

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. TB Paru

2.1.1. Penyakit TB Paru

TB paru merupakan penyakit infeksi yang terjadi pada parenkim paru. Penyakit ini disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yaitu bakteri aerob asam berbentuk batang yang tumbuh dengan perlahan dan sensitif terhadap panas dan sinar ultraviolet (Smeltzer & Bare, 2004; Williams & Hopper, 2007). TB paru menyebar dari satu penderita ke penderita lain melalui transmisi udara. Seseorang yang terinfeksi melepaskan droplet berinti (umumnya partikel berdiameter 1-5 mcm) saat berbicara, batuk, bersin, tertawa ataupun bernyanyi. Droplet kemudian tersuspensi di udara dan terhirup oleh orang yang rentan. Adapun orang-orang yang beresiko mengidap TB paru antara lain (Smeltzer & Bare, 2004):

1. Memiliki status imun yang rendah
2. Perawatan kesehatan yang buruk (tunawisma, kemelaratan, minoritas khususnya anak berusia dibawah 15 tahun dan dewasa muda berusia antara 15 dan 44 tahun).
3. Perokok dan alkoholik.
4. Kondisi medis yang ada sebelumnya atau pengobatan khusus (Diabetes Melitus, malnutrisi, tranplantasi organ).
5. Imigrasi dari negara dengan prevalensi TB tinggi (Asia tenggara, Afrika, Amerika Latin, Karibia).
6. Bekerja dalam suatu kelembagaan (fasilitas perawatan dalam jangka lama, institusi psikiatrik, penjara).
7. Menjadi petugas kesehatan dengan aktivitas beresiko: intubasi, suction, bronkoskopi, prosedur batuk, merawat pasien dengan status imun yang rendah, *home care* dengan populasi beresiko tinggi, dll.

8. Tinggal di rumah yang tidak memenuhi standar (sanitasi yang buruk, kurang pencahayaan, lembab).

Gambaran klinis dari penyakit TB paru dapat dibagi menjadi gejala umum (sistemik) dan gejala khusus yang timbul sesuai dengan organ yang terlibat (Rejeki, 2011). Harrison (2013) menjelaskan bahwa gejala sistemik dicirikan dengan timbulnya demam pada sore dan malam hari yang disertai dengan keringat mirip demam influenza yang segera mereda. Demam seperti ini dapat hilang timbul dengan suhu mencapai 40°C dan makin lama makin panjang masa serangannya. Gejala sistemik lainnya seperti malaise, keringat malam, anoreksia dan berat badan yang menurun.

Gejala khusus yang terjadi pada TB paru atau gejala respiratorik dicirikan dengan batuk selama lebih dari dua minggu. Batuk mula-mula terjadi karena iritasi bronkus yang selanjutnya menjadi batuk produktif akibat dari peradangan bronkus. Batuk produktif ini berguna untuk membuang produk ekskresi peradangan dengan dahak yang mukoid atau purulent. Batuk darah timbul akibat pecahnya pembuluh darah. Batuk darah tidak selalu timbul akibat pecahnya aneurisma pada dinding kaviti, namun juga dapat terjadi akibat ulserasi pada mukosa bronkus. Jika terjadi kerusakan paru yang cukup luas, maka akan timbul sesak napas. Nyeri dada dapat timbul apabila system persarafan yang terdapat di pleura terkena, gejala dapat bersifat local atau pleuritik (Harrison, 2013).

Tindakan pencegahan dapat dilakukan oleh klien, masyarakat dan petugas kesehatan. Perlindungan terbaik melawan tuberkulosis adalah diagnosis dan pengobatan yang efisien untuk orang dengan infeksi aktif (Mandal, Wilkins, Dunbar, & Mayon-White, 2008). Pencegahan yang dilakukan oleh klien dengan cara menutup mulut sewaktu batuk dan membuang dahak tidak di sembarang tempat. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan oleh masyarakat yaitu melalui pemberian vaksinasi BCG pada bayi. Petugas kesehatan dapat memberikan penyuluhan tentang penyakit TB meliputi gejala bahaya dan akibat yang ditimbulkan,

pemeriksaan kepada orang-orang yang terinfeksi, dan pengobatan khusus TB (Rejeki, 2011).

2.1.2. Pengobatan Tuberkulosis Paru

Pengobatan TB paru terutama pemberian obat antimikroba dalam jangka waktu lama. Obat-obat ini juga dapat digunakan untuk mencegah timbulnya penyakit klinis pada seseorang yang sudah terjangkit infeksi (Price & Wilson, 2006).

Pengobatan diberikan dalam dua tahap yaitu tahap awal (intensif) dan tahap lanjutan. Pengobatan tahap intensif diberikan setiap hari selama dua bulan. Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi negatif dalam dua bulan. Tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit dalam jangka waktu yang lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah terjadinya kekambuhan (Rejeki, 2011)

Terapi standar terdiri dari empat obat, yaitu:

2.1.2.1. Isoniazid (INH)

INH merupakan obat TB yang bersifat bakterisid. Dosis harian yang dianjurkan 5 mg/kgBB, sedangkan untuk pengobatan intermitten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 10mg/kgBB (Depkes RI, 2011). Efek samping INH yang ringan dapat berupa tanda-tanda keracunan pada saraf tepi, kesemutan dan nyeri otot atau gangguan kesadaran. Efek ini dapat dikurangi dengan pemberian piridoksin. Kelainan yang menyerupai defisiensi piridoksin (syndroma pellagra), dan kelainan kulit yang bervariasi antara lain gatal-gatal. Bila penderita merasakan efek samping tersebut, pengobatan tetap aman untuk dilanjutkan (PDPI, 2006).

2.1.2.2. Rifampisin (R)

R merupakan OAT yang bersifat bakterisid. Dosis R 10 mg/kgBB diberikan untuk pengobatan harian maupun intermitten 3 kali seminggu (Depkes RI, 2011). Efek samping R yang ringan dapat berupa sindrom kulit (gatal- gatal kemerahan), sindrom flu

(demam, menggigil, nyeri tulang), sindrom perut (nyeri perut, mual, muntah, kadang-kadang diare). R dapat menyebabkan warna merah pada air seni, keringat, air mata dan air liur sebagai akibat metabolisme obat. Perubahan tersebut harus diberitahukan kepada agar penderita tidak merasa khawatir (PDPI, 2006). Efek samping R yang berat berupa sindrom respirasi yang ditandai dengan sesak napas, kadang-kadang disertai dengan kolaps, anemia haemolitik yang akut, syok dan gagal ginjal (PDPI, 2006).

2.1.2.3. Pirazinamid (Z)

Z merupakan OAT yang bersifat bakterisid. Dosis harian yang dianjurkan 25 mg/kg BB, sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu diberikan dengan dosis 35 mg/kg BB (Depkes RI, 2011). Efek samping utama dari penggunaan Z adalah hepatitis. Nyeri sendi dapat terjadi dan kadang-kadang dapat menyebabkan serangan arthritis gout yang kemungkinan disebabkan berkurangnya ekskresi dan penimbunan asam urat. Reaksi hipersensitivitas yang dapat timbul misalnya demam, mual, kemerahan dan reaksi kulit yang lain (PDPI, 2006).

2.1.2.4. Etambutol (E)

E bersifat sebagai bakteriostatik. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu digunakan dosis 30 mg/kg BB (Depkes RI, 2011). E dapat menyebabkan gangguan penglihatan berupa berkurangnya ketajaman penglihatan, buta warna untuk warna merah dan hijau. Namun keracunan okuler tersebut tergantung pada dosis yang dipakai. Efek samping jarang terjadi bila dosisnya 15-25 mg/kg BB per hari atau 30 mg/kg BB yang diberikan tiga kali seminggu (PDPI, 2006). Gangguan penglihatan akan kembali normal dalam beberapa minggu setelah obat dihentikan. Karena risiko kerusakan okuler sulit dideteksi pada

anak-anak, maka EI sebaiknya tidak diberikan pada anak (PDPI, 2006).

2.1.2.5. Streptomisin (S)

S bersifat bakterisid. Dosis harian yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan intermiten 3 kali seminggu digunakan dosis yang sama. Penderita berumur sampai 60 tahun dosisnya 0,75 gram/ hari sedangkan untuk berumur 60 tahun atau lebih diberikan 0,50 gram/ hari (Depkes RI, 2011).

Efek samping utama dari S adalah merusakkan syaraf kedelapan yang berkaitan dengan keseimbangan dan pendengaran. Risiko efek samping tersebut akan meningkat seiring dengan peningkatan dosis yang digunakan dan umur penderita. Keadaan ini dapat dipulihkan bila obat segera dihentikan atau dosisnya dikurangi menjadi 0,25 gr. Reaksi hipersensitivitas kadang-kadang terjadi berupa demam yang timbul tiba-tiba disertai dengan sakit kepala, muntah dan eritema pada kulit. S dapat menembus barrier plasenta sehingga tidak boleh diberikan pada wanita hamil sebab dapat merusak saraf pendengaran janin (PDPI, 2006).

Adapun panduan OAT di Indonesia sebagai berikut (Depkes RI, 2011):

1. OAT Kategori 1 (2HRZE/ 4H3R3)

Tahap intensif terdiri dari H, R, Z dan E. Obat-obat tersebut diberikan satu kali sehari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari H dan R, diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3). Dosis paduan OAT KDT untuk kategori 1 dijelaskan dalam table 2.1. Obat kategori 1 diberikan untuk:

- a. Penderita baru TB Paru BTA positif

- b. Penderita TB Paru BTA negatif dengan rontgen positif
- c. Penderita TB Ekstra Paru.

Berat Badan (Kg)	Tahap Intensif: Tiap hari selama 56 hari RHZE (150/ 75/ 400/ 275)		Tahap Lanjutan: 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/ 150)	
	30 –37	2 tablet 4 KDT		2 tablet 2 KDT
38 –54	3 tablet 4 KDT		3 tablet 2 KDT	
55 –70	4 tablet 4 KDT		4 tablet 2 KDT	
>70	5 tablet 4 KDT		5 tablet 2 KDT	

Tabel 2.1. Dosis untuk paduan OAT KDT untuk kategori 1

2. OAT Kategori 2 (2HRZES/ HRZE/ 5H3R3E3)

Tahap intensif diberikan selama 3 bulan yang terdiri dari 2 bulan dengan HRZE dan suntikan Streptomisin setiap hari dari UPK. Dilanjutkan 1 bulan dengan HRZE setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan tiga kali dalam seminggu. Dosis paduan OAT KDT untuk kategori 2 dijelaskan dalam table 2.2. Obat kategori 2 diberikan untuk:

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

Berat badan (Kg)	Tahap intensif: tiap hari RHZE (150/ 75/ 400/ 275) + S		3 kali seminggu RH (150/ 150) + E (400)	
	Selama 56 hari	Selama 28 hari		
30-37	2 tablet 4 KDT Streptomisin inj. + 500 mg	2 tablet 4 KDT	2 tablet 2 KDT 2 tab Etambutol	
38-54	3 tablet 4 KDT + 750 mg Streptomisin inj.	3 tablet 4 KDT	3 tablet 2 KDT + 3 tab Etambutol	
55-70	4 tablet 4 KDT + 100 mg Steptomisin inj.	4 tablet 4 KDT	4 tablet 2 KDT + 4 tab Etambutol	
>70	5 tablet 4 KDT + 1000 mg streptomisin inj.	5 tablet 4 KDT	5 tablet 2 KDT + 5 tab Etambutol	

Tabel 2.2. Dosis untuk paduan OAT KDT untuk kategori 2

3. OAT Sisipan (HRZE)

Bila pada akhir tahap intensif pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 atau penderita BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2 hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, maka diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan. Dosis OAT KDT untuk pengobatan sisipan dijelaskan dalam table 2.3 sebagai berikut:

Berat badan (Kg)	Tahap Intensif Tiap hari selama 28 hari RHZE (150/ 75/ 400/ 275)
30 –37	2 tablet 4 KDT
38 –54	3 tablet 4 KDT
55 –70	4 tablet 4 KDT
>70	5 tablet 4 KDT

Tabel 2.3. Dosis OAT KDT untuk sisipan

2.1.3. *Direct Observed Treatment Short-course* (DOTS)

Istilah DOTS dapat diartikan sebagai pengawasan langsung menelan obat jangka pendek setiap hari oleh Pengawas Menelan Obat (PMO). Program ini bertujuan untuk mencapai angka kesembuhan yang tinggi, mencegah putus berobat, mengatasi efek samping obat jika timbul dan mencegah resistensi (Permatasari, 2005).

Kerangka kerja di atur dalam lima komponen strategi DOTS, terdiri dari (Kemenkes RI, 2011):

1. Komitmen pemerintah dalam memberikan dukungan.
2. Penemuan kasus TB dengan pemeriksaan mikroskopik.
3. Pemberian obat jangka pendek yang diawasi secara langsung dan ketat.
4. Pengadaan OAT (obat anti TBC) secara berkesinambungan.
5. Pengawasan serta pencatatan dan pelaporan yang memenuhi standar.

Sebagai upaya dalam pengendalian TB, di tingkat global Stop TB Partnership sebagai bentuk kemitraan global mendukung negara-negara untuk meningkatkan upaya pemberantasan TB, mempercepat penurunan angka kematian dan kesakitan akibat TB serta penyebaran TB di seluruh

dunia. Stop TB Partnership telah mengembangkan rencana global pengendalian TB tahun 2011-2015 dan menetapkan target dalam pencapaian tujuan Pembangunan Milenium untuk TB. Target yang ditetapkan oleh Stop TB Partnership sebagai tonggak pencapaian utama yaitu menurunkan 50% prevalensi dan mortalitas dengan setidaknya 70% orang terinfeksi TB dapat terdeteksi dengan strategi DOTS dan 85% diantaranya dinyatakan sembuh (Kemenkes RI, 2011).

2.2. Kepatuhan

2.2.1. Definisi Kepatuhan

Kepatuhan (*compliance* atau *adherence*) merupakan sikap yang dimiliki terkait sejauh mana pasien mengikuti instruksi-instruksi atau saran medis yang dianjurkan. Terkait dengan terapi obat, kepatuhan pasien digambarkan dengan kesesuaian antara riwayat dosis yang sebenarnya dengan rejimen dosis yang diresepkan (Hayati, 2011). Tingkat kepatuhan terhadap terapi jangka panjang untuk penyakit kronis di negara berkembang diperkirakan kurang dari 50%. Rendahnya tingkat kepatuhan terhadap terapi jangka panjang menimbulkan sebuah masalah kritis dalam kesehatan masyarakat baik dari segi kualitas hidup maupun ekonomi kesehatan (WHO, 2003).

Hal-hal penting yang harus dipahami terkait dengan kepatuhan adalah sebagai berikut (WHO, 2003):

1. Pasien harus mendapat dukungan yang adekuat dari keluarga, lingkungan dan petugas kesehatan.
2. Rendahnya angka keberhasilan pengobatan dan meningkatnya biaya dalam perawatan kesehatan merupakan konsekuensi dari ketidakpatuhan terhadap terapi jangka panjang.
3. Meningkatkan kepatuhan pasien dapat meningkatkan keamanan pasien dari beberapa resiko seperti efek samping, toksisitas, kekambuhan yang intens, ketergantungan dan resistensi.

4. Kepatuhan menjadi faktor yang penting dalam menentukan pencapaian suatu sistem kesehatan.
5. Meningkatkan kepatuhan dapat menjadi cara yang paling efektif dalam menangani masalah kesehatan kronis.
6. Sistem kesehatan harus terus dikembangkan agar dapat menangani berbagai tantangan baru.
7. Pendekatan secara multidisiplin merupakan cara terbaik dalam menyelesaikan masalah kesehatan.

Kepatuhan dalam konteks pengobatan TB paru dapat diartikan sebagai sikap pasien dalam mengikuti saran medis yang dianjurkan dalam penggunaan OAT seperti keteraturan pasien minum obat, kesesuaian antara dosis obat yang ditentukan dan yang diminum, kesesuaian frekuensi minum obat, ketepatan waktu minum obat, ketepatan waktu untuk datang mengambil obat, kontrol dan memeriksakan dahak ke unit pelayanan kesehatan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan (Hayati, 2011). Program pengendalian TB paru berfokus terutama pada pasien yang gagal atau pasien yang tidak melanjutkan pengobatannya selama setidaknya dua bulan. Walaupun tingkat kegagalan relatif mudah untuk ditentukan namun indikator yang lebih akurat mengenai ketidakpatuhan lebih sulit untuk dinilai (Osterberg & Blaschke, 2005). Ketidakpatuhan dapat digambarkan dengan (Boogard, Boeree, Kibiki, & Aarnoutse, 2011):

1. Tidak memakan obat sama sekali.
2. Putus obat.
3. Tidak mengikuti resep obat yang dianjurkan termasuk tidak mengambil obat tepat waktu, atau mengonsumsi obat kurang atau lebih dari semestinya.

Perlu dipahami bahwa dalam meningkatkan kepatuhan pasien, dukungan menjadi faktor yang sangat penting. Pasien juga harus mengerti tentang konsekuensi dari ketidakpatuhan terhadap terapi jangka panjang, yaitu tidak tercapainya tujuan terapi dan meningkatnya biaya

pelayanan kesehatan. Untuk itu, memperbaiki kepatuhan pasien merupakan intervensi terbaik dalam penanganan suatu penyakit kronis secara efektif (WHO, 2003).

2.2.2. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Kegagalan pengobatan TB yang terjadi di negara berkembang diakibatkan oleh hilangnya motivasi klien, kurang informasi mengenai penyakit dan efek samping OAT, masalah ekonomi, sulitnya transportasi, faktor sosiopsikologis, salah alamat, komunikasi yang kurang baik antara klien TB paru dengan petugas kesehatan (Masniari, Priyanti, & Aditama, 2007). Berikut berbagai faktor yang mempengaruhi kepatuhan penderita dalam menjalani proses pengobatan, diantaranya:

1. Pengetahuan dan persepsi klien

Pengetahuan pasien mengenai penyebab penyakit, aturan minum obat, lamanya waktu pengobatan serta persepsi mengenai berbagai objek terkait dengan tindakan yang akan diambil terbukti memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kepatuhan pengguna obat anti TB. Hal ini disebabkan oleh besarnya motivasi pasien untuk sembuh dari penyakit yang dideritanya. Kurangnya pemahaman pasien mengenai pentingnya pengobatan serta konsekuensi yang mungkin muncul sebagai akibat pemakaian obat yang tidak benar menjadi alasan utama dari ketidakpatuhan dalam proses pengobatan. Pasien biasanya hanya diberi sedikit informasi, sehingga pasien akan mengembangkan pemahaman dan harapan dari sudut pandang mereka terhadap pengobatannya (Apriani, Fasich, & Athijah, 2010).

2. Dukungan

Dukungan sosial juga termasuk hal yang penting dalam mewujudkan sikap yang positif dari pasien terhadap terapinya. Umumnya individu akan lebih percaya atau memberikan respon yang positif terhadap individu lain yang memiliki hubungan erat dengannya (Hendiani, Sakti, & Widayanti, 2012). Keluarga merupakan orang terdekat yang perannya sangat dibutuhkan dalam memperhatikan pengobatan

anggota keluarganya, sehingga keluarga harus memberikan dukungan agar penderita dapat menuntaskan proses pengobatannya (Pare, Amiruddin, & Leida, 2013).

3. PMO

PMO sebagai salah satu komponen DOTS berfungsi untuk menjamin kepatuhan penderita dalam menyelesaikan proses pengobatannya. PMO harus mampu memberikan penyuluhan, mendorong, mengingatkan dan mengawasi penderita dalam mengkonsumsi obat (Sukmah, Mahyudin, & Suarniati, 2013). Sehingga dengan kata lain tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh PMO akan mempengaruhi perilaku penderita TB paru untuk patuh berobat (Rohmana, Suhartini, & Suhenda, 2014).

4. Petugas Kesehatan

Sikap petugas kesehatan untuk selalu mengingatkan penderita agar selalu mengkonsumsi obat sesuai dosis dan waktu yang telah dianjurkan dan mengingatkan buruknya dampak dari ketidakpatuhan (Sukmah, Mahyudin, & Suarniati, 2013).

5. Motivasi

Motivasi penderita TB paru juga dapat dipengaruhi oleh adanya dorongan, keinginan untuk berobat, dukungan dari keluarga, masyarakat maupun petugas kesehatan, serta keinginan untuk melakukan sesuatu yang lebih baik (Prasetya, 2009)

6. Efek samping obat

TB paru dapat disembuhkan dengan kepatuhan penderita terhadap pengobatan yang dilakukan selama enam bulan, namun banyak pasien yang gagal untuk menyelesaikannya. Hal ini diakibatkan oleh efek samping yang ditimbulkan sehingga membuat pasien merasa tidak nyaman. Aturan penggunaan obat yang rumit juga menimbulkan rasa malas bagi pasien untuk menjalani proses pengobatan. Selain itu pasien menganggap dirinya sudah sembuh setelah memulai pengobatan dalam beberapa waktu, sehingga pasien

berhenti minum obat sebelum waktu yang telah ditetapkan (Kondoy, Rombot, Palandeng, & Pakasi, 2014). Hal ini dibuktikan dalam penelitian yang dilakukan oleh Sukmah, Mahyudin, & Suarniati (2013) yang menemukan adanya hubungan yang signifikan antara efek samping obat OAT dengan kepatuhan pasien TB paru menjalani pengobatannya. Alasan lain terkait dengan pengobatan yaitu rasa bosan yang diakibatkan lamanya proses pengobatan dan jarak yang jauh antara rumah dengan pelayanan kesehatan umum.

2.2.3. Penilaian Kepatuhan

Kepatuhan dapat diukur dengan menggunakan dua definisi yaitu definisi yang berorientasi pada hasil dan definisi yang berorientasi pada proses pengobatan. Definisi kepatuhan yang berorientasikan pada hasil menggunakan hasil akhir pengobatan sebagai indikator kesuksesan, seperti tingkat kesembuhan. Sedangkan kepatuhan yang berorientasi pada proses menggunakan variabel-variabel seperti penepatan janji untuk bertemu (petugas kesehatan dan pasien), pengambilan obat, penggunaan obat dan waktu pengecekan dahak sebagai ukuran kepatuhan (WHO, 2003). Penilaian kepatuhan terhadap regimen pengobatan telah dilakukan sejak masa Hippocrates melalui catatan apakah pasien meminum obatnya atau tidak. Hingga kini laporan mandiri (*patient's self reports*) dapat dengan mudah digunakan dan dikaji secara efektif. Metode dalam mengkaji kepatuhan terdiri dari metode pengkajian langsung dan tidak langsung (Osterberg & Blaschke, 2005).

Penilaian kepatuhan secara langsung biasanya dilakukan dengan mendeteksi ada atau tidaknya obat di dalam plasma atau urin. Pemeriksaan urin untuk mendeteksi isoniazid mulai banyak digunakan karena sangat sensitif, spesifik dan mudah untuk dilakukan. Namun penilaian secara langsung tidak dapat menangkap pola ketidakpatuhan, dan hanya mengungkapkan periode penggunaan obat (Boogard, Boeree, Kibiki, & Aarnoutse, 2011). Kelemahan lainnya yaitu besarnya biaya

yang diperlukan dalam melakukan pemeriksaan dan memberatkan petugas kesehatan (Osterberg & Blaschke, 2005).

Penilaian kepatuhan secara tidak langsung dengan menggunakan kuesioner terstandarisasi dan menghitung jumlah obat dapat mengungkapkan periode penggunaan obat yang lebih lama (Boogard, Boeree, Kibiki, & Aarnoutse, 2011). Cara lainnya yaitu menanyakan mengenai kemudahan dan kesulitan yang penderita hadapi dalam menjalani proses pengobatan, pengakjian respon klinik, memastikan pasien mengambil obat kembali sesuai jadwal yang ditentukan, dan menggunakan monitor medikasi elektronik. Metode pengambilan obat secara berulang secara keseluruhan merupakan cara yang efektif dalam mengkaji kepatuhan. Informasi objektif yang telah tersedia dapat digunakan untuk menilai apakah patuh terhadap regimen pengobatan dan diperkuat dengan respon pasien terhadap pertanyaan atau kuesioner (Osterberg & Blaschke, 2005).

Walaupun metode di atas mudah untuk dilakukan, terdapat beberapa kelemahan yang dapat muncul seperti adanya kemungkinan pasien menukar atau membuang obat sebelum melakukan kontrol atau mengambil obat agar tampak mengikuti rejimen pengobatan dengan baik. Selain itu, metode penghitungan pil tidak memberikan informasi apakah pasien meminum obat tepat pada waktunya (Osterberg & Blaschke, 2005). Penilaian perilaku kepatuhan secara akurat dibutuhkan dalam keefektifan dan keefisienan rencana pengobatan serta sebagai jaminan terhadap perubahan dalam hasil pengobatan. Namun demikian hingga kini belum ada "standar emas" untuk mengkaji perilaku kepatuhan dan beberapa strategi dilaporkan telah digunakan dalam menilai kepatuhan. Namun tidak satupun strategi telah dianggap optimal dalam menilai kepatuhan. Pendekatan dengan lebih dari satu metode yang mengkombinasikan antara *self reporting* dan penilaian secara objektif merupakan cara yang lebih baik yang dapat digunakan dalam menilai perilaku kepatuhan (WHO, 2003).

2.3. Dukungan Keluarga

2.3.1. Definisi dukungan keluarga

Friedman (1998) mengungkapkan bahwa dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Biswas (2010) menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu bagian dari dukungan sosial. Dukungan sosial merupakan bentuk dukungan yang bermanfaat dan diperoleh oleh individu dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga individu tersebut merasa diperhatikan, dihargai dan dicintai oleh orang lain (Cohen & Sme dalam Harnilawati, 2013).

Keluarga merupakan instansi perawatan kesehatan pertama dan merupakan mikrostruktur yang paling signifikan mengenai representasi seseorang terhadap definisi dan pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan atau proses penyakit (Freitas, *et al.*, 2012). Keluarga memiliki pengaruh yang besar dalam kehidupan seseorang. Terlebih dalam hal kesehatan. Keluarga dapat berperan aktif dalam melindungi anggota keluarganya yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Selain itu, pengetahuan keluarga tentang sehat dan sakit juga mempengaruhi perilaku keluarga dalam menyelesaikan masalah kesehatan keluarga (Efendi & Makhfudli, 2009).

Keluarga dapat menjadi sumber dukungan sosial bagi anggota keluarga lainnya dalam menyelesaikan masalah kesehatan (Hendiani, Sakti, & Widayanti, 2012). Keluarga inti memiliki dua peran utama, yaitu sebagai sumber dukungan dan asisten dalam coping individu terhadap penyakit dan penyelesaian pengobatan pasien TB paru. Telah ditekankan dalam strategi DOTS, sebagai alat dalam menjamin keteraturan terapi farmakologi dan sebagai teknologi dalam memantau perilaku minum obat, pasien disupervisi oleh seorang tenaga kesehatan profesional, anggota keluarga, dan bahkan relawan komunitas selama

proses terapi pengobatan TB (Freitas, *et al.*, 2012). Dukungan keluarga yang diterima penderita TB dipengaruhi oleh penilaiannya terhadap peran keluarga dalam mendorong kesembuhan. Terlebih lagi perannya sebagai PMO, keluarga harus selalu memberikan motivasi dan semangat agar penderita dapat meraih kesembuhannya (Hendiani, Sakti, & Widayanti, 2012).

2.3.2. Manfaat dukungan keluarga

Manfaat dari dukungan sosial yang adekuat terbukti dapat menurunkan mortalitas, mempercepat proses hospitalisasi, serta meningkatkan fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Harnilawati, 2013). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Craig, *et al.*, 2007) yang mengatakan bahwa pasien TB yang kurang mendapatkan dukungan sosial seperti tunawisma, alkoholik ataupun tinggal sendiri, cenderung menjalani proses hospitalisasi yang lebih lama.

Manfaat lain dari dukungan sosial dikemukakan oleh Putri, Wahiduddin, & Arsyad (2014) dalam penelitiannya yang menyatakan bahwa dukungan sosial yang berasal dari keluarga berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita TB paru, dan juga oleh Subhakti, Arnelawati, & Erwin (2012) dalam penelitiannya yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan keteraturan pasien TB paru dalam melakukan kontrol ulang di Puskesmas di Sidomulyo.

2.3.3. Jenis dukungan keluarga

Penelitian yang dilakukan oleh Pare, Amiruddin, & Leida (2013) menunjukkan bahwa pasien yang tidak menjalani proses pengobatan secara teratur merupakan pasien yang tidak mendapatkan dukungan keluarga yang cukup daripada pasien yang mendapatkan dukungan yang baik dari keluarganya. Hal ini dikarenakan keluarga merupakan orang terdekat yang perannya sangat dibutuhkan dalam memperhatikan

pengobatan anggota keluarganya, sehingga keluarga harus memberikan dukungan agar penderita dapat menuntaskan proses pengobatannya. Umumnya keluarga memberikan dukungan dalam bentuk berupa motivasi agar berobat secara teratur, bantuan dana untuk kehidupan sehari-hari, serta bantuan transportasi untuk pasien TB paru. Terdapat empat jenis dukungan keluarga menurut Friedman (1998), antara lain:

1. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai penyebar informasi, yaitu menjelaskan tentang pemberian nasehat, pengarahan, ide-ide atau informasi yang dapat digunakan untuk menanggulangi suatu masalah. Pemberian informasi yang adekuat mengenai strategi DOTS menjadi tugas penting keluarga yang berperan sebagai PMO.

2. Dukungan penilaian

Keluarga bertugas sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, dan penghargaan. Bimbingan, umpan balik, dan penghargaan tersebut dapat memberi semangat kepada pasien TB paru dalam menyelesaikan proses pengobatannya.

3. Dukungan instrumental

Keluarga memberikan pertolongan praktis dan konkrit, yang berarti keluarga bertanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan dan kesehatan anggota keluarganya seperti makan, minum, obat, serta pencegahan terhadap penularan TB kepada anggota keluarga lain.

4. Dukungan emosional

Keluarga menjadi sumber rasa aman dan damai bagi penderita untuk beristirahat dan mejalani pemulihan, serta membantu penderita untuk menguasai emosi. Dukungan emosional yang diberikan meliputi kepercayaan, simpatik, empati, cinta, dan penghargaan.

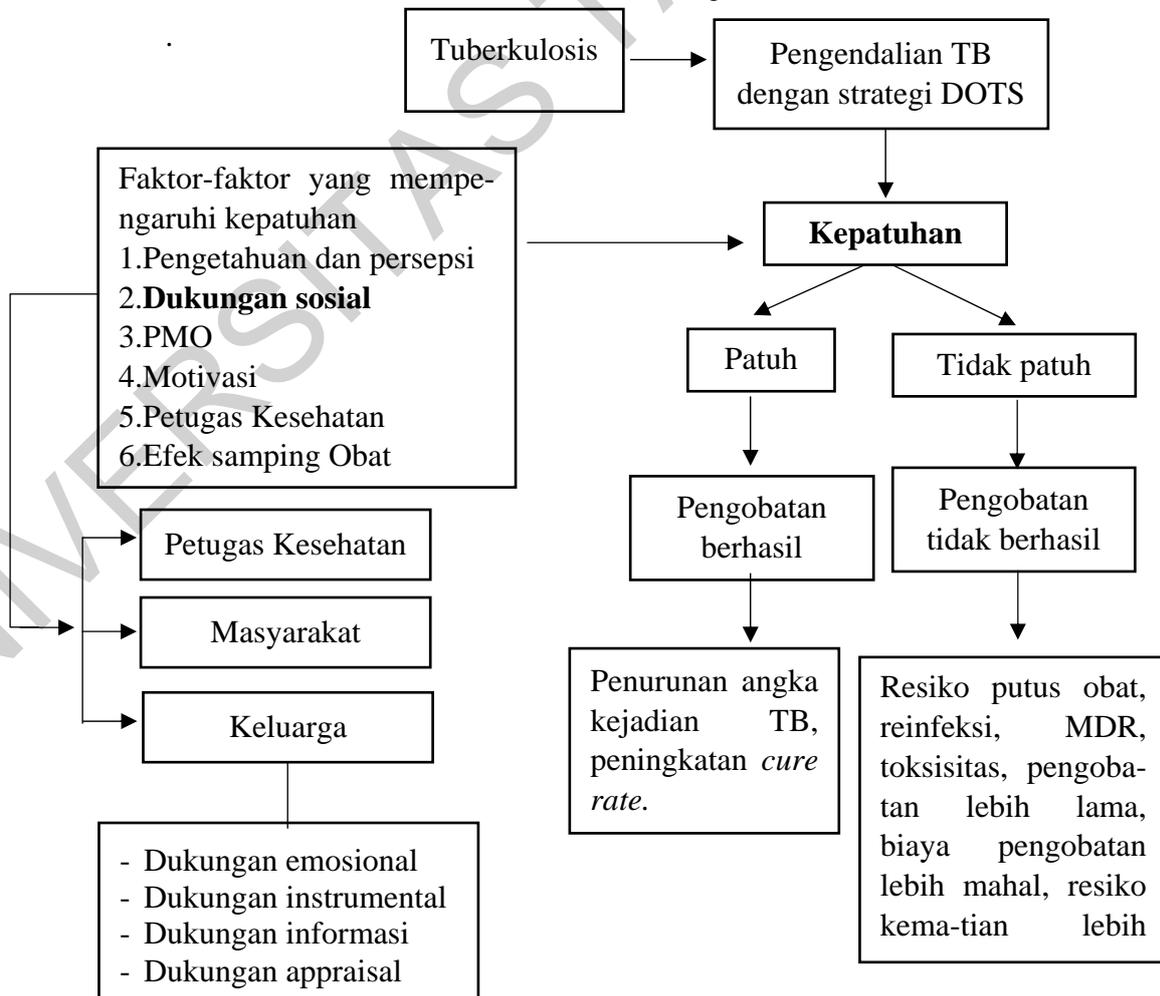
2.3.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Friedman (1998) menjelaskan bahwa dukungan keluarga dipengaruhi oleh beberapa hal. Besarnya ukuran suatu keluarga dapat mempengaruhi besarnya dukungan yang diterima oleh penderita dari

keluarganya. Penderita yang berasal dari keluarga kecil akan cenderung menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak yang berasal dari keluarga besar. Selain itu, usia dari orang tua berperan dalam besarnya dukungan, karena orang tua yang masih muda cenderung tidak peka atau kurang bisa mengenali kebutuhan anaknya, serta memiliki sifat egosentris yang lebih besar. Faktor lainnya yang turut mempengaruhi seperti keadaan sosial ekonomi yang meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan dan tingkat pendidikan. Keluarga dengan kelas sosial menengah memiliki tingkat dukungan, afeksi, dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada keluarga dengan kelas sosial bawah.

2.4. Kerangka Teori

Skema 2.1 Kerangka Teori



UNIVERSITAS TANJUNGPURA

2.5. Hipotesis

Ho : Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga sebagai PMO terhadap tingkat kepatuhan penderita TB paru dalam menjalani proses pengobatan di UP4 Provinsi Kalimantan barat.

UNIVERSITAS TANJUNGPURA