

**LEMBAR PENGESAHAN**

**Judul : Motivasi Pengobatan Pasien TB Paru Ditinjau dari Kader di  
Puskesmas Sentosa Baru Kota Medan Tahun 2023**

**Nama : Lovely Serepina Mulyana Manurung**

**NPM : 20000024**

**Dosen Pembimbing I**



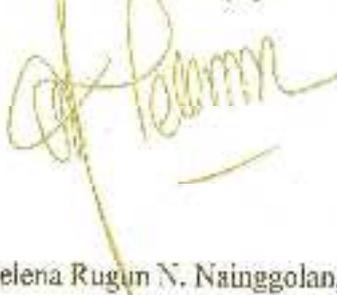
(dr. Novita Hasiani Simanjuntak, MARS)

**Dosen Pembimbing II**



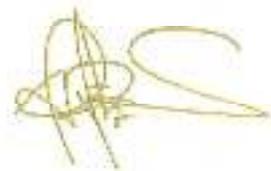
(dr. Heany Erina S. Ompusunggu, M.Biomed)

**Dosen Penguji**



(dr. Helena Rugun N. Nainggolan, MKT)

**Ketua program Studi Sarjana Kedokteran**



(dr. Ade Pryta Simaremare, M.Biomed)

**Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas HKBP Nommensen**



(Dr. dr. Leo J. Simanjuntak, Sp. OG)

## BAB I

### Pendahuluan

#### 1.1 LATAR BELAKANG

Mycobacterium menginfeksi 25% dari populasi penduduk, yang dimana sekitar 90% penderita TB menyerang orang dewasa dan sisanya adalah anak-anak. Asia Tenggara dan wilayah Pasifik barat merupakan penyumbang sebagian besar pengurangan kasus TB global, terhitung 84% pada tahun 2020, dan 99% pada tahun 2021. India, Indonesia, dan Filipina mengalami pemulihan yang signifikan di tahun 2021 meskipun tidak sekuat pada tahun 2019. 90% dari penurunan kasus global ini, 67% dari 3 negara teratas yaitu India, Indonesia dan Filipina terdiagnosis TB.<sup>1,2</sup>

Pada tahun 2022, Indonesia menyentuh 723.548 kasus<sup>3</sup> yang dimana ini meningkat dari tahun 2021 dengan 397.377 kasus. Jawa Timur, Jawa Barat dan Jawa Tengah merupakan tiga provinsi yang menyumbang 44% kasus TB di Indonesia di tahun 2021. Di Indonesia, 57,5% pasien TB adalah pria dan sisanya adalah wanita.<sup>2</sup>

Kejadian ini terjadi di setiap kabupaten/kota termasuk provinsi Sumatera Utara. Pada tahun 2020, kasus TB di Sumatera Utara mencapai 33.779 kasus.<sup>4</sup> Tetapi pada tahun 2021, kasus TB di Sumatera Utara menurun drastis menjadi 17.303 kasus.<sup>5</sup> Kemudian di tahun 2022, kasus TB di Sumatera Utara meningkat kembali menjadi 19.147 kasus.<sup>6</sup> Pada tahun 2021, Kota Medan memiliki 2.430 kasus TB.<sup>5</sup> Namun pada tahun 2022, Kota Medan memiliki 2.697 kasus TB.<sup>6</sup> Menurut survei pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, Puskesmas Sentosa Baru memiliki 389 pasien TB yang sedang menjalani pengobatan TB.

Adapun strategi untuk mengurangi kasus TB di dunia yaitu menggunakan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*)

yang telah direkomendasikan oleh WHO sejak tahun 1995. Tetapi mengingat kasus TB yang meningkat pada tahun 2022, tentunya program

DOTS tidak berjalan secara efektif. Hal ini disebabkan oleh kurangnya komitmen politik dan pendanaan yang memadai serta kurangnya organisasi pelayanan TB yang memadai, seperti kurangnya aksesibilitas di masyarakat.<sup>7</sup> Selain itu, penemuan kasus atau diagnosis yang tidak standar, penggunaan obat yang tidak sesuai standar, kurangnya pemantauan pengobatan, dan kurangnya pencatatan dan pelaporan yang standar menyebabkan pelaksanaan DOTS kurang efektif.<sup>8</sup>

Menurut Nawas dalam Ama, selain pelaksanaan DOTS yang tidak maksimal, ada beberapa faktor klinis yang menyebabkan pasien menjadi TB resistan obat diantaranya: terlambatnya diagnosis dan isolasi, penggunaan obat yang tidak tepat, mengisolasi pasien, kurangnya pengetahuan tentang tuberkulosis, serta pengobatan tidak lengkap.<sup>9</sup> Menurut Sutarno dalam Merani, secara umum, terdapat dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal, sementara salah satu faktor internal yang sangat penting adalah tingkat pengetahuan TB Paru yang mendukung keberhasilan pasien TB Paru dalam mengikuti pengobatan.<sup>10</sup>

Selain Pendidikan dan program DOTS, peran kader cukup berguna dalam pengurangan kasus TB yang ada di Indonesia. Menurut Depkes RI tahun 2009, kader mempunyai tugas yaitu menyampaikan pengetahuan dan informasi tentang penyakit TB, mempercepat identifikasi tentang penyakit TB dan kontak dengan penderita TB yang dimana ini dapat menunjang kesembuhan sakit TB.<sup>11</sup> Hal ini membuat peneliti tertarik untuk meneliti “Motivasi Pengobatan Pasien TB Ditinjau dari Kader di Puskesmas Sentosa Baru Kader Kota Medan Tahun 2023”.

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

Bagaimana Motivasi Pengobatan Pasien TB ditinjau dari Kader di Puskesmas Sentosa Baru Kota Medan?

### **1.3 TUJUAN PENELITIAN**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk melihat hubungan Kader dengan keberhasilan pengobatan pasien TB paru.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk melihat ada tidaknya Kader
2. Untuk melihat peran kader
3. Untuk melihat motivasi pasien.

### **1.4 MANFAAT PENELITIAN**

#### **1.4.1 Bagi Peneliti**

Manfaat penelitian ini bagi peneliti adalah untuk menambah wawasan serta pengetahuan mengenai peran Kader terhadap keberhasilan pengobatan TB.

#### **1.4.2 Bagi Tenaga Kesehatan**

Ada baiknya penelitian ini dapat berguna bagi tenaga kesehatan dalam menunjang proses pengobatan pasien TB dengan mengajak pasien yang telah sembuh dari TB untuk meningkatkan motivasi pasien TB dalam masa pengobatan.

#### **1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai sumber literatur dan referensi bagi mahasiswa kedokteran dan bidang kesehatan lainnya mengenai dukungan kader terhadap keberhasilan pengobatan TB.

## **BAB 2**

### **Tinjauan Pustaka**

#### **2.1 Tuberkulosis**

##### **2.2.1 Definisi TB paru**

Penyakit tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang paling umum menyerang organ paru-paru dan disebabkan oleh jenis bakteri tertentu. Penyakit ini menyebar melalui udara saat seseorang yang terinfeksi batuk, bersin, atau mengeluarkan ludah. Tuberkulosis dapat dihindari dan disembuhkan.<sup>12</sup>

Mereka yang terinfeksi namun tidak (belum) sakit tidak dapat menularkan penyakit ini. Penyakit TB umumnya diobati dengan antibiotik dan dapat berakibat fatal tanpa pengobatan.<sup>12</sup>

##### **3.2.2 Etiologi TB Paru**

Penyebab TB adalah *Mycobacterium tuberculosis*, sejenis patogen yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4  $\mu$ , lebar kuman 0,3-0,6  $\mu$ . Sebagian besar kuman terdiri atas asam lemak. Lipid inilah yang menyebabkan patogen lebih tahan asam dan lebih kuat terhadap gangguan kimia dan fisik. Patogen dapat hidup pada udara kering dan dingin. Hal ini terjadi karena patogen berada dalam keadaan dorman yang dapat aktif kembali dan menjadi TB aktif pada keadaan tertentu. Di dalam jaringan, bakteri ini hidup dalam sitoplasma makrofag sebagai parasit intraselular. Makrofag yang semula memfagositosis kuman menjadi disukai karena mengandung banyak lipid. Sifat lain kuman ini adalah aerob yang menunjukkan bahwa kuman lebih menyukai jaringan yang tinggi kadar oksigennya.<sup>13</sup>

Menurut penelitian Mitchison dalam Amin, bakteri *Mycobacterium tuberculosis* terbagi ke dalam empat populasi yaitu:

- a. Populasi A : kuman yang tumbuh dan berkembang dengan cepat. Populasi kuman terdapat pada dinding kaviti atau dalam lesi pH yang tidak asam maupun basa. INH, Rifampisin dan Streptomisin dapat bekerja dengan baik untuk membasmi populasi ini, tetapi INH memiliki efek lebih besar dibandingkan Rifampisin dan Streptomisin.<sup>13</sup>
- b. Populasi B : kuman tumbuh sangat lambat dan kuman ini berada dalam lingkungan yang asam. Lingkungan asam ini dapat melindungi kuman dari obat anti TB tertentu. Hanya pirazinamid yang dapat mengatasi populasi ini.<sup>13</sup>
- c. Populasi C : kuman berada dalam keadaan dorman hampir sepanjang waktu. Tetapi terkadang kuman memiliki metabolisme secara aktif dalam waktu yang singkat. Populasi kuman ini banyak terdapat pada dinding kaviti. Obat rifampisin dapat segera bekerja bila kontak.<sup>13</sup>
- d. Populasi D : kuman-kuman sepenuhnya bersifat dorman. Hal ini menyebabkan kuman tidak dapat terpengaruh OAT. Jumlah populasi kuman ini tidak jelas dan mekanisme pertahanan tubuh manusia itu sendirilah yang dapat membunuhnya.<sup>13</sup>

### **2.2.3 Patogenesis TB Paru**

Patogenesis tuberculosis dibagi menjadi dua yaitu:

#### **1. Tuberkulosis primer**

Kuman TB terhirup masuk ke saluran napas sampai alveoli, ia akan ditelan oleh makrofag dan berkembang biak di dalamnya. Dari sini kuman dapat terbawa masuk ke organ lain. Kuman yang bersarang di jaringan paru akan membentuk sarang TB kecil atau sarang pneumonia yang disebut sarang primer atau afek primer. Sarang primer ini dapat timbul di bagian manapun di dalam paru yang dimana jika masuk ke bagian pleura dapat terjadi efusi pleura. Akibat pembentukan sarang primer tersebut

dapat menimbulkan proses peradangan pada saluran getah bening sekitar afek primer menuju hilus (terjadi limfangitis lokal), kemudian diikuti dengan pembesaran getah bening hilus (terjadi limfadenitis regional). Afek primer bersama-sama dengan limfangitis lokal dan limfadenitis regional disebut sebagai kompleks primer.<sup>13</sup> Kompleks primer ini kemudian dapat menjadi :

- a. Sembuh total tanpa cacat. Ini banyak terjadi.<sup>13</sup>
- b. Sembuh dengan meninggalkan garis-garis fibrotik dan klasifikasi di hilus. Kejadian ini dapat terjadi pada pasien yang memiliki luas lesi pneumonia lebih dari 5 mm dan  $\pm 10\%$  diantaranya terjadi reaktivasi lagi yang disebabkan oleh kuman yang *dormant*.<sup>13</sup>
- c. Berkomplikasi dan menyebar. Ada 4 cara penyebaran : Menyebarkan ke area sekitarnya, melalui saluran bronkus pada paru-paru yang terkena dan juga paru-paru di sekitarnya. Bakteri juga bisa masuk ke dalam usus melalui dahak dan air liur sehingga menyebar ke sana, melalui sistem limfatik, ke organ tubuh lainnya, dan melalui peredaran darah, ke organ tubuh lainnya.<sup>13</sup>

## 2. Tuberkulosis postprimer

Individu yang pernah mengalami infeksi primer biasanya mempunyai mekanisme daya kekebalan tubuh terhadap basil TB., hal ini dapat terlihat pada tes tuberculin yang menimbulkan hasil reaksi positif. Jika orang sehat yang pernah mengalami infeksi primer mengalami penurunan daya tahan tubuh, ada kemungkinan terjadi reaktivasi basil TB yang sebelumnya berada dalam keadaan dorman. Reaktivasi biasanya terjadi beberapa tahun setelah infeksi primer. Penurunan daya tahan tubuh dapat disebabkan oleh bertambahnya umur (proses

menua), alkoholisme, defisiensi nutrisi, sakit berat, diabetes melitus dan HIV/AIDS.<sup>13</sup>

Tuberkulosis pasca-primer ini dimulai dengan sarang dini yang berlokasi di regio atas paru (bagian apical-posterior lobus superior atau inferior). Invasinya adalah ke daerah parenkim paru-paru dan tidak ke nodus hiler paru.<sup>13</sup> Sarang dini ini dapat menjadi :

- a. Absorpsi kembali yang terjadi dan sembuh tanpa meninggalkan kecacatan.<sup>13</sup>
- b. Sarang yang awalnya melebar, namun segera sembuh dengan pertumbuhan jaringan parut. Beberapa sarang menjadi keras, menyebabkan perubahan bentuk. Sarang awal yang melebar menjadi granuloma yang menghancurkan jaringan ikat di sekitarnya dan bagian tengahnya mengalami nekrosis, menjadi lembek dan membentuk jaringan seperti keju. Ketika jaringan seperti keju dikeluarkan, maka terbentuklah kavitas. Bentuk perkijuan lain yang jarang terjadi adalah penyebaran TB yang tersembunyi yang terjadi pada kondisi imunodefisiensi dan usia lanjut.<sup>13</sup>

Secara keseluruhan akan terdapat 3 jenis sarang yakni:

- a. Sarang yang telah sembuh dan tidak memerlukan pengobatan lagi.<sup>13</sup>
- b. Sarang aktif eksudatif. Sarang bentuk ini memerlukan pengobatan yang komprehensif dan menyeluruh.<sup>13</sup>
- c. Sarang yang berada antara aktif dan sembuh. Sarang bentuk ini dapat sembuh secara spontan, tetapi mengingat kemungkinan terjadinya eksaserbasi kembali, sebaiknya diberi pengobatan yang menyeluruh juga.<sup>13</sup>

#### 2.2.4 Penatalaksanaan TB Paru

Obat anti-tuberkulosis (OAT) adalah hal terpenting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari patogen penyebab TB.<sup>14</sup>

Terapi yang adekuat harus memenuhi prinsip:

- a. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.<sup>14</sup>
- b. Diberikan dalam dosis tepat.<sup>14</sup>
- c. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO yaitu pengawas menelan obat sampai selesai masa pengobatan.<sup>14</sup>
- d. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup terbagi dalam 2 tahap<sup>14</sup> :

##### 1. Tahap Awal

Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari Sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya dengan pengobatan secara tertaur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.<sup>14</sup>

##### 2. Tahap Lanjutan

Pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan. Durasi tahap lanjutan

selama 4 bulan. Pada fase lanjutan seharusnya obat diberikan setiap hari.<sup>14</sup>

Menurut WHO di keputusan Menteri Kesehatan, ini adalah tabel panduan obat standar untuk pasien TB kasus baru.<sup>14</sup>

**Tabel 2. 1 Fase Pengobatan TB**

Fase Intensif	Fase Lanjutan
RHZE (2 bulan)	RH (4 bulan)

### **2.2.5 Efek samping terkait OAT**

- 1) Isoniazid : Kenaikan enzim hati tanpa gejala (10-20%), hepatitis klinis (0,6%), kerusakan saraf perifer, reaksi alergi.<sup>15</sup>
- 2) Rifampisin : Gatal-gatal, mual dan muntah, gejala seperti flu, kerusakan hati, perubahan warna oranye pada cairan tubuh.<sup>15</sup>
- 3) Rifabutin : Penurunan jumlah sel darah putih, peradangan mata (uveitis) (0,01%), nyeri sendi, kerusakan hati (1%).<sup>15</sup>
- 4) Rifapentine : Sama dengan rifampisin.<sup>15</sup>
- 5) Pirazinamid : Kerusakan hati (1%), mual dan muntah, nyeri sendi (40%), artritis gout akut, ruam, dan dermatitis terhadap sinar matahari.<sup>15</sup>
- 6) Ethambutol : Peradangan saraf di belakang mata (18%).<sup>15</sup>

Satu hal penting dalam pengobatan TB adalah mengawasi dan memantau efek sampingnya dengan teliti. Sebagian besar efek samping tersebut dapat dikendalikan dengan pemantauan yang ketat atau penyesuaian dosis. Dalam beberapa kasus, pengobatan harus dihentikan dan pertimbangan untuk menggunakan terapi alternatif perlu dilakukan jika tidak ada pilihan lain yang tersedia.<sup>15</sup>

## **2.2 Motivasi**

Menurut Sardiman dalam Laka, motivasi berasal dari kata “motif” yang berarti sebagai daya upaya untuk mendorong seseorang agar dapat

melakukan sesuatu. Motif dapat dikatakan sebagai daya penggerak dari dalam dan di dalam subjek untuk melakukan aktivitas-aktivitas tertentu demi mencapai suatu tujuan. Sedangkan motivasi dapat didefinisikan sebagai daya penggerak yang telah aktif. Pada saat-saat tertentu seperti kebutuhan untuk mencapai tujuan dengan sangat mendesak, motif dapat menjadi aktif.<sup>16</sup> Menurut Sutarno dalam Sukmana, seseorang yang Tengah mengalami penyakit membutuhkan dorongan berobat sebagai elemen pokok dalam menentukan Tindakan kesehatannya. Dorongan berobat ini akan menjadi motivasi dalam diri pasien TB untuk berusaha mendapatkan pengobatan atas penyakitnya.<sup>17</sup>

## **2.3 Kader**

### **2.3.1 Definisi Kader**

Kader adalah anggota masyarakat yang dipilih dan terlatih sebagai kader di bidang kesehatan yang berada dibawah kepemimpinan puskesmas wilayah setempat. Kader akan bekerja sama dengan berbagai pihak seperti kelompok masyarakat, tokoh agama ataupun tokoh masyarakat untuk memberikan dukungan pada pasien. Kader yang terpilih dan terlatih akan melakukan kunjungan rumah bersama pendukung pasien dan petugas kesehatan untuk verifikasi alamat dan pendampingan untuk motivasi pasien dan mengingatkan pasien untuk melakukan pemeriksaan rutin ke rumah sakit serta akan mengunjungi pasien yang mangkir pengobatan. Hampir sama dengan pendukung pasien, kader juga dapat membantu pasien TB yang membutuhkan bantuan hukum untuk melaporkan hal-hal yang melanggar HAM.<sup>18</sup>

### **2.3.2 Kriteria Kader**

- a. Kader yang terlatih yang direkomendasikan puskesmas setempat.<sup>18</sup>
- b. Sudah berpengalaman sebagai kader yang bekerja di masyarakat /komunitas.<sup>18</sup>

- c. Berusia  $\leq 55$ , mampu berkomunikasi dengan baik dan aktif yang dimana kader memiliki telepon selular untuk memudahkan komunikasi antar kader dan pasien. <sup>18</sup>
- d. Dapat membaca dan menulis. <sup>18</sup>
- e. Sehat jasmani dan rohani serta bukan perokok. <sup>18</sup>
- f. Bersedia mengikuti pelatihan kader untuk pasien TB serta mau melakukan pendampingan dan/atau kunjungan rumah pasien sesuai jadwal yang telah ditentukan. <sup>18</sup>  
Mempunyai komitmen untuk memberi dukungan penuh kepada pasien, yang dituangkan dalam formulir “lembar komitmen” yang ditandatangani oleh kader. <sup>18</sup>
- g. Mempunyai komitmen untuk memberi dukungan penuh kepada pasien, yang dituangkan dalam formulir “lembar komitmen” yang ditandatangani oleh kader. <sup>18</sup>

### **2.3.3 Peran Kader**

- a. Melakukan kunjungan rumah untuk memverifikasi alamat, mengidentifikasi kontak, memberikan motivasi pada pasien dan menjadi pengingat pemeriksaan rutin pasien.
- b. Berkontribusi dalam penerapan penelusuran kontak keluarga pasien terkonfirmasi TB
- c. Memberikan penyuluhan dan edukasi kepada masyarakat tentang TB
- d. Menghadiri kunjungan rumah dengan supervisor dan staf puskesmas bagi pasien yang belum memulai pengobatan atau tidak berobat.
- e. Sebagai penghubung komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan di puskesmas satelit.
- f. Terhubung dengan pusat kesehatan setempat dan kelompok masyarakat, untuk kegiatan sosialisasi di masyarakat

- g. Melakukan encatatan dan pelaporan terkait layanan dukungan pasien TB dan kontak dengan puskesmas setempat dan tim komunitas yang terkena dampak.
- h. Bantuan kepada pasien TB yang membutuhkan bantuan hukum, pengalaman pelecehan, diskriminasi dan kekerasan di tempat kerja dengan lembaga bantuan hukum setempat dan/atau organisasi hak asasi manusia.<sup>18</sup>

#### **2.4 Kegiatan Pendampingan**

- a. Penyuluhan dan edukasi

Penyuluhan dan edukasi kepada masyarakat umum mengenai TB. Kegiatan ini dilakukan bersama dengan pendidik sebaya dan kader terlatih dengan fasyankes, PKK, Karang taruna, dan sebagainya.<sup>18</sup>

- b. Investigasi Kontak

Fasyankes dapat menginvestigasi pasien yang dibantu oleh pendukung pasien dan kader.<sup>18</sup>

- c. Kunjungan Rumah

Cara meningkatkan penemuan kasus TB adalah dengan kunjungan ke rumah-rumah Masyarakat.<sup>18</sup>

- d. Melakukan rujukan terduga ke fasyankes

Merujuk ke fasyankes adalah hal yang dilakukan setelah mengidentifikasi gejala TB. Hal ini dilakukan agar pasien mendapatkan edukasi dari petugas kesehatan dan layanan diagnosis yang tepat.<sup>18</sup>

- e. Pendampingan sebelum pengobatan

Dikarenakan keterbatasan jumlah pendamping, maka ada penilaian untuk menentukan kriteria pendampingan. Berdasarkan penilaian terbagi ke dalam 2 kriteria yaitu pasien dengan pendampingan maksimal dan pasien dengan pendampingan minimal. Kemudian ketika pasien didiagnosis TB, petugas kesehatan akan memberikan informasi lengkap

tentang penyakit, pengobatan, layanan yang dapat dijangkau, efek samping obat, dukungan sosio-ekonomi yang bisa didapatkan pasien. Tentunya tim komunitas menghindari stigma atau persepsi yang salah mengenai TB agar orang dengan TB tidak merasa sedih atau menolak untuk diperiksa. Pasien diberikan motivasi supaya pasien semangat untuk sembuh dan melakukan pengobatan dengan tepat dan teratur.

18

f. Pendampingan selama masa pengobatan

Pasien yang sudah memulai pengobatan TB masih terus diberi dukungan dikarenakan pengobatannya yang lama dan efek samping yang ditimbulkan selama terapi OAT sehingga pasien berisiko untuk putus obat.<sup>18</sup>

g. Pendampingan pasien mangkir

Pengobatan pasien TB wajib dipantau setiap hari. Apabila pasien tidak menjalankan pengobatan dalam waktu satu hari, maka petugas fasyankes akan menghubungi pasien dan keluarganya untuk memastikan pasien akan melanjutkan terapi OAT di esok harinya. Jika pasien tidak datang ke fasyankes dalam 3 hari berturut-turut, petugas fasyankes, bekerja sama dengan pendukung pasien akan mencari pasien mangkir. Ini yang disebut *early warning system* untuk melacak pasien *lost to follow up*.<sup>18</sup>

## 2.5 DOTS

DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*). DOTS adalah pemantauan pengobatan jangka pendek secara langsung. Pengelola program ini dapat mencari pasien yang belum mengikuti pengobatan dengan cara mendekteksi kasus melalui pemeriksaan mikroskopis. Berikutnya setiap pasien akan diobservasi oleh Pengawas Menelan Obat (PMO) saat mengkonsumsi obat dan obat apa saja yang dikonsumsi pasien.<sup>8</sup>

Menurut WHO, terdapat lima elemen dalam strategi DOTS, yaitu: Komitmen politik dari pemerintah untuk melaksanakan program TB nasional, diagnosa TB melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis, terapi TB menggunakan kombinasi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang diawasi langsung oleh Pengawas Minum Obat (PMO), kelangsungan pasokan OAT, pencatatan dan pelaporan menggunakan buku untuk mempermudah pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB. <sup>8</sup>

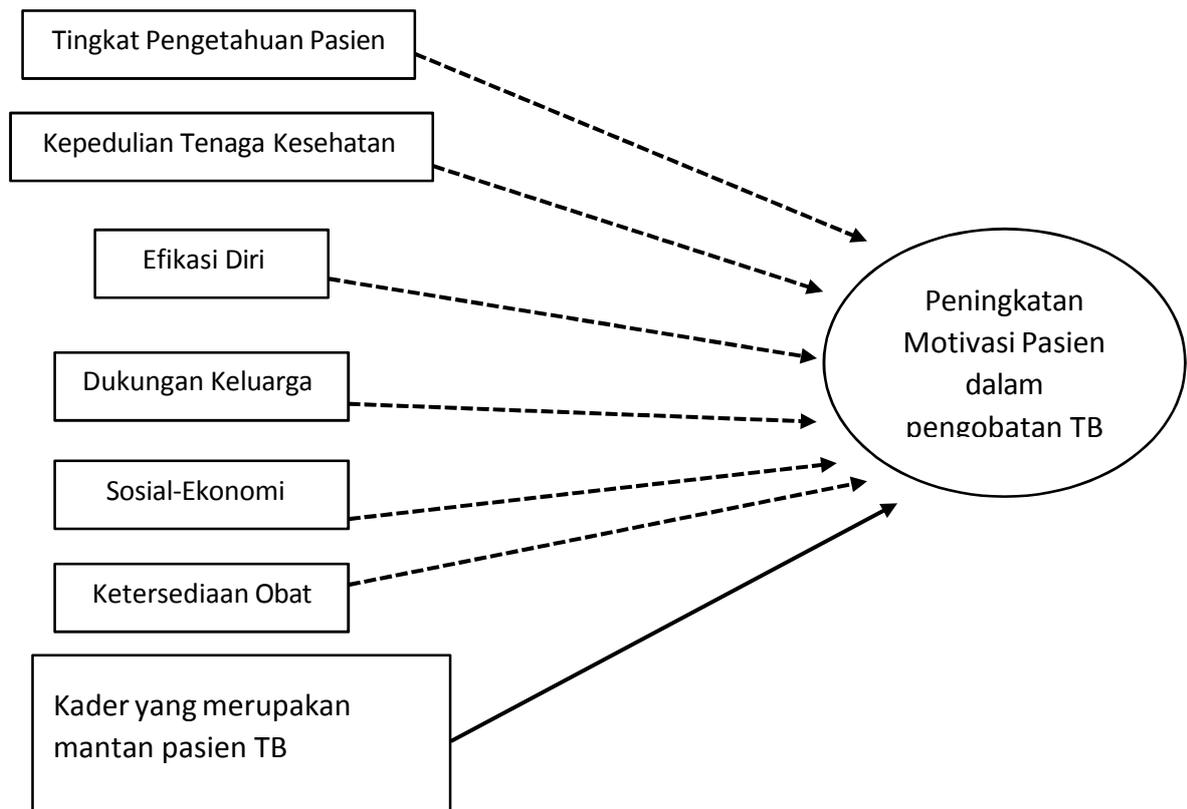
## 2.6 Kerangka Teori

Kotak : Variabel Bebas

Lingkaran : Variabel Terikat

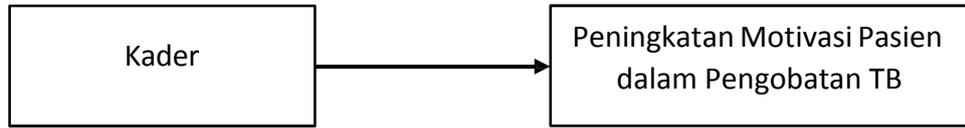
----- yang tidak diteliti

\_\_\_\_\_ : yang diteliti



**2.7 Kerangka Konsep  
Variabel Independen**

**Variabel Dependen**



## **BAB 3**

### **Metode Penelitian**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian *cross sectional* dengan menggunakan alat ukur kuisioner.

#### **3.2 Tempat dan Waktu Penelitian**

##### **3.2.1 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kota Medan pada Puskesmas Sentosa Baru Kota Medan.

##### **3.2.3 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan selama periode bulan September-Desember 2023.

#### **3.3 Populasi Penelitian**

##### **3.3.1 Populasi Target**

Populasi pada penelitian ini adalah pasien tuberkulosis paru.

##### **3.3.2 Populasi Terjangkau**

Populasi terjangkau pada penelitian ini adalah pasien tuberkulosis paru yang melakukan pengobatan di Puskesmas Sentosa Baru Kota Medan tahun 2023.

#### **3.4 Sampel dan Cara Pemilihan Sampel**

Sampel yang diambil pada penelitian ini adalah populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, dengan cara pemilihan sampel menggunakan *consecutive sampling*

#### **3.5 Teknik Pengambilan Sampel**

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan di penelitian ini adalah dengan *total sampling*. *Total sampling* adalah mengambil semua sampel ada dari populasi di Puskesmas Sentosa Baru. Jumlah responden sebanyak 92 responden

#### **3.6 Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

##### **3.6.1 Kriteria Inklusi**

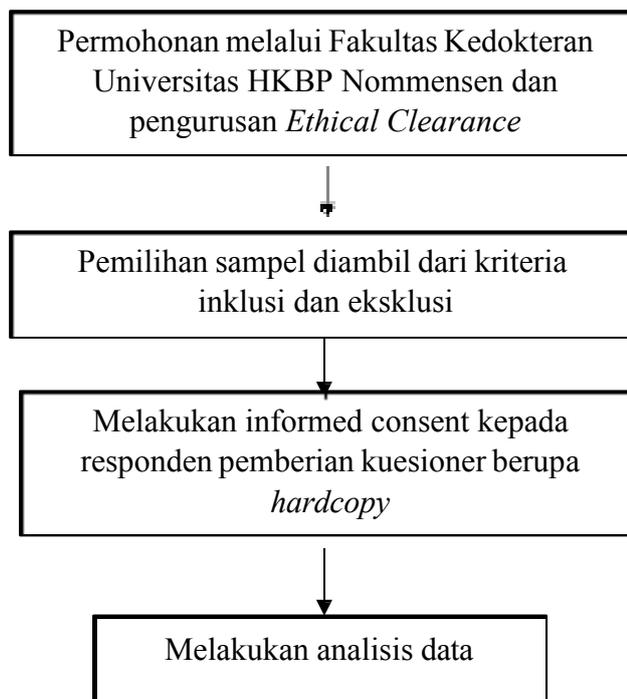
1. Pasien bersedia menjadi responden

2. Pasien TB paru yang sembuh
3. Pasien TB paru terdiagnosis bakteriologi
4. Pasien TB paru dengan pengobatan fase lanjutan
5. Pasien TB paru yang putus berobat atau engulang pengobatan
6. Pasien TB berusia 18-55 tahun

### 3.6.2 Kriteria Eksklusi

1. Pasien dengan gangguan jiwa.
2. Pasien terdiagnosis TB-RO

### 3.7 Prosedur Kerja



#### 3.7.1 Metode Pengambilan Data

Metode pengambilan data pada penelitian ini dilakukan dengan memberikan kuesioner pengetahuan pasien mengenai penyakit tuberkulosis (tingkat pengetahuan tentang TB, peran kader terhadap kemajuan pengobatan yang diisi responden melalui *hardcopy* kuisisioner).

### 3.7.2 Instrumen Penelitian

Instrument penelitian yang digunakan menggunakan kuesioner dari pertanyaan mengenai keinginan untuk sembuh, peran kader terhadap kemajuan pengobatan.

## 2.8 Identifikasi Variabel.

**Variabel Independen :** Kader

**Variabel Dependen :** Motivasi Pasien dalam pengobatan TB.

## 3.9 Definisi Operasional

**Tabel 3. 1 Definisi Operasional**

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Usia</b>	Usia responden	Kuisisioner	Kuisisioner	a. Anak : < 10 tahun b. Remaja : 10-19 tahun c. Dewasa : 20-44 tahun d. Pra lanjut usia : 45-59 tahun e. Lanjut usia > 60 tahun	Ordinal
<b>Ada/tidak Kader</b>	Kepemilikan kader dalam keberhasilan pengobatan TB paru	Kuisisioner	Kuisisioner dengan skor Memiliki = 1 Tidak memiliki = 0	a. Memiliki = 1 b. Tidak memiliki = 0	Ordinal
<b>Peran Kader</b>	Peran kader dalam keberhasilan	Kuisisioner	Kuisisioner dengan skor : Ya = 1	a. Baik $\geq 4$ b. Buruk < 3	Ordinal

	pengobatan TB paru		Tidak = 0		
<b>Motivasi</b>	Tingkat	Kuisisioner	Kuisisioner	a. Baik $\geq 15$	Ordinal
<b>Paien</b>	keinginan pasien untuk sembuh dari penyakit TB paru		dengan skor : Selalu = 3 Biasanya = 2 Terkadang = 1 Tidak Pernah = 0	b. Buruk $< 15$	

### 3.10 Analisa Data

Data yang didapatkan setelah dilakukan pengumpulan data akan di analisis menggunakan perangkat lunak dengan tahapan sebagai berikut :

#### 3.10.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk tujuan melihat distribusi proporsi dari peran pendamping keluarga dalam motivasi pasien untuk sembuh dan motivasi pasien untuk sembuh.

#### 3.10.2 Analisis Bivariat

Melihat kemaknaan dari hubungan antara variabel independent dan dependen. Oleh karena itu analisis bivariat yang digunakan adalah uji *fisher exact* dengan nilai kemaknaan 0,05 dikarenakan syarat dari *chi-square* yaitu berupa *expected count* maksimal 20% dari jumlah sel tidak terpenuhi. Intrepretasi pada uji *chi-square* yaitu :

Nilai  $p < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima (signifikan).

Nilai  $p > 0,05$ , maka  $H_0$  gagal ditolak (tidak signifikan).

