan bahwa PMO berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan TB di puskesmas yang ada di Kota Banjarmasin.

Keadaan tersebut di atas menarik untuk dikaji dengan meneliti hubungan kinerja PMO dengan keteraturan berobat pasien TB paru strategi DOTS di RSUD dr. Moewardi Surakarta.

B. Perumusan Masalah

Adakah hubungan antara kinerja PMO dengan keteraturan berobat pasien TB paru strategi DOTS di RSUD dr. Moewardi Surakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Umum:

Untuk mengetahui peran PMO dalam keberhasilan pengobatan TB Paru dengan strategi DOTS.

2. Khusus:

Untuk mengetahui hubungan antara kinerja PMO dengan keteraturan berobat pasien TB Paru strategi DOTS di RSUD dr. Moewardi Surakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang adanya hubungan antara kinerja PMO dengan keteraturan berobat pasien TB Paru strategi DOTS di RSUD dr. Moewardi Surakarta.

2. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam menetapkan kebijakan program DOTS khususnya mengenai kinerja PMO.
- b. Meningkatkan keberhasilan pengobatan TB melalui program DOTS.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Tuberkulosis

a. Definisi

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (DepKes, 2000).

Mycobacterium tuberculosis menyebabkan TBC dan merupakan patogen manusia yang sangat penting (Jawets *et al*, 2008). Kuman ini non motil, tidak berspora, berbentuk batang yang tidak berkapsul dan tidak memproduksi toksin (Cohen *et al*, 1995). Sebagian besar dinding kuman terdiri atas lipid, kemudian peptidoglikan dan arabinomannan. Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam (asam alkohol) sehingga bakteri tahan asam (BTA) dan ia juga lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisis. Kuman dapat hidup dalam udara kering maupun dalam keadaan dingin, hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat *dormant*. Sifat *dormant* inilah yang dapat menyebabkan penyakit tuberkulosis menjadi aktif lagi (Bahar, 2003).

b. Cara Penularan

Sebagian besar basil *Mycobacterium* masuk ke dalam jaringan paru melalui *airborne infection* (Hood dan Abdul, 2008). Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan

dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan.

Setelah kuman TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman TB tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Depkes, 2000).

c. Gejala- gejala Tuberkulosis

1) Gejala umum

Batuk terus-menerus dan berdahak selama tiga minggu atau lebih.

2) Gejala lain, yang sering dijumpai :

- a) Dahak bercampur darah
- b) Batuk darah
- c) Sesak nafas dan rasa nyeri dada
- d) Badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, malaise, berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan.

(DepKes, 2000).

d. Pengobatan tuberkulosis

Pengobatan pada penderita tuberkulosis dewasa dibagi menjadi beberapa kategori:

1) Kategori 1

Tahap intensif terdiri dari Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Ethambutol (E). Obat-obat tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari Isoniazid (H) dan Rifampisin(R), diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3).

Obat ini diberikan untuk:

- a) Penderita baru TB Paru BTA Positif
- b) Penderita TB Paru BTA negatif Rontgen Positif yang “sakit berat”
- c) Penderita TB Ekstra Paru berat.

2) Kategori 2

Tahap intensif diberikan selama 3 bulan. Dua bulan pertama dengan Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), Ethambutol (E) dan suntikan streptomisin setiap hari di Unit Pelayanan Kesehatan. Dilanjutkan 1 bulan dengan Isoniazid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (P), dan Ethambutol (E) setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan tiga kali dalam seminggu. Perlu diperhatikan bahwa suntikan streptomisin diberikan setelah penderita selesai menelan obat.

Obat ini diberikan untuk:

- a) Penderita kambuh (*relaps*)
- b) Penderita gagal (*failure*)
- c) Penderita dengan pengobatan setelah lalai (*after default*)

(DepKes, 2000)

3) Kategori 3

Tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama 2 bulan, diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 4 bulan diberikan 3 kali seminggu.

Obat ini diberikan untuk:

a) Penderita baru BTA negatif dan rontgen positif sakit ringan.

(PDPI, 2006)

4) OAT Sisipan

Bila pada akhir tahap intensif dari pengobatan dengan kategori atau kategori 2, hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan.

(DepKes, 2000)

e. Evaluasi Pengobatan

1) Evaluasi Klinis

a) Pasien dievaluasi setiap 2 minggu pada 1 bulan pertama, pengobatan selanjutnya setiap 1 bulan.

b) Evaluasi: respon pengobatan dan ada tidaknya efek samping obat serta ada tidaknya komplikasi penyakit.

c) Evaluasi klinis meliputi keluhan, berat badan, pemeriksaan fisik.

2) Evaluasi bakteriologis (0-2-6/9 bulan pengobatan)

a) Tujuan untuk mendeteksi ada tidaknya konversi dahak.

b) Pemeriksaan dan evaluasi pemeriksaan mikroskopis:

(1) Sebelum pengobatan dimulai

(2) Setelah 2 bulan pengobatan (setelah fase intensif)

(3) Pada akhir pengobatan

c) Bila ada fasilitas biakan, dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.

3) Evaluasi radiologi (0-2-6/9 bulan pengobatan)

Pemeriksaan dan evaluasi foto toraks dilakukan pada:

a) Sebelum pengobatan

b) Setelah 2 bulan pengobatan (kecuali pada kasus yang juga dipikirkan kemungkinan keganasan dapat dilakukan 1 bulan pengobatan)

c) Pada akhir pengobatan.

4) Evaluasi efek samping secara klinis

Bila pada evaluasi klinis dicurigai terdapat efek samping, maka dilakukan pemeriksaan laboratorium untuk memastikannya dan penanganan efek samping obat sesuai pedoman.

5) Evaluasi keteraturan berobat

a) Yang tidak kalah pentingnya adalah evaluasi keteraturan berobat dan diminum/tidaknya obat tersebut.

b) Ketidakteraturan berobat akan menyebabkan timbulnya masalah resistensi.

(PDPI, 2006)

2. Program DOTS di Indonesia

Pada tahun 1994, pemerintah Indonesia bekerja sama dengan *World Health Organization* (WHO), melaksanakan suatu evaluasi bersama (*WHO-Indonesia Joint Evaluation*) yang menghasilkan rekomendasi, “Perlunya segera dilakukan perubahan mendasar pada strategi penanggulangan TB di Indonesia, yang kemudian disebut sebagai Strategi DOTS. Sejak saat itulah dimulailah era baru pemberantasan TB di Indonesia (Depkes, 1999).

Upaya penurunan angka penderita TB paru yang telah dilakukan oleh pihak program pada tahun 1995 berupa pemberian obat intensif melalui puskesmas ternyata kurang berhasil. Survei pada tahun 1995 menunjukkan bahwa TB merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua golongan dan nomor satu dari golongan infeksi (Sukana *et al*, 1999).

Lima kunci utama dalam strategi DOTS yaitu: (1) Komitmen; (2) Diagnosis yang benar dan baik; (3) Ketersediaan dan lancarnya distribusi obat; (4) Pengawasan penderita minum obat; (5) Pencatatan dan pelaporan penderita dengan sistem kohort (WHO, 2006).

Kunci sukses penanggulangan TB adalah menemukan penderita dan mengobati penderita sampai sembuh. WHO menetapkan target global *Case Detection Rate* (CDR) atau penemuan kasus TB menular sebesar 70%, dan *Cure Rate* (CR) atau angka kesembuhan/keberhasilan pengobatan sebesar 85%.

Sejak DOTS diterapkan secara intensif terjadi penurunan angka kesakitan TB menular yaitu pada tahun 2001 sebesar 122 per 100.000

penduduk dan pada tahun 2005 menjadi 107 per 100.000 penduduk. Hasil yang dicapai Indonesia dalam menanggulangi TB hingga saat ini telah meningkat. Angka penemuan kasus TB menular yang ditemukan pada tahun 2004 sebesar 128.981 orang (54%) meningkat menjadi 156.508 orang (67%) pada tahun 2005. Keberhasilan pengobatan TB dari 86,7 % pada kelompok penderita yang ditemukan pada tahun 2003 meningkat menjadi 88,8 % pada tahun 2004 (Depkes, 2004).

Selain itu mulai tahun 2003 dipergunakan Obat Anti TBC (OAT) dalam bentuk kombipaks bagi penderita dewasa dan anak dan didukung pula dalam kebijakan pemerintah melalui Surat Keputusan tentang pemberian gratis Obat Anti Tuberkulosis dan Obat Anti Retro Viral untuk HIV/AIDS (Depkes, 2005).

3. Masalah Tuberkulosis di Indonesia

Hasil evaluasi pada tahun 1998 menggambarkan bahwa cakupan penemuan penderita baru mencapai 9,8% dengan angka keberhasilan 89%, sehingga WHO menggolongkan kita sebagai penyelenggara program yang baik tapi ekspansi sangat lambat (Depkes, 1999).

Berdasarkan hasil Suskernas tahun 2004, prevalensi TB di DIY dan Bali sebesar 64 per 100.000 penduduk, di Jawa 107 per 100.000, di Sumatra 160 per 100000, dan yang tertinggi daerah Indonesia Timur sebesar 210 per 100.000 penduduk. Keadaan ini masih memprihatinkan padahal Menteri Kesehatan melalui SK Menkes 2004 sudah menyatakan program TB di

Indonesia menunjukkan hasil yang baik dan pemerintah telah mencanangkan program bebas biaya untuk pemberantasan TB.

Peningkatan kembali morbiditas penyakit TB ini, ternyata diikuti oleh peningkatan prevalensi *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) yang resisten terhadap banyak obat atau Multi Drug Resistance Tuberculosis (MDR-TB). Batasan MDR-TB menurut American Thoracic Society (ATS) adalah strain *M. tuberculosis* yang secara in vitro resisten terhadap isoniazid (INH) dan rifampisin, dengan atau tanpa resisten terhadap OAT lain. MDR-TB seringkali disebabkan oleh pengawasan pengobatan yang tidak benar (Depkes, 2002).

Masalah penanggulangan TB semakin pelik dengan adanya beberapa kondisi saat ini seperti ko-infeksi dengan HIV dan berkembangnya fenomena resistensi obat. Ko-infeksi TB dan HIV merupakan salah satu tantangan terbesar, sebab TB merupakan penyebab utama kematian pada orang dengan HIV/AIDS, dan sebaliknya HIV merupakan risiko terbesar mengubah TB laten menjadi TB aktif. Sebagai catatan diperkirakan 2,5-3 juta ODHA (Orang Dengan HIV Aids) mengalami ko-infeksi dengan TB (Djoerban, 2005).

Dari berbagai hasil penelitian dan program yang dilakukan di Indonesia oleh berbagai pihak maka ada beberapa masalah dalam program TB yang harus diatasi bersama antara lain:

- a. Belum seragamnya definisi dari Tuberkulosis
- b. Penemuan penderita yang terkena TB (Deteksi Kasus)
- c. Ketidakmampuan petugas menurunkan angka DO terhadap OAT

- d. Tidak tersedianya vaksin yang ampuh, yaitu yang bertahan dalam jangka waktu lama/seumur hidup
- e. Angka Multi Drug Resisten (MDR)-TB yang tinggi
- f. Obat pencegahan yang kurang memadai. (Saat ini hanya menyembuhkan penderita, tanpa memperhatikan anggota keluarga yang potensial untuk tertular)
- g. Kurangnya perhatian dari pihak-pihak terkait
- h. Lain-lain.

(Permatasari, 2005)

4. Kinerja Pengawas Minum Obat (PMO)

Kinerja Pengawas Minum Obat (PMO) adalah hasil kerja yang dicapai oleh PMO melalui aktivitas kerja yang telah ditentukan menurut kriteria yang berlaku bagi pekerjaan tersebut. Kinerja PMO dipengaruhi beberapa variabel antara lain usia, jenis kelamin, pendidikan, keluarga, tingkat sosial, pengalaman, kemampuan, dll. (Sukamto, 2002)

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

a. Persyaratan PMO

- 1) Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun penderita, selain itu harus disegani dan dihormati oleh penderita.

- 2) Seseorang yang tinggal dekat penderita.
- 3) Bersedia membantu penderita dengan sukarela.
- 4) Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita.

b. Siapa yang bisa jadi PMO

Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Imunisasi, dan lain-lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.

(Depkes, 2000)

c. Tugas seorang PMO

- 1) Bersedia mendapat penjelasan di poliklinik.
- 2) Melakukan pengawasan terhadap pasien dalam hal minum obat.
- 3) Mengingatkan pasien untuk pemeriksaan ulang dahak sesuai jadwal yang telah ditentukan.
- 4) Memberikan dorongan terhadap pasien untuk berobat secara teratur hingga selesai.
- 5) Mengenali efek samping ringan obat, dan menasehati pasien agar tetap mau menelan obat.
- 6) Merujuk pasien bila efek samping semakin berat.
- 7) Melakukan kunjungan rumah

- 8) Memberikan penyuluhan pada anggota keluarga penderita TB yang mempunyai gejala-gejala tersangka TB untuk segera memeriksakan diri kepada petugas kesehatan.

(PDPI, 2006)

5. Keteraturan Berobat

Keteraturan berobat yaitu diminum tidaknya obat-obat tersebut, penting karena ketidakteraturan berobat menyebabkan timbulnya masalah resistensi. Karena semua tatalaksana yang telah dilakukan dengan baik akan menjadi sia-sia, bila tanpa disertai dengan sistem evaluasi yang baik pula. Oleh karena itu, peranan pendidikan mengenai penyakit dan keteraturan berobat sangat penting (Taufan,2008).

Walaupun telah ada cara pengobatan tuberkulosis dengan efektivitas yang tinggi, angka sembuh masih lebih rendah dari yang diharapkan. Penyakit utama terjadinya hal tersebut adalah pasien tidak mematuhi ketentuan dan lamanya pengobatan secara teratur untuk mencapai kesembuhan. Terutama pemakaian obat secara teratur pada 2 bulan fase inisial sering kali tidak tercapai, sementara itu dengan mempersingkat lamanya pengobatan menjadi 6 bulan telah menunjukkan penurunan angka *drop out*.

Hal ini mudah dimengerti, karena kalau penderita tidak tekun meminum obat-obatnya, hasil akhir hanyalah kegagalan penyembuhan ditambah dengan timbulnya basil- basil TB yang multiresisten. Resistensi obat anti tuberkulosis terjadi akibat pengobatan tidak sempurna, putus berobat atau karena kombinasi

obat anti tuberkulosis tidak adekuat. Sejak tahun 1995, manajemen operasional yang menyesuaikan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) menekankan adanya pengawas minum obat (PMO) untuk setiap penderita TB paru dengan harapan dapat menjamin keteraturan minum obat bagi setiap penderita selama masa pengobatan.

Kondisi seorang penderita penyakit tuberkulosis sering berada dalam kondisi rentan dan lemah, baik fisik maupun mentalnya. Kelemahan itu dapat menyebabkan penderita tidak berobat, putus berobat, dan atau menghentikan pengobatan karena berbagai alasan. TB dapat disembuhkan dengan berobat secara teratur sampai selesai dalam waktu 6-8 bulan. Tata cara penyembuhan itu terangkum dalam strategi DOTS.

Dalam proses penyembuhan, penderita TBC dapat diberikan obat anti-TB (OAT) yang diminum secara teratur sampai selesai dengan pengawasan yang ketat. Masa pemberian obat memang cukup lama yaitu 6-8 bulan secara terus-menerus, sehingga dapat mencegah penularan kepada orang lain. Oleh sebab itu, para penderita TB jika ingin sembuh harus minum obat secara teratur. Tanpa adanya keteraturan minum obat penyakit sulit disembuhkan. Jika tidak teratur minum obat penyakitnya sukar diobati kuman TB dalam tubuh akan berkembang semakin banyak dan menyerang organ tubuh lain akan membutuhkan waktu lebih lama untuk dapat sembuh biaya pengobatan akan sangat besar dan tidak ditanggung oleh pemerintah (Ainur, 2008).

Beberapa faktor yang mempengaruhi keteraturan berobat antara lain:

- a. Tingkat pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan responden, maka semakin baik penerimaan informasi tentang pengobatan penyakitnya sehingga akan semakin teratur proses pengobatan dan penyembuhan.

b. Mutu pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan yang memuaskan pasien tersebut akan menimbulkan keinginan pasien untuk datang kembali.

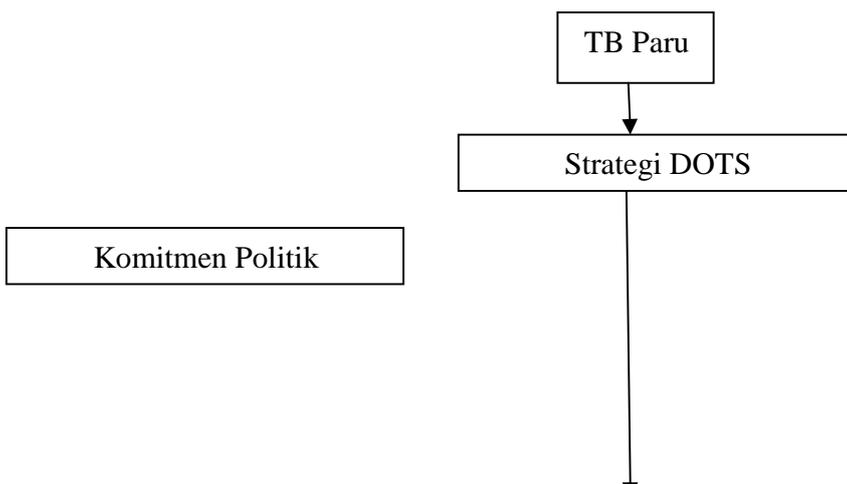
c. Sarana dan Prasarana Pelayanan

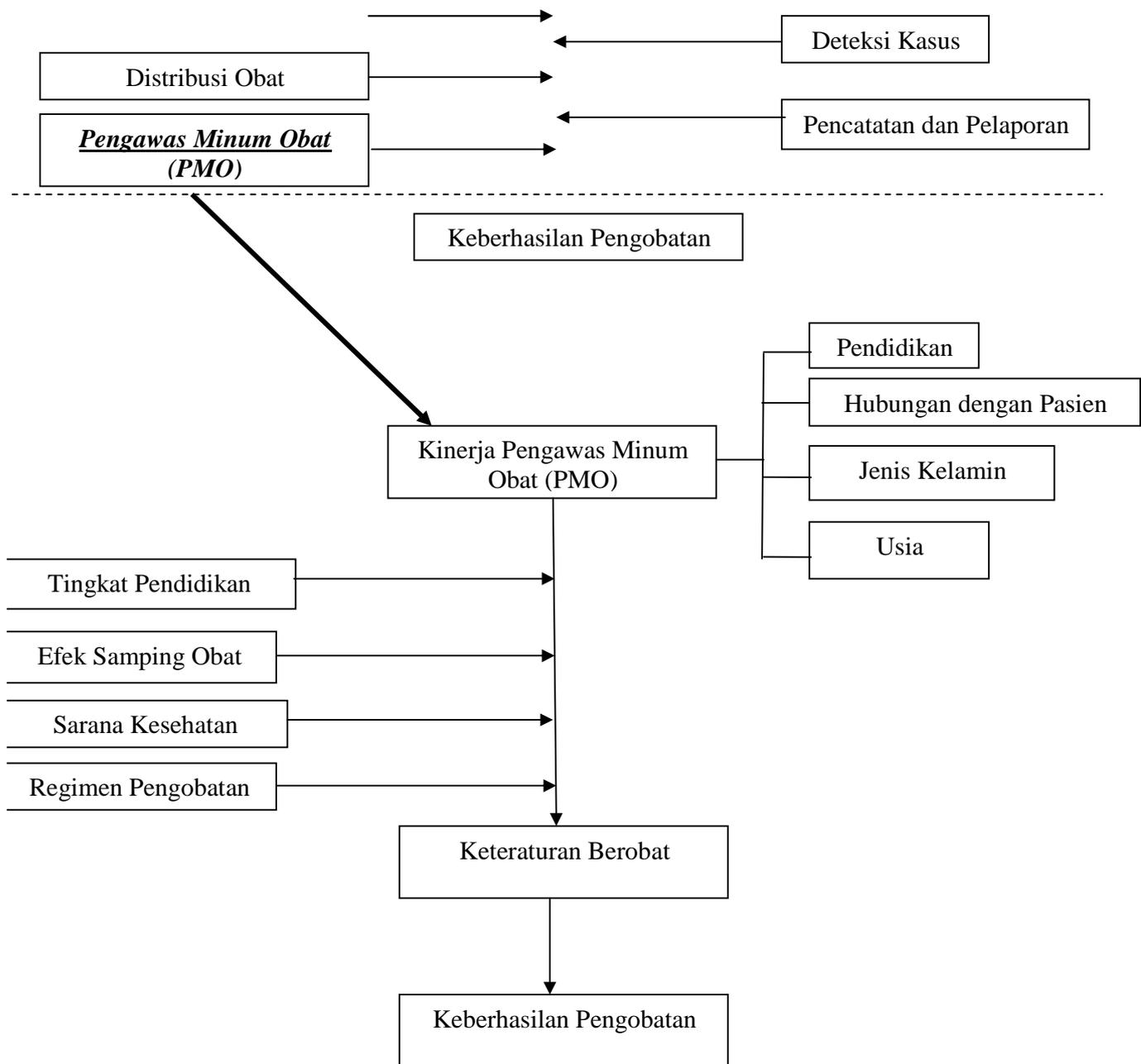
Pada sarana dan prasarana memadai, penderita TB paru lebih banyak yang teratur minum obat dan yang tidak teratur terbukti lebih sedikit.

d. Efek samping obat

e. Regimen pengobatan (Mukhsin *et al*, 2006).

B. Kerangka Berpikir





Pengobatan TB Paru dilakukan dengan Strategi DOTS. Strategi ini terdiri atas 5 komponen yang saling berkaitan yaitu komitmen politis, distribusi obat, PMO, deteksi kasus, pencatatan dan pelaporan. Diharapkan, strategi ini dapat meningkatkan keberhasilan pengobatan TB Paru.

Dalam pelaksanaannya, komitmen politis, distribusi obat, deteksi kasus, pencatatan dan pelaporan dilakukan dengan cara yang sama. Keempat variabel tersebut merupakan satu kesatuan dan tiap pasien menerima perlakuan yang sama. Namun, untuk variabel PMO, setiap pasien memiliki PMO masing-masing dimana karakteristik dan kinerja PMO tersebut tidak sama satu dan lainnya.

Pengawas Minum Obat (PMO) adalah orang yang bertugas untuk mengawasi penderita selama pengobatan TB. Dengan adanya PMO, diharapkan mampu meningkatkan kedisiplinan penderita dalam meminum OAT sehingga dapat menyelesaikan pengobatannya dengan baik. Kinerja PMO sendiri dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan hubungan dengan keluarga.

Selain PMO, keteraturan berobat juga dipengaruhi oleh beberapa faktor. Dimana faktor tersebut menjadi variabel perancu di dalam penelitian ini. Variabel perancu yang dapat dikendalikan antara lain efek samping obat, sarana dan prasarana kesehatan, mutu pelayanan kesehatan dan regimen pengobatan. Sedangkan variabel perancu yang tidak dapat dikendalikan adalah tingkat pendidikan pasien.

Dengan kinerja PMO yang baik, diharapkan dapat meningkatkan keteraturan berobat pasien TB Paru yang berdampak pada keberhasilan dari pengobatan itu sendiri.

C. Hipotesis

Ada hubungan antara kinerja PMO dengan keteraturan berobat pasien TB Paru strategi DOTS di RSUD dr. Moewardi Surakarta.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini berupa analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*.

B. Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli-Agustus 2009 di Poliklinik Paru RSUD dr.Moewardi Surakarta.

C. Subjek Penelitian

Pasien tuberkulosis di Poliklinik Paru RSUD dr. Moewardi Surakarta yang memenuhi :

1. Kriteria Inklusi:

- a. Pasien TB kasus baru BTA (+) yang sedang menjalani pengobatan.
- b. Pasien yang menjalani pengobatan lebih dari 2 bulan.
- c. Usia diatas 17 tahun dan dibawah 65 tahun.
- d. Pasien yang menandatangani *informed consent*.

2. Kriteria Eksklusi:

- a. Penderita yang mengalami efek samping pengobatan.
- b. Perempuan hamil atau menyusui.
- c. Responden yang tidak responsif ketika diajak wawancara.

D. Teknik Sampling

Pengambilan sampel dilakukan dengan memilih subyek berdasarkan ciri-ciri atau sifat tertentu berkaitan dengan karakteristik populasi (*purposive sampling*) (Arief TQ, 2003).

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan mencatat catatan rekam medis pasien. (Kartu Pengobatan Tuberkulosis/TB 01)

Data dikumpulkan dengan cara mengumpulkan daftar pertanyaan untuk mendapatkan data mengenai penilaian pasien mengenai kinerja PMO. Jenis data yang dikumpulkan termasuk data primer yang diperoleh dari pasien serta data sekunder yang dikumpulkan lewat catatan rekam medis pasien.

F. Identifikasi Variabel

1. Variabel bebas

Variabel bebas adalah merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2006).

Variabel bebas yang diteliti adalah kinerja PMO.

2. Variabel terikat

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2006).

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah keteraturan berobat pasien TB paru strategi DOTS di RSUD dr. Moewardi Surakarta.

3. Variabel perancu

- a. Terkendali: Mutu pelayanan kesehatan, efek samping obat, rejimen pengobatan, sarana dan prasarana kesehatan.
- b. Tidak Terkendali: Tingkat pendidikan pasien.

G. Definisi Operasional Variabel

1. Kinerja PMO

a. Definisi

Tingkat keberhasilan PMO dalam melaksanakan tugas dibandingkan dengan standar tugas PMO yang tertulis dalam Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan Tuberkulosis di Indonesia (PDPI).

Tugas PMO yang akan dibandingkan:

- 1) Pengawasan dalam hal minum obat.
- 2) Pengawasan dalam hal keteraturan pemeriksaan ulang dahak.
- 3) Pengawasan dalam hal keteraturan berobat hingga selesai.
- 4) Pengawasan jika penderita mengalami masalah pengobatan.
- 5) Penyuluhan yang diberikan kepada anggota keluarga TB yang memiliki gejala-gejala TB.

b. Alat Ukur

Kuesioner yang disampaikan dengan cara wawancara.

c. Cara Pengukuran

Dengan cara mengelompokkan sampel menjadi:

1) Kinerja PMO Baik

Apabila skor kuesioner 3 atau lebih.

2) Kinerja PMO Buruk

Apabila skor kuesioner dibawah 3.

d. Skala Pengukuran: Nominal

2. Keteraturan Berobat

a. Definisi:

1) Teratur

Keteraturan berobat pada penelitian ini merujuk pada pasien yang mengambil OAT sesuai dengan jadwal yang ditentukan (pada 2 bulan pertama setiap 2 minggu sekali dan setiap 1 kali sebulan selama sisa waktu pengobatan sampai 6 bulan) atau pasien yang selama periode pengobatan terlambat mengambil OAT <14 hari (jika diakumulasikan). Selain itu, pasien juga harus meminum obat sesuai dengan dosis yang dianjurkan.

2) Tidak Teratur

Ketidak teraturan berobat pada penelitian ini merujuk pada pasien yang selama periode pengobatan terlambat mengambil OAT 14 hari/lebih (jika diakumulasikan) atau pasien yang tidak menyelesaikan pengobatannya. (*Drop Out*). Selain itu, pasien dikatakan tidak teratur jika pasien tidak meminum obat sesuai dosis yang dianjurkan.

b. Alat ukur: Catatan medis. (Kartu Pengobatan Tuberkulosis/TB01) dan kuesioner yang disampaikan dengan wawancara.

c. Cara pengukuran:

Dengan mengelompokkan sampel menjadi:

1) Teratur Berobat

Pasien dikatakan teratur jika memenuhi semua kriteria di bawah ini:

- a) Pasien mengambil OAT sesuai dengan jadwal yang ditentukan (pada 2 bulan pertama setiap 2 minggu sekali dan setiap 1 kali sebulan selama sisa waktu pengobatan sampai 6 bulan) atau pasien yang selama periode pengobatan terlambat mengambil OAT <14 hari (jika diakumulasikan)
- b) Pasien meminum obat secara teratur.
- c) Pasien meminum obat sesuai dosis.

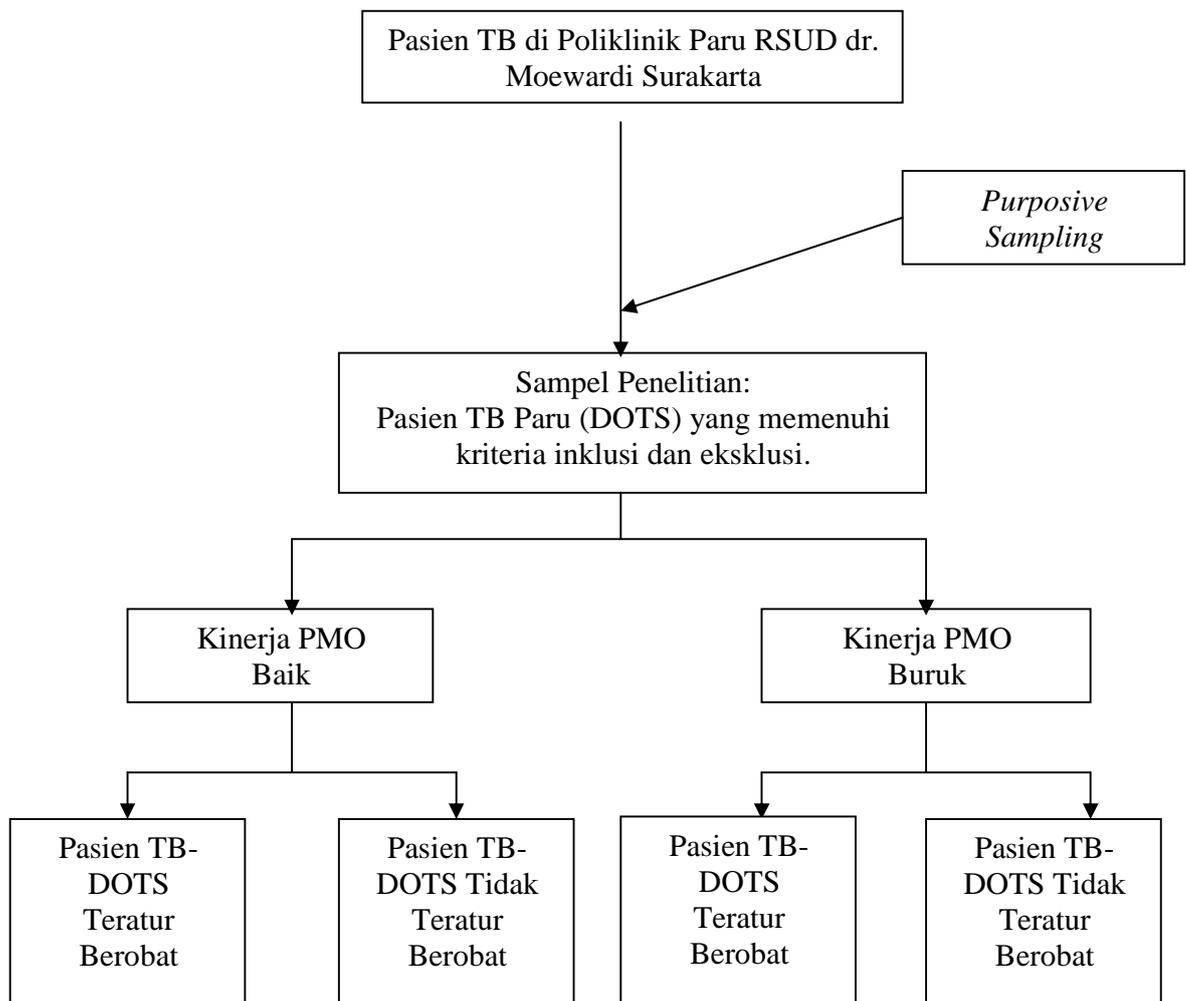
2) Tidak teratur berobat

Pasien dikatakan tidak teratur jika memenuhi salah satu kriteria di bawah ini:

- a) Pasien yang selama periode pengobatan terlambat mengambil OAT 14 hari/lebih (jika diakumulasikan) atau pasien yang tidak menyelesaikan pengobatannya. (*Drop Out*).
- b) Pasien yang tidak meminum obat secara teratur.
- c) Pasien yang tidak meminum obat sesuai dosis.

d. Skala pengukuran: Nominal

H. Rancangan Penelitian



I. Instrumen Penelitian

Data yang digunakan adalah kuesioner dan catatan medis (Kartu Pengobatan Tuberkulosis) pasien TB paru di RSUD dr. Moewardi Surakarta.

J. Cara Kerja

1. Mencari sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.
2. Mengamati Kartu Pengobatan Tuberkulosis (TB01)
3. Wawancara

K. Sumber Data

Sumber data yang dipakai adalah data primer yang berasal dari pasien dan data sekunder sebagai data penunjang berdasarkan rekam medis sampel. (Kartu Pengobatan Tuberkulosis/TB 01)

L. Analisis Data

Data yang diperoleh dari penelitian ini kemudian dianalisis dengan teknik analisis statistik *Chi Square* menggunakan program komputer *SPSS 13.00 for Windows 2000* dengan taraf signifikansi (α) 0,05.

BAB IV
HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Responden

Telah dilaksanakan penelitian di Poliklinik Paru RSUD dr.Moewardi Surakarta pada bulan Juli-Agustus 2009. Berikut ini disampaikan hasil penelitian dalam bentuk tabel.

Tabel 1

Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Teratur Berobat		Tidak Teratur Berobat		Total	
	f	%	F	%	F	%
Pria	20	33,3	20	33,3	40	66,6
Wanita	10	16,7	10	16,7	20	33,4
Total	30	50	30	50	60	100

Sumber: Data Primer Hasil Penelitian

Dari Tabel 1 di atas dapat dilihat bahwa pasien laki-laki (66,6%) lebih banyak daripada perempuan (33,4%). Tidak ada perbedaan presentase keteraturan berobat antara pria dan wanita.

Tabel 2
Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur

Kelompok Umur	Teratur Berobat		Tidak Teratur Berobat		Total	
	f	%	f	%	F	%
15-24	6	10	3	5	9	15
25-34	5	8,34	5	8,34	10	16,68
35-44	8	13,33	8	13,33	16	26,66
45-54	3	5	3	5	6	10
55-64	8	13,33	11	18,33	19	31,66
Total	30	50	30	50	60	100

Sumber: Data Primer Hasil Penelitian

Dari tabel 2 dapat dilihat bahwa pasien terbanyak berada pada kelompok umur 55-64 tahun, yaitu 31,66%. Pasien yang teratur berobat mayoritas berada pada kelompok umur 35-44 dan 55-64 tahun, dan pasien yang tidak teratur berobat mayoritas berada pada kelompok umur 55-64 tahun yaitu sebanyak 18,33%.

Tabel 3
Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Status Perkawinan	Teratur Berobat		Tidak Teratur Berobat		Total	
	f	%	f	%	f	%
Menikah	20	33,33	23	38,33	43	71,66
Belum Menikah	10	16,67	7	11,67	17	28,34
Total	30	50	30	50	60	100

Sumber: Data Primer Hasil Penelitian

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa 71,66% pasien sudah menikah. Pasien yang teratur berobat mayoritas sudah menikah, yaitu 33,33%. Begitu juga dengan pasien yang tidak teratur berobat mayoritas sudah menikah yaitu 38,33%.

Tabel 4

Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Jenis Pekerjaan	Teratur Berobat		Tidak Teratur Berobat		Total	
	F	%	f	%	f	%
Karyawan	13	21,66	6	10	19	31,66
Buruh	4	6,67	18	30	22	36,67
Wiraswasta	3	5	1	1,67	4	6,67
Tidak Bekerja	10	16,67	5	8,33	15	25
Total	30	50	30	50	60	100

Sumber: Data Primer Hasil Penelitian

Berdasarkan jenis pekerjaan, didapatkan 36,67% bekerja sebagai buruh. Untuk pasien yang teratur berobat mayoritas bekerja sebagai karyawan (21,66%) dan yang tidak teratur berobat mayoritas bekerja sebagai buruh (30%).

Tabel 5

Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Teratur Berobat		Tidak Teratur Berobat		Total	
	f	%	f	%	F	%
Tdk Sekolah/SD/SMP	12	20	17	28,33	33	48,33
SMA/PT	18	30	13	21,67	27	51,67
Total	30	50	30	50	60	100

Sumber: Data Primer Hasil Penelitian

Dari Tabel 5 dapat diketahui bahwa tingkat pendidikan pasien terbanyak adalah SMA/PT yaitu 51,67%. Tingkat pendidikan pasien yang berobat teratur mayoritas SMA/PT (30%) dan pasien yang tidak berobat teratur mayoritas Tidak Sekolah/SD/SMP (28,33%).

Tabel 6
Distribusi Responden Berdasarkan Usia PMO

Kelompok Umur	Teratur Berobat		Tidak Teratur Berobat		Total	
	f	%	f	%	f	%
15-24	2	3,33	3	5	5	8,33
25-34	12	20	14	23,33	26	43,33
35-44	9	15	7	11,67	16	26,67
45-54	5	8,34	3	5	8	13,34
≥55	2	3,33	3	5	5	8,33
Total	30	50	30	50	60	100

Sumber: Data Primer Hasil Penelitian

Dari tabel 6 dapat dilihat bahwa mayoritas responden memiliki PMO yang berusia 25-34 tahun, yaitu sebesar 43,33%.

Tabel 7
Distribusi Responden Berdasarkan Hubungan PMO dengan Pasien

Hubungan PMO	Teratur Berobat		Tidak Teratur Berobat		Total	
	F	%	f	%	f	%
Anggota Keluarga	29	48,33	30	50	59	98,33
Bukan Anggota Keluarga	1	1,67	0	0	1	1,67
Total	30	50	30	50	60	100

Sumber: Data Primer Hasil Penelitian

Berdasarkan Tabel 7, dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden memiliki PMO yang merupakan anggota keluarga (98,33%). Hanya ada 1 orang yang memiliki PMO bukan dari anggota keluarga.

Tabel 8
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin PMO

Jenis Kelamin PMO	Teratur Berobat		Tidak Teratur Berobat		Total	
	f	%	f	%	f	%
Wanita	17	28,33	15	25	32	53,33
Pria	13	21,67	15	25	28	46,67
Total	30	50	30	50	60	100

Sumber: Data Primer Hasil Penelitian

Dari Tabel 8 dapat diketahui bahwa mayoritas responden memiliki PMO berjenis kelamin wanita yaitu 53,33%. Selain itu, dapat dilihat juga bahwa responden yang teratur berobat memiliki PMO yang berjenis kelamin wanita.

Tabel 9
Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan PMO

Tingkat Pendidikan	Teratur Berobat		Tidak Teratur Berobat		Total	
	f	%	f	%	f	%
Tdk Sekolah/SD/SMP	8	13,33	10	16,67	18	30
SMA/PT	22	36,67	20	33,33	42	70
Total	30	50	30	50	60	100

Sumber: Data Primer Hasil Penelitian

Berdasarkan Tabel 9, 70% responden memiliki PMO dengan pendidikan SMA/PT dan 30% memiliki PMO yang Tidak sekolah/SD/SMP. Tidak ada perbedaan bermakna antara jenis kelamin PMO dengan keteraturan berobat responden.

Tabel 10
Distribusi Responden Berdasarkan Kinerja PMO

Kinerja PMO	Teratur Berobat		Tidak Teratur Berobat		Total	
	f	%	F	%	f	%
Baik	24	40	13	21,67	37	61,67
Buruk	6	10	17	28,33	23	38,33
Total	30	50	30	50	60	100

Sumber: Data Primer Hasil Penelitian

Dari Tabel 10 dapat diketahui bahwa mayoritas pasien memiliki kinerja PMO yang baik (61,67%). Pasien yang teratur berobat paling banyak memiliki PMO dengan kinerja baik (40%) dan pasien yang tidak teratur berobat paling banyak memiliki PMO dengan kinerja buruk (28,33%).

B. Analisis Data

Tabel 11 menunjukkan hubungan yang secara statistik signifikan antara kinerja PMO dengan keteraturan berobat pasien TB paru strategi DOTS. Pasien yang memiliki PMO dengan kinerja baik 5,23 kali lebih teratur berobat daripada pasien yang memiliki PMO dengan kinerja buruk (OR=5,23, p=0,003)

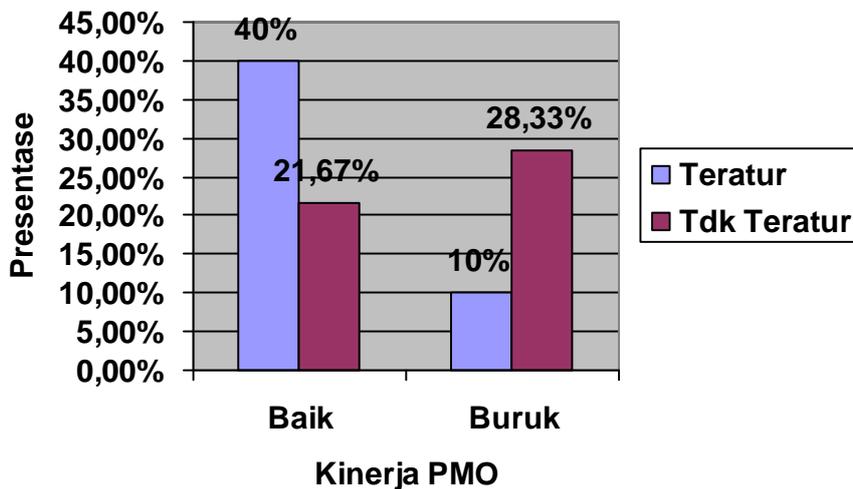
Tabel 11
Hasil uji statistik X² tentang Kinerja PMO

dengan Keteraturan Berobat Pasien TB Paru

Kinerja PMO	Keteraturan Berobat						OR	X ²	P
	Teratur		Tidak Teratur		Total				
	F	%	f	%	f	%			
Baik	24	40	13	21,67	37	61,67	5,23	8,531	0,003
Buruk	6	10	17	28,33	23	38,33			
Total	30	50	30	50	60	100			

Sumber: Data Primer Hasil Penelitian dan Data Uji Statistik

Gambar 1 menunjukkan presentase pasien TB teratur berobat lebih tinggi pada pasien dengan kinerja PMO baik dibandingkan pasien dengan kinerja PMO buruk dan perbedaan tersebut dengan uji X² secara statistik signifikan.



Gambar 1
Perbedaan keteraturan berobat (presentase)
antara pasien dengan kinerja PMO baik dan kinerja PMO buruk

Dari hasil analisis, didapatkan odd ratio sebesar 5,23 sehingga dapat disimpulkan bahwa antar kedua variable yakni kinerja PMO dan keteraturan berobat saling berhubungan. Angka odd ratio sebesar 5,23 ini menandakan bahwa pasien yang memiliki kinerja PMO baik mempunyai kemungkinan untuk berobat secara teratur sebesar 5,23 kali daripada pasien yang memiliki kinerja PMO buruk.

Pada uji signifikansi, data dianalisis dengan uji *Chi Square*, dengan taraf signifikansi 0,05. Dasar pengambilan keputusan yang dipakai adalah bila *Chi Square* hitung lebih besar dibandingkan *Chi Square* tabel (*Chi Square* tabel=3,8471) dan probabilitas <0,05 maka hasil penelitian dikatakan signifikan. Sebaliknya, bila *Chi Square* hitung lebih kecil dibandingkan *Chi Square* tabel dan probabilitas >0,05 maka hasil penelitian dikatakan tidak signifikan. Dari hasil pengolahan data didapat angka *Chi Square* hitung sebesar 8,531 dan angka probabilitas sebesar 0,003 , sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan antara kinerja PMO dengan keteraturan berobat pasien TB paru strategi DOTS secara statistik signifikan.

BAB V

PEMBAHASAN

Hasil penelitian terhadap 60 sampel penderita TB di RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang dilakukan pada Juli-Agustus 2009 menunjukkan bahwa responden terbanyak berjenis kelamin laki-laki yaitu sebesar 66,66%. Hal ini diduga karena pada laki-laki lebih banyak kontak dengan lingkungan di luar rumah dibanding perempuan, sehingga kemungkinan tertular kuman tuberkulosis lebih besar pada laki-laki (Amryl, 2002). Berdasarkan tabel 1 dapat dilihat bahwa tidak ada perbedaan presentase keteraturan berobat antara pria dan wanita. Hal ini sesuai dengan penelitian Bau Intang bahwa jenis kelamin tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan tingkat kepatuhan pengobatan. Keteraturan berobat tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin sehingga dapat dikemukakan bahwa pria dan wanita memiliki peran yang penting dalam meningkatkan kesehatan diri dan keluarga.

Berdasarkan tabel 2 didapatkan jumlah pasien terbanyak berada pada kelompok umur 35-44 tahun dan 55-64 tahun. Ini sesuai dengan penelitian I Wayan Suryanata yaitu umur di atas 40 tahun merupakan faktor resiko paling tinggi terkena TB Paru (Suryanata, 2005). Angka keteraturan berobat tertinggi didapatkan pada kelompok umur 35-44 tahun dan 55-64 tahun yaitu sebesar 13,33%. Hal ini mungkin disebabkan semakin tingginya kesadaran pasien untuk menjalani pengobatan teratur sehingga bisa sembuh dari

penyakitnya. Namun, pasien tidak teratur terbanyak juga berasal dari kelompok umur 55-64 tahun. Hal ini mungkin disebabkan oleh penurunan daya ingat yang terjadi pada usia lanjut sehingga mereka sering melupakan pengobatannya.

Berdasarkan status perkawinan, responden yang sudah menikah sebanyak 71,66% sedangkan yang belum menikah sebanyak 28,34%. Dari tabel dapat dilihat bahwa tidak ada perbedaan keteraturan berobat yang bermakna antara pasien yang sudah menikah dan yang belum menikah.

Secara keseluruhan, responden dalam penelitian ini paling banyak bekerja sebagai buruh, yaitu sebesar 36,67%. Responden yang tidak teratur berobat mayoritas berasal bekerja sebagai buruh. (30%). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Yun Amril di BP4 Surakarta. Kesibukan bekerja sebagai buruh dalam rangka memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga menyebabkan penderita sulit menyesuaikan program pengobatan dengan kegiatannya sehari-hari dan lupa minum obatnya (Yun Amril, 2002).

Secara keseluruhan, tingkat pendidikan responden terbanyak adalah SMA/PT yaitu sebesar 51,67%. Angka keteraturan berobat tertinggi juga terdapat pada responden yang berpendidikan SMA/PT yaitu sebesar 30%. Tingkat pendidikan formal seseorang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menerima, menyerap, atau mengadopsi informasi (Bau Intang, 2004).

Berdasarkan skor yang didapatkan dari kuesioner, jumlah responden yang memiliki kinerja PMO baik sebesar 61,67% dan yang memiliki kinerja PMO buruk 38,33%. Angka keteraturan berobat pada responden dengan kinerja PMO baik adalah 40%, lebih besar dibanding responden dengan kinerja PMO buruk yaitu 10%.

Berdasarkan Tabel 6, dapat diketahui bahwa seluruh responden memiliki PMO berusia di atas 15 tahun. Pengawas Minum Obat (PMO) sebaiknya berumur 15 tahun ke atas atau harus disegani oleh penderita karena pada umur tersebut emosi seseorang mulai stabil dan mampu menyelesaikan masalah dan menerima tugas dengan tanggung jawab (Purwanta, 2005).

Orang yang dewasa dianggap mampu mengembangkan suatu pandangan hidup sebagai suatu “kesatuan nilai yang integral”, yaitu salah satu hasil yang dicapai orang dewasa. Hal tersebut dikarenakan dapat menempatkan semua kejadian, kebenaran, dan nilai-nilai dalam satu sudut pandang tertentu yang mencakup segalanya (Haditono, 2001).

Berdasarkan tabel dapat diketahui bahwa mayoritas responden memiliki PMO berjenis kelamin wanita. Hal ini mungkin disebabkan oleh sifat sabar dan telaten yang ada pada wanita sehingga mereka mampu melaksanakan tugas sebagai PMO dengan baik.

Pengawas Minum Obat (PMO) dari responden hampir semuanya berasal dari anggota keluarga. Pengawas Minum Obat (PMO) dari anggota keluarga mempunyai beberapa keuntungan, antara lain dekat dengan penderita agar setiap saat bisa memantau minum obat, memiliki ikatan emosional sehingga penderita merasa mendapat perhatian dari keluarganya, lebih dekat dan dipercayai oleh penderita. (Kusbiyantoro, 2002)

Berdasarkan Tabel 9 dapat diketahui bahwa mayoritas responden memiliki PMO dengan pendidikan SMA/PT (70%). PMO itu sebaiknya pendidikannya yang agak tinggi karena PMO itu butuh pengetahuan tentang TB Paru, cara pencegahan dan penanggulangannya (Purwanta, 2005). Hal tersebut sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa pendidikan PMO sangat berpengaruh terhadap baik buruknya penyuluhan dan cara

memotivasi penderita, makin baik cara memotivasi dan memberikan materi penyuluhan akan makin baik pula hasil yang didapat yaitu kepatuhan penderita (Becher, 1997).

Pengawasan dan perhatian dari tenaga kesehatan maupun dari pihak keluarga yang telah dipercaya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien tuberkulosis dalam menjalani pengobatan yang membutuhkan waktu yang cukup lama. Walaupun panduan obat yang digunakan baik tetapi bila penderita tidak berobat dengan teratur maka umumnya hasil pengobatan mengecewakan (Senewe, 2002).

Dukungan keluarga dan pemberian semangat mempunyai andil yang besar dalam peningkatan kepatuhan pengobatan (Becher, 1997). Dukungan emosional PMO pada penderita TB Paru sangat dibutuhkan karena tugas PMO adalah memberikan dorongan kepada penderita agar mau berobat secara teratur dan mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu yang ditentukan. (Depkes, 2002) Dengan kinerja PMO yang baik, pasien lebih termotivasi untuk menjalani pengobatan dengan teratur.

Kinerja PMO di RSUD dr. Moewardi ini belum 100% baik. Hal ini mungkin disebabkan perbedaan dari karakteristik PMO yang mengawasi penderita. PMO baik apabila PMO dan penderita mempunyai pengetahuan yang baik tentang penyakit TB Paru, mempunyai hubungan keluarga dengan penderita, dan sebelumnya pernah menjadi PMO (Sukanto, 2002).

Selain dipengaruhi kinerja PMO, keteraturan berobat juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, mutu pelayanan kesehatan, sarana dan prasarana pelayanan, efek samping obat, dan regimen pengobatan (Mukhsin et al, 2006).

Kelemahan dari penelitian ini adalah keterbatasan waktu untuk menemukan alamat lengkap pasien yang Drop Out dari pengobatan sehingga peneliti hanya mendapatkan pasien yang tidak teratur dalam meminum obat.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Ada hubungan antara kinerja Pengawas Minum Obat (PMO) dengan keteraturan berobat pasien TB Paru strategi DOTS di RSUD dr.Moewardi Surakarta. Semakin baik kinerja PMO maka semakin tinggi keteraturan berobat pasien TB Paru Strategi DOTS di RSUD dr. Moewardi Surakarta.

B. Saran

1. Berdasarkan penelitian di atas maka perlu ditingkatkan kinerja PMO agar terjadi peningkatan keteraturan berobat pasien TB Paru, salah satunya adalah dengan mengusahakan adanya PMO dengan karakteristik baik, yaitu PMO dan penderita mempunyai pengetahuan yang baik tentang penyakit TB Paru, mempunyai hubungan keluarga dengan penderita, dan sebelumnya pernah menjadi PMO sehingga diharapkan PMO dapat menjalankan tugasnya dengan baik.

2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai kinerja PMO dan keteraturan berobat, khususnya dengan sampel pasien TB Paru yang Drop Out dari pengobatan. Sehingga dapat ditemukan suatu cara efektif agar jumlah pasien DO berkurang.

DAFTAR PUSTAKA

- Ainur. 2008. *Kejadian Putus Berobat Penderita Tuberkulosis Paru dengan Pendekatan DOTS*. www.litbang.depkes.go.id (22 Maret 2008).
- Bahar, Asril. 2003. *Tuberkulosis Paru dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Penyakit Dalam Universitas Indonesia. pp:821-822
- Arief TQ, M. 2003. *Metodologi Penelitian dan Kesehatan*. CSGF (The Community of Self Help Group Forum). Surakarta. p:53
- Bau Intang. 2004. *Evaluasi Faktor Penentu Kepatuhan Pengobatan TB Paru Minum Obat Anti Tuberkulosis di Puskesmas Kabupaten Maluku Tenggara*. Yogyakarta:UGM. Thesis.
- Becher. 1997. *Patient Adhere to Prescribed Therapies*. Medical Care. 23:539.
- Cohen FL, Durham JD. 1995. *Tuberculosis a Sourcebook for Nursing Practice*. Springer Publishing Company. New York. p:37

- Djoerban, Z. 2005. *Tuberkulosis Kedaruratan Global*. Disampaikan dalam Forum Jurnalis Koalisi untuk Indonesia Sehat (Kuis). Jakarta.
- Departemen Kesehatan .1999. Departemen Kesehatan: Gerakan Terpadu Nasional Penganggulangan Tuberculosis. Disampaikan pada Seminar Sehari TB Paru dalam Rangka Peringatan Hari TB Sedunia ke 117. Jakarta.
- Departemen Kesehatan .2000. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. Jakarta : Depkes RI. pp:7-41
- Departemen Kesehatan. 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. Departemen Kesehatan: Jakarta
- Departemen Kesehatan .2004. *Badan penelitian dan pengembangan kesehatan: Riset operasional intensifikasi pemberantasan penyakit menular Tahun 1998/1999-2003*. Departemen Kesehatan. Jakarta.
- Departemen Kesehatan 2007. *Pedoman Penanggulangan Tuberculosis*. 2nd ed. Depkes RI:Jakarta. p:3
- Fadul,M. 2000. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesembuhan Penderita Penyakit Tuberculosis setelah Pengobatan Jangka Pendek (6 bulan) di Kabupaten Cumba Timur Propinsi Nusa Tenggara Timur*. Universitas Gajah Mada. Yogyakarta. Thesis.
- Jawetz, Melnick, Adfcerg. 2008. *Mikrobiologi Kedokteran*. 23rd ed. Jakarta: Erlangga. p:325
- Haditono, S.R. Psikologi Perkembangan, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta. 2001.
- Hood Alsagaff, H. Abdul Mukty. 2008. *Dasar-dasar Ilmu Penyakit Paru*. 5th ed. Airlangga University Press: Surabaya. p: 73
- I Wayan Triana Suryanata. 2000. Faktor yang Berhubungan dengan Penyakit TB Paru di Kab. Timur Tengah Selatan. Yogyakarta:UGM. Thesis.
- Kusbiyantoro. 2002. *Perbandingan Efektivitas Kader Kesehatan dan Tokoh Masyarakat Sebagai Pengawas Minum Obat Terhadap Kepatuhan Minum Obat dan Konversi Dahak Penderita Tuberculosis Paru di Kabupaten Kebumen*. Pascasarjana UGM. Yogyakarta. Thesis.
- Mukhsin, Yodi, Riris. 2006. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keteraturan Minum Obat pada Penderita TBC Paru yang Mengalami Konversi di Kota Jambi*. <http://lrc-kmpk.ugm.ac.id>. (27 Mei 2009)

- Muzaham,F. 1995. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. 2006. *Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan Tuberkulosis di Indonesia*. Jakarta:PDPI. pp:26-40
- Permatasari, A. .2005. *Pemberantasan penyakit TB paru dan strategi DOTS*. Bagian Paru Fakultas Kedokteran USU. Medan.
- Purwanta. 2005. *Ciri-ciri Pengawas Minum Obat yang Diharapkan oleh Penderita Tuberkulosis Paru di Daerah Urban dan Rural di Yogyakarta*. www.jmpk-online.net. (1 Maret 2009)
- Sukana, B., Heryanto, dan Supraptini .1999. *Pengaruh Penyuluhan Terhadap Pengetahuan Penderita TB Paru di Kabupaten Tangerang*. Jakarta.
- Senewe FP. 2002. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Depok*. In: Buletin Penelitian Kesehatan vol.30 No.1. Jakarta. Pp:31-38.
- Setiadi. 2007. *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.p:27
- Sugiyono. 2006. *Statiska Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta. p:64
- Sukamto. 2002. *Hubungan Kinerja Pengawas Minum Obat (PMO) dengan Hasil Pengobatan Penderita TB Paru Tahap Intensif dengan Strategi DOTS di Kota Banjarmasin Propinsi Kalimantan Selatan Tahun 2002*. Surabaya: Unair. Thesis.
- Taufan. 2008. *Pengobatan Tuberkulosis Paru Masih Menjadi Masalah*. www.gizi.net (25 Februari 2008).
- WHO .2006. *The Five Elements of DOTS*. www.who.int. (12 Februari 2009)
- WHO,2006. *Tuberkulosis, Kedaruratan Global*. www.tbcindonesia.or.id. (3 Februari
- Yun Amril. 2002. *Keberhasilan Directly Observed Therapy (DOTS) pada Pengobatan TB Paru Kasus Baru di BP4 Surakarta*. Jakarta : Bagian Pulmonologi dan Kedokteran Respirasi FKUI. Thesis.