

EFEKTIVITAS KEBERADAAN PENGAWAS MINUM OBAT (PMO) TERHADAP KETERATURAN MINUM OBAT FASE INTENSIF PENDERITA TUBERKULOSIS PARU

Desmawati¹, dan Agustina

Program Studi Keperawatan, FIKES UPN "Veteran" Jakarta
Jl. R.S. Fatmawati Pondok Labu Jakarta Selatan – 12450
Telp. 021 7656971

Abstract

The Government provides the effective drug manual to kill bacteria of tuberculosis within a short time, that is nearly six months treatment by applying the DOTS strategy to the patients for free. In Kebayoran Baru area, the case increased from 2009 to 2011 which is caused by the irregular consumption of drug—one of the failures of the Lung Tuberculosis Programs. Since 1995, WHO recommends to apply the DOTS the program accompanied by the observer. It has been applied in Kebayoran Baru area, however, the importance of giving information on Tuberculosis therapy during the intensif phase is much unknown yet. The desain of this study is crosssectional with the total sample of 64. The sample were the Lung Tuberculosis sufferers whose age is 17 years or above who pass the intensive phase of the DOTS therapy. This research uses bivariate analysis by applying Chi-Square. The result indicates that there is any significant correlation between the existence of the treatment observer with the regularity of taking medicine during the intensive phase for lung Tuberculosis Sufferer ($p=0,000$). The study concludes that the availability of treatment observer is keenly recommended in the Community Health Center, Kebayoran Baru.

Key Words: *Treatment observer, regulate oTook medicine, intensive phase, lung tuberculosis Sufferer*

PENDAHULUAN

Penyakit Tuberculosis paru (TB paru) sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, sebagai penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan penyakit pernafasan akut. TB Paru ialah pembunuh nomor satu di antara penyakit menular. Di negara berkembang kematian TB Paru mencapai 25% dari seluruh kematian, yang sebenarnya dapat dicegah. Diperkirakan 95% penderita TB Paru berada di negara berkembang, 75% penderita TB Paru ialah kelompok usia produktif (15-50 tahun) sehingga menyebabkan gangguan ekonomi keluarga dan menurunkan produktifitas kerja (Aditama, 2002). WHO menyatakan bahwa sekitar 1,9 milyar manusia, sepertiga penduduk dunia ini, telah terinfeksi kuman TB Paru. Setiap detik ada satu orang yang terinfeksi TB Paru di dunia ini, dan dalam dekade mendatang diperkirakan 300 juta orang akan terinfeksi TB Paru. Setiap tahunnya sekitar 4 juta penderita baru TB Paru menular di dunia. Di tahun 2000 di seluruh dunia muncul lebih dari 10,2 juta penderita baru TB Paru dan 3,5 juta orang meninggal setiap tahunnya akibat penyakit ini (Aditama, 2002).

WHO mencanangkan kedaruratan global penyakit TB Paru pada tahun 1993, karena pada sebagian besar negara di dunia penyakit TB Paru tidak dapat dikendalikan. Banyak penderita yang tidak berhasil disembuhkan terutama penderita menular (BTA positif). TB Paru juga membunuh kurang lebih 1 juta wanita/tahun. Kematian ini 2 kali lebih besar dari pada kematian akibat kehamilan dan persalinan (Depkes RI, 2002).

Penyakit TB Paru di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan yang serius, data Program Pemberantasan TB Paru (P2TB) menunjukkan adanya peningkatan kasus TB Paru dari tahun ketahun. TB Paru merupakan penyakit yang mengganggu sumber daya manusia dan umumnya menyerang kelompok masyarakat dengan nilai sosial ekonomi rendah, penyakit menular dengan cepat pada orang yang rentan dan daya tahan tubuh lemah. Peningkatan kasus dan kematian TB Paru antara lain karena tidak diobati,

¹ Kontak Person : Desmawati
ProgdI Keperawatan, FIKES UPNV Jakarta
Telp. 021 7656971

tidak mengerti telah terinfeksi basil TB Paru, juga karena cakupan yang rendah, atau cakupan tinggi tapi hasil pengobatan rendah serta adanya kasus-kasus baru akibat transisi demografi (Girsang, 2002).

Indonesia merupakan penyumbang TB Paru terbesar ketiga di dunia setelah India dan China. Tahun 1999, WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TB Paru dengan kematian karena TB Paru sekitar 140.000. WHO telah memperkenalkan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*) sebagai pendekatan terbaik untuk penanggulangan TB Paru. Sampai saat ini Program Penanggulangan TB Paru (P2TB) dengan strategi DOTS belum merata menjangkau seluruh Puskesmas. Demikian juga Rumah Sakit pemerintah, swasta dan unit pelayanan kesehatan lainnya (Depkes RI, 2002). Keberhasilan pelaksana strategi DOTS ditentukan oleh tingginya angka kesembuhan dan angka konversi, serta ditentukan oleh besarnya penemuan kasus. WHO telah mencanangkan bahwa untuk dapat menurunkan prevalansi TB Paru sebesar 50% dicapai penemuan cakupan penderita secara bertahap hingga mencapai 70% dari semua perkiraan penderita baru BTA positif yang ditemukan, angka konversi minimal 80% angka kesalahan laboratorium maksimal 5% (Depkes RI, 2001).

Kendala meliputi kegagalan pengobatan TB Paru salah satu diantaranya adalah karena adanya berbagai hambatan antara lain non medik. Hambatan medik berasal dari penyakit, penyebab penyakit, pemberian dan pemakaian obat. Sedangkan hambatan non medik berupa pendidikan rendah, kurang pengetahuan dan perhatian terhadap penyakit yang dideritanya, kebersihan perorangan (*hygiene*), pengaruh sosial budaya, kemiskinan, kelambatan mendeteksi penyakit, serta kendala dari pihak petugas berupa dedikasi dan pengawasan berobat (*case holding*). Semua hal tersebut merupakan hambatan dan penyebab kegagalan dalam pengobatan dan pemberantasan TB Paru (Mangunegoro, 1992).

Dalam program penanggulangan TB Paru dan strategi DOTS ini, diagnosa ditegakkan melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopik langsung yang bertujuan juga untuk menilai kemajuan pengobatan dan menentukan tingkat penularan. Pemeriksaan ini dilakukan dengan tiga spesimen dahak, secara mikroskopik merupakan yang paling efisien, mudah dan murah sehingga hampir semua unit laboratorium dapat melaksanakannya (Depkes RI, 2001).

Salah satu dari komponen DOTS ialah pengobatan paduan Obat Antituberculosis (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang Pengawas Menelan Obat (PMO) yang mengawasi ditelan tidaknya obat tersebut. Dalam hal ini maka sangat penting penyuluhan atau pendidikan mengenai penyakit dan keteraturan berobat yang diberikan kepada penderita, keluarga dan lingkungan. Ketidak teraturan berobat akan meyebabkan timbulnya masalah resistensi obat ganda (*Multi-drug-resistence* disingkat MDR).

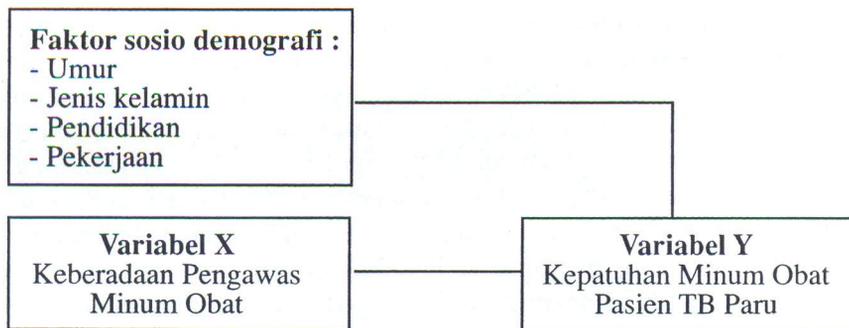
Puskesmas kebayoran baru masih menemukan adanya penderitanya yang putus obat, dan belum ada penelitian dilakukan terkait hal ini. Tahun 2008 dan 2010 ada peningkatan angka pasien berobat ke Puskesmas kebayoran baru, pasien yang bukan termasuk wilayah kerja Puskesmas Kebayoran Baru tetap dilayani karena mereka merasa lebih dekat berobat ke Puskesmas Kebayoran Baru.

Terinspirasi dari kondisi tersebut mendorong peneliti untuk melakukan penelitian dengan judul Efektivitas Pengawas Minum Obat terhadap Kepatuhan Minum Obat penderita TB Paru Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan.

Berdasarkan latar belakang masih adanya angka ketidak sembuhan penderita TB Paru karena putus obat Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan sebanyak 5 % selama periode 2 tahun terakhir yaitu Januari 2008 sampai Januari 2010. Berfluktuasinya kunjungan pasien TB paru selama tahun 2011 yaitu 109 orang pada bulan Januari, 155 orang pada bulan Februari, 200 pada bulan Maret, 125 pada bulan April dan 104 pada bulan Mei 2011. Ketidak sembuhan penderita TB Paru karena kejadian putus obat (*drop out*) sesudah menjalani pengobatan secara intensif, ataupun penemuan kasus baru pada Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan ini, maka peneliti tertarik untuk mengetahui Efektivitas Pengawas Minum Obat terhadap Kepatuhan Minum Obat penderita TB Paru Puskesmas Kebayoran Baru Jakarta Selatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan studi kuantitatif. Penelitian ini melihat efektivitas pengawas minum obat terhadap kepatuhan Minum Obat pasien TB Paru di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan.



Gambar 1. Kerangka Konsep

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan selama bulan Juni-Oktober 2011. Populasi sasaran dalam penelitian ini adalah pasien rawat jalan yang termasuk wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan yang menderita TB Paru yang datang berobat secara teratur dan tercatat pada buku register.

Sample penelitian ini ialah penderita TB Paru yang menjalani pengobatan TB Paru pada buku register, yang berobat secara teratur dalam dua bulan awal pengobatan atau akhir fase intensif di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan.

Pengambilan sampel dilakukan terhadap semua pasien tuberculosi paru yang teregistrasi di Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru, *total sampling* yang sudah melewati fase intensif sebanyak 64 pasien.

Alat pengumpulan data pada penelitian ini ialah instrument berupa kuesioner yang dibuat oleh peneliti dengan mengacu pada kerangka konsep. Kuesioner berisi tentang data penderita TB paru dan karakteristik penderita menjalankan pengobatan, kuesioner yang diberikan bersifat pertanyaan tertutup dengan bentuk kuesioner skala *rating* responden diminta untuk membaca dengan teliti kuesioner yang diberikan dan menjawab tanda cross (X) pada pilihan yang sesuai dengan responden.

Setelah pengumpulan data, langkah selanjutnya yang harus dilakukan ialah pengolahan data yang bertujuan untuk mengetahui secara jelas sifat-sifat yang dimiliki oleh data yang telah dikumpulkan.

HASIL

Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru terletak di Jalan Iskandarsyah Raya No. 105 Kebayoran Baru Jakarta Selatan. Wilayah kerjanya terdiri dari 10 Puskesmas Kelurahan yaitu: Puskesmas Kelurahan Kramat Pela, Puskesmas Kelurahan Rawa Barat, Puskesmas Kelurahan Gunung, Puskesmas Kelurahan Cipete Utara, Puskesmas Kelurahan Gandaria Utara 1, Puskesmas Kelurahan Gandaria Utara 2, Puskesmas Kelurahan Petogogan, Puskesmas Kelurahan Pulo, Puskesmas Kelurahan Selong, dan Puskesmas Kelurahan Senayan.

Pasien Tb paru yang berobat ke Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan ada sekitar 82 pasien. Pasien yang sudah melewati fase intensif adalah 64 orang. Semua pasien yang sudah melewati fase intensif dijadikan sebagai responden pada penelitian ini. Berarti total sampling adalah 64 orang.

Hasil Univariat

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Jakarta Selatan dari tanggal 16 Juli s/d 12 September 2011. Berikut ini disampaikan hasil penelitian dalam bentuk tabel 1.

Tabel 1.
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	%
Laki-laki	38	59,4
Perempuan	26	40,6
Total	64	100

Sumber: Hasil Penelitian

Dari tabel 1 di atas terlihat bahwa lebih dari 50% penderita TB paru adalah laki-laki.

Tabel 2.
Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	%
Tinggi	30	46,9
Rendah	34	53,1
Total	64	100

Sumber: Hasil Penelitian

Dari tabel 2 di atas terlihat bahwa lebih dari 50% pendidikan responden adalah pendidikan rendah.

Tabel 3.
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi	%
17-20 tahun	5	7,8
> 20-40 tahun	27	42,2
> 40-65 tahun	29	45,3
> 65 tahun	3	4,7
Total	64	100

Sumber: Hasil Penelitian

Dari tabel 3 di atas terlihat bahwa pasien banyak pada usia 20-65 tahun.

Tabel 4.
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi	%
Sopir	5	7,8
Karyawan	20	31,25
Tidak Bekerja	22	34,37
Pedagang	5	7,81
Wiraswasta	34	6,25
Guru	1	1,56
Baby Sitter	1	1,56
Buruh	4	6,25
Office Boy	1	1,56
Mahasiswa	1	1,56
Total	64	100

Sumber: Hasil Penelitian

Dari tabel 4 di atas terlihat bahwa pasien yang tidak bekerja (ibu rumah tangga, menganggur, dll) adalah sebanyak 34,37%, kemudian menyusul karyawan (31,25%).

Tabel 5.
Efektivitas Keberadaan PMO dengan Keteraturan Minum Obat Pasien
Tuberculosis Paru di Wilayah Puskesmas Kecamatan Kebayoran Baru Tahun 2011

Keberadaan PMO	Teratur Berobat		Tidak Teratur Berobat		Total P-Value	
	n	%	n	%	n	%
Ada	57	95	3	5	60	100
Tidak Ada	0	0	4	100	4	100
Total	57	89,1	7	10,9	64	100

Sumber: Hasil Penelitian

Dari tabel 5 di atas terlihat bahwa dari 60 pasien yang punya PMO, 95% teratur minum obatnya, sedangkan

5% tidak teratur. Dari 4 pasien yang tidak punya PMO, semuanya (100%) tidak teratur minum obat. Hasil uji kai-Kuadrat didapatkan p-value 0,000 menunjukkan keberadaan pmo menunjukkan ada hubungan dengan keteraturan minum obat pasien tuberculosis paru di wilayah kerja Puskesmas Kebayoran baru.

PEMBAHASAN

Kepatuhan dalam menjalankan aturan pengobatan bagi penderita TB Paru sangat penting untuk dapat mencapai kesembuhan yang optimal sehingga penularan kemasyarakatan dapat dihindari (Becker, 1979 dikutip dari Kyngas H, 2000) dalam Widagdo 2002.

Sedangkan kepatuhan dalam pengobatan penderita TB adalah keteraturan penderita TB dalam mengikuti tata cara tahapan proses pengobatan. Tata cara tahapan pengobatan didasarkan aturan (regimen) pengobatan yang ditetapkan dalam buku petunjuk pengobatan kedalam kategori patuhan tidak patuh. Dikatakan patuh jika berobat secara teratur selama waktu 6 bulan dalam 2 fase pengobatan.

Usaha yang dilakukan supaya pasien teratur minum obat adalah PMO. Hal ini sesuai dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*) sebagai pendekatan terbaik untuk penanggulangan TB Paru, Salah satu dari komponen DOTS ialah pengobatan paduan Obat Antituberculosis (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya keefektifan PMO dengan keteraturan minum obat (p-value =0,000). Lebih dari dua pertiga yang menjadi PMO pada penelitian ini adalah keluarga pasien, selain itu adalah tetangga dan tenaga kesehatan. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, 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.

Jenis kelamin responden pada penelitian ini lebih dari separoh penderita Tb paru adalah laki-laki (59,4%). Hasil ini sejalan dengan pendapat bahwa Penyakit TB Paru cenderung lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki dibanding perempuan, karena merokok tembakau dan minum alkohol sehingga dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh, jadi lebih mudah terpapar dengan agent penyebab TB Paru (Aditama, 2002). Azwar a. (1999) menyatakan kesembuhan lebih cenderung terjadi pada perempuan karena tingkat kesadaran berobat lebih baik dari pada laki-laki.

Hasil penelitian ini didapatkan usia pasien 21-40 tahun adalah 42,2%, 41-65 tahun adalah 45,3%. Penyakit TB Paru paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif (15-50) tahun. Dewasa ini dengan terjadinya transisi demografi menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut lebih dari 55 tahun sistem imunologis seseorang menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit tuberculosis (Fakultas Kedokteran USU, 2002). Penelitian Zuarida 1999, menyimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antar umur dengan kegagalan pengobatan TB Paru, disebutkan juga bahwa penderita yang berumur >45 tahun mempunyai kemungkinan kegagalan pengobatan lebih besar jika dibandingkan dengan penderita <45 tahun. Akan tetapi Mahfudin 1995, mendapatkan tidak ada hubungan bermakna antara umur dengan kesembuhan. Menurut Aditama 2002, pada negara-negara maju angka kematian akibat tuberculosis pada kelompok umur 15-44 tahun ternyata lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki.

Penelitian ini didapatkan lebih dari separoh pendidikan responden rendah (53,1%). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Sumiyeti (1993) mengatakan sebagian besar penderita tb paru mempunyai pendidikan SD (50%). Menurut Sulih (1991) proporsi penderita yang pendidikan tinggi (61,11%) ternyata tidak patuh berobat.

Pada penelitian ini didapatkan responden yang yang tidak bekerja (ibu rumah tangga, menganggur dll) adalah sebanyak 34,37%, kemudian menyusul karyawan (31,25%), sisanya bekerja sopir, pedagang dan lain-lain. Hasil ini didukung oleh hasil penelitian berikut bahwa penderita tuberculosis paru yang tidak bekerja mempunyai peluang lebih besar untuk gagal dalam pengobatan (adanya faktor ekonomi) jika dibandingkan penderita yang bekerja. Penelitian Zuarida, 1999 menyimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara pekerjaan dengan kegagalan pengobatan tuberculosis. Penderita tuberculosis paru yang tidak bekerja mempunyai peluang lebih besar untuk gagal dalam pengobatan (adanya faktor ekonomi) jika dibandingkan penderita yang bekerja

SIMPULAN

Usaha yang dilakukan supaya pasien tuberculosis paru teratur minum obat adalah PMO. Hal ini sesuai dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short Course*) sebagai pendekatan terbaik untuk penanggulangan TB Paru, Salah satu dari komponen DOTS ialah pengobatan paduan Obat Antituberculosis (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya keefektifan PMO dengan keteraturan minum obat, lebih dari separoh penderita Tb paru adalah laki-laki, usia produktif, rata-rata pasien tidak bekerja, yang lainnya bekerja sebagai karyawan, sopir, pedagang, guru, dan mahasiswa. Lebih dari separoh pendidikan responden rendah. Namun penelitian lain melaporkan proporsi penderita yang pendidikan tinggi ternyata tidak patuh juga berobat. Hal ini Menunjukkan pentingnya penyuluhan dan pengawasan pengobatan. Penyuluhan untuk memberikan pengertian dan pemahaman pada pasien bahwa tuberculosis paru dapat sembuh dengan minum obat teratur. Keteraturan minum obat membutuhkan seorang yang bisa mengawasi atau mengingatkan pasien setiap kali minum obat, sehingga kesembuhan pasien dengan tuberculosis paru bisa menjadi kenyataan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama., Tjandra Y., 2002, *Tuberkulosis Diagnosis, Terapi Dan Masalahnya*, Edisi 4, Yayasan IDI, Jakarta.
- Afifi, A.A, Clark, v, 1984, *Computer-aided Multivariate Analysis*, Van Nostrand Reinhold Co, New York.
- Azwar A., 2000, *Pengantar Epidemiologi*, Penerbit buku Bina Aksara, Jakarta
- Bambang, 1990, *Pengaruh Lingkungan Sosial Terhadap Penderita TB paru Dalam*: Misnadiarly, et al.(eds) Majalah Kesehatan Masyarakat.
- Departemen Kesehatan RI, 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Depkes RI. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2006. *Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi 2, cetakan pertama. Depkes RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2007. *Profil Pengendalian Penyakit dan Penyehatan lingkungan 2006*. Depkes RI, Jakarta.
- Green, LW et al, 1980. *Health Education Planning: A Diagnosting Approach*, Mayfield Publishing Company first Ed 1980, p.12-17.
- Hastono P, Susanto, 2006. *Basic Data Analysis for Health Research*. FKM UI, Jakarta
- Mansjoer, Arif, dkk, 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Media Aesculapius, Jakarta
- Marlen Vree dkk, 2007. *Mortality and failure among tuberculosis patient who did not complete in Vietnam : cohort study*, BM (Public Health)
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta
- _____. 2005. *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta
- Purwanto, H, 1998. *Pengantar Perilaku Manusia untuk Keperawatan*, EGC, Jakarta
- Portney, L.G., and Watkins, M.P, 2000. *Foundation of clinical research application to practice*. 2nd ed. Penerbit Prentice Hall Health, New Jersey
- Sugiyono. 2001, *Statistik untuk penelitian*. Penerbit Alfabeta, Bandung