

Artikel asli

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINGKAT KETIDAKPATUHAN PENDERITA TUBERKULOSIS DALAM BEROBAT DI POLIKLINIK DOTS RSUP SANGLAH DENPASAR

I Made Bagiada, Ni Luh Putri Primasari
Bagian/SMF Ilmu Penyakit Dalam FK UNUD/RSUP Sanglah Denpasar
Email: madebagiada@yahoo.com

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is a major public health problem in the world, especially in developing countries such as Indonesia. It remains a major contributor to the global burden of disease and has received considerable attention in recent years, particularly in developing countries. In our country, there is a little information about factors that can predict the adherence of TB patients. The objective of this study was to know factors contributing in non-adherence TB patients in polyclinic DOTS RSUP Sanglah Denpasar. This study was a cross-sectional descriptive study of 15 adult newly diagnosed TB patients. Patients interviewed with questionnaires consist of demographic and reasons of their non-adherence for TB treatment. About 12 (80%) of TB patients were male. We didn't find much different in knowledge, work, educational status, and home distance among TB patients to influence the adherence of the patients. The most important factor influencing the adherence of TB patients were drug side effects. The drug side effects were gastritis and skin itch (found in 10 and 3 patient respectively). Another reason for non-adherence in TB treatment were over estimated and cost.

Adherence was one of the potential factors to increase cure rate in TB patients. Non-adherence not only decreasing cure rate in TB patients, but also as a risk for MDR TB. By determining inhibition factors in the treatment of TB patients, we can improve the effectiveness of TB treatment.

Keywords: adherence, tuberculosis, DOTS

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi menular langsung yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman ini paling sering menyerang organ paru dengan sumber penularan adalah pasien TB BTA positif.¹ Sampai saat ini TB masih menjadi masalah kesehatan yang utama diberbagai Negara di dunia. Setiap tahun tercatat 2 – 3 juta penduduk dunia meninggal akibat TB. Sejak tahun 1998, WHO mencanangkan TB sebagai *global emergency*.²

Indonesia sendiri adalah negara dengan prevalensi TB nomor 3 tertinggi setelah India dan Cina

dengan jumlah kasus baru sekitar 539.000 dan jumlah kematian sekitar 101.000 pertahun. Diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB di dunia, terjadi di negara-negara berkembang.¹

Walaupun telah diketahui obat-obat untuk mengatasi TB dan penyakit TB dapat disembuhkan dengan obat-obat TB, penanggulangan dan pemberantasannya sampai saat ini belum memuaskan. Angka *drop out* (mangkir, tidak patuh berobat) yang tinggi, pengobatan tidak adekuat, dan resistensi terhadap Obat Anti Tuberculosis (OAT) yaitu MDR TB merupakan kendala utama yang sering terjadi dalam pengendalian TB dan merupakan tantangan

terhadap program pengendalian TB.² MDR TB terjadi bila penderita putus berobat sebelum masa pengobatan selesai atau penderita sering putus-putus minum obat selama menjalani pengobatan TB.

Pengobatan TB membutuhkan waktu panjang (sampai 6 – 8 bulan) untuk mencapai penyembuhan dan dengan paduan (kombinasi) beberapa macam obat, sehingga tidak jarang pasien berhenti minum obat sebelum masa pengobatan selesai yang berakibat pada kegagalan dalam pengobatan TB. WHO menerapkan strategi DOTS (*Direct Observed Treatment Short course*) dalam manajemen penderita TB untuk menjamin pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung oleh seorang pengawas minum obat (PMO). Dengan strategi DOTS angka kesembuhan pasien TB menjadi > 85%. Obat yang diberikan juga dalam bentuk kombinasi dosis tetap (*fixed dose*) karena lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan. Walaupun demikian angka penderita mangkir untuk meneruskan minum obat tetap cukup tinggi.¹

Adasejumlahfaktorinteraksiyangmempengaruhi keputusan penderita untuk berhenti minum obat. Kepatuhan terhadap pengobatan tuberkulosis begitu kompleks, fenomenanya dinamis dengan berbagai faktor yang saling berinteraksi satu sama lain, sehingga berdampak pada keputusan pemilihan perilaku. Pendidikan hanya sedikit hubungannya dengan motivasi pasien untuk mengikuti pengobatan. Ketidapatuhan dapat diamati pada setiap pasien tanpa memandang status intelektualitas, sosial atau ekonominya.³

Kegagalan penderita TB dalam pengobatan TB dapat diakibatkan oleh banyak faktor, seperti obat, penyakit, dan penderitanya sendiri. Faktor obat terdiri dari panduan obat yang tidak adekuat, dosis obat yang tidak cukup, tidak teratur minum obat, jangka waktu pengobatan yang kurang dari semestinya, dan terjadinya resistensi obat. Faktor penyakit biasanya disebabkan oleh lesi yang terlalu luas, adanya penyakit lain yang mengikuti, adanya gangguan imunologis.⁴ Faktor terakhir adalah masalah penderita sendiri, seperti kurangnya pengetahuan mengenai TB, kekurangan

biaya, malas berobat, dan merasa sudah sembuh. Sebagian besar kasus mangkir yang didapatkan oleh Upke⁵ pada tahun 2007 disebabkan oleh faktor kekurangan biaya atau karena pasien sudah merasa sembuh, sehingga mengakibatkan pasien menjadi tidak patuh untuk melanjutkan pengobatan.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini merupakan suatu survei yang sifatnya deskriptif untuk melihat faktor yang mempengaruhi tingkat ketidapatuhan penderita TB dalam berobat pada poliklinik DOTS RSUP Sanglah Denpasar. Populasi terjangkau adalah penderita TB yang datang berobat ke poliklinik DOTS RSUP Sanglah Denpasar. Kriteria inklusi adalah penderita TB yang bersedia untuk ikut dalam penelitian ini setelah menandatangani *informed consent*. Kriteria eksklusi adalah penderita yang tidak bersedia untuk ikut dalam penelitian. Variabel bebas berupa umur, efek samping obat, *over-estimated*, biaya, jarak, edukasi yang adekuat dari petugas kesehatan, dan pendidikan. Sedangkan variabel tergantung adalah tingkat ketidapatuhan dalam berobat.

Definisi operasional variabel pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Umur: umur biologis dalam tahun, dewasa diatas 12 tahun
2. Efek samping obat: efek samping obat yang membuat penderita tidak nyaman setelah minum obat sehingga menghentikan pengobatan.
3. Pekerjaan: dikategorikan menjadi pegawai negeri, pegawai swasta, petani, wiraswasta, pelajar/mahasiswa, dan pengangguran.
4. *Over estimated*: setelah penderita merasa keluhan yang dirasakan berkurang, penderita cenderung untuk menghentikan pengobatannya.
5. Biaya: pengobatan TB yang cukup lama memerlukan biaya yang cukup banyak sehingga penderita menghentikan pengobatannya.
6. Jarak: dalam kilometer, dikategorikan menjadi < 1

km, 1 – 5 km, 6 – 10 km, 20 – 40 km, > 40 km.

7. Edukasi yang adekuat dari petugas kesehatan: disini dilihat peran dokter ataupun petugas kesehatan lainnya, apakah keterangan yang diberikan kepada pasien dapat dipahami dengan baik atau tidak oleh pasien.
8. Pendidikan: dikategorikan menjadi tidak sekolah/ tidak tamat SD, tamat SD, tamat SLTP/ sederajat, tamat SLTA/ sederajat, akademi/ perguruan tinggi.
9. Penderita menghentikan minum obat TB oleh penderita sendiri yang seharusnya diminum sampai masa pengobatan selesai.

Sampel diambil di Poliklinik DOTS RSUP Sanglah terhadap penderita yang menjalani pengobatan rawat jalan. Pengambilan sampel dilakukan dengan secara *consecutive sampling*. Penderita yang tercatat mangkir untuk melanjutkan pengobatan dicatat kemudian dicari sesuai dengan alamatnya atau dihubungi dengan telpon terlebih dahulu. Sebelum dimasukkan sebagai sampel, peneliti memberikan *informed consent* mengenai penelitian yang akan dilakukan. Setelah mendapatkan persetujuan dari pasien dengan menandatangani formulir *informed consent*, maka dilakukan wawancara terhadap pasien dengan memakai kuesioner yang telah disiapkan. Setelah data didapatkan, data kemudian disajikan dalam bentuk naratif dan tabel jumlah dan persentase. Pada penelitian ini tidak dilakukan analisis data.

HASIL

Dari penelitian ini didapatkan penderita TB yang berobat di Poliklinik DOTS RSUP Sanglah selama periode Januari – Desember 2006 sebanyak 272 orang (7,6%) dari 3621 orang penderita yang berobat ke poliklinik paru RSUP Sanglah.

Selama periode tersebut diemukan penderita yang tidak patuh dalam pengobatan sebanyak 36 orang penderita (12,9%). Dari 36 orang penderita yang berhasil didatangi sesuai dengan alamatnya adalah sebanyak

20 orang penderita (55,5%) sedangkan 16 orang penderita lainnya (44,5%) tidak berhasil ditemukan/ diwawancarai oleh karena alamat yang tercantum tidak jelas keberadaanya. Dari 20 orang penderita yang berhasil didatangi, sebanyak 5 orang penderita (25%) ternyata telah meninggal dunia (Tabel 1).

Tabel 1. Data dasar penelitian

Variabel	Jumlah (%)
Jumlah Pasien paru pertahun	3621
Pasien TB baru (Januari – Desember 2006)	272 (7,6)
Pasien mangkir	36 (12,9)
Berhasil diwawancarai	20 (55,5)
Tidak berhasil didatangi	16 (44,5)
Pasien mangkir yang meninggal	5 (25)

Penelitian ini mendapatkan penderita TB yang mangkir didominasi oleh kaum laki-laki (80%). Sedangkan dari kelompok umur, paling banyak pada kelompok umur muda antara umur 20 hingga 29 tahun (33,3%). Distribusi lebih lengkap dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Karakteristik penderita TB mangkir yang berhasil diwawancarai berdasarkan umur dan jenis kelamin

Umur (tahun)	Jenis kelamin		Total (%)
	Laki-laki	Perempuan	
20 – 29	4	1	5 (33,3)
30 – 39	3	1	4 (26,7)
40 – 49	1	1	2 (13,3)
50 – 59	0	0	0 (0)
>60	4	0	4 (26,7)
Total	12	3	15 (100)

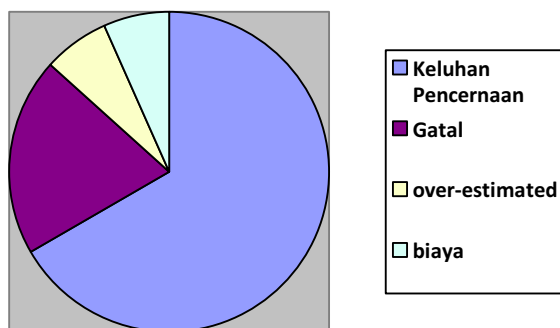
Karakteristik sosio-demografik penderita TB mangkir juga kami telusuri untuk menilai faktor ini. Dari 15 penderita TB mangkir tersebut, lebih dari setengahnya (53,3%) telah tamat SMA (4 penderita) dan perguruan tinggi atau sederajat (4 penderita). Sedangkan sisanya tidak sekolah (1 penderita), tamat SD (5 penderita), dan tamat SMP (1 penderita).

PEMBAHASAN

Dari segi pekerjaannya, penderita TB mangkir paling banyak bekerja sebagai wiraswastawan (5 orang). Masing-masing dua orang penderita berprofesi sebagai pelajar, pegawai swasta, dan tidak memiliki pekerjaan. Sisanya sebanyak 3 orang memiliki pekerjaan lain-lain. Sedangkan bila dilihat dari faktor adekuat atau tidaknya edukasi oleh petugas di poliklinik DOTS RSUP Sanglah, didapatkan edukasi yang adekuat pada sebagian besar kasus TB mangkir (86,7%).

Dilihat dari jarak antara fasilitas kesehatan, dalam hal ini poliklinik DOTS RSUP Sanglah dengan tempat tinggal pasien, didapatkan bahwa lebih dari setengahnya (53,3%) memiliki tempat tinggal yang berjarak kurang dari 10 km dari fasilitas kesehatan. Hanya seorang penderita yang memiliki tempat tinggal paling jauh dari fasilitas kesehatan (21 – 40 kilometer).

Setelah dilakukan wawancara lebih dalam mengenai alasan mangkir minum obat antituberkulosis, sebagian besar penderita (86,7%) mengeluhkan efek samping obat sebagai penyebabnya mangkir berobat. Sedangkan sisanya masing-masing 1 penderita mengungkapkan biaya dan *over-estimated* sebagai alasan mangkir berobat. Efek samping yang paling sering dikeluhkan oleh penderita TB mangkir adalah keluhan pada pencernaan (10 penderita). Sedangkan sisanya (3 penderita) mengeluhkan timbulnya gatal pada kulit setelah minum obat antituberkulosis (Gambar 1).



Gambar 1. Alasan mangkir berobat pasien TB di Poliklinik DOTS RSUP Sanglah Denpasar

Pada penelitian ini penderita TB paru yang mangkir untuk berobat 36 (12,9%) penderita. Angka ini cukup tinggi, angka yang baik adalah bila di bawah 5%. Tingginya angka ini bila kita bandingkan dengan penelitian lain tidak jauh berbeda yaitu masih di atas 5%, seperti misalnya, Reviono, Dwijani Embran, dan Dianinati KS di RS Persahabatan mendapatkan 9,73%.⁴ Somrat Lertmaharit⁶ pada penelitiannya menemukan 11% kepatuhan penderita TB untuk minum obat TB yang tergolong buruk. Dari 36 penderita mangkir 16 penderita tidak dapat didatangi hal ini dikarenakan alamat penderita yang tidak ditemukan, atau penderita ternyata sudah pindah alamat tetapi alamat yang baru tidak diketahui. Dari 20 penderita mangkir yang berhasil didatangi, didapatkan 5 orang penderita telah meninggal. Penderita meninggal ini ternyata tidak diketahui oleh Poliklinik DOTS RS Sanglah karena tidak adanya laporan penderita telah meninggal.

Dalam program TB nasional di Indonesia terdapat koordinasi di antara UPK (Unit Pelayanan Kesehatan). Setiap penderita TB yang mangkir mengambil obat OAT akan dilaporkan oleh UPK tersebut kepada wasor yang mewilayahi tempat tinggal penderita. Kemudian wasor melacak dan menemukan penderita yang mangkir tersebut secara dini.¹ Pada kenyataannya, wasor yang mendapatkan informasi tentang adanya penderita TB yang mangkir mengambil obat sering sekali tidak menemukan alamat penderita tersebut ketika mencarinya ke lapangan. Berbagai keadaan seperti alamat penderita yang tidak jelas sehingga tidak ditemukan atau penderita yang tidak dapat ditemui pada alamat yang tercatat merupakan kendala yang menyulitkan petugas UPK.

Penderita laki-laki lebih banyak yang mangkir. Angka ini mirip dengan penelitian-penelitian lain. Pada penelitian yang dilakukan di RS Persahabatan, dari seluruh pasien TB yang mangkir berobat, didapatkan perbandingan laki-laki dan perempuan sebanyak 65,52% : 34,48%.⁴ Somrat, Lertmaharit⁶

mendapatkan laki-laki memiliki kepatuhan yang lebih rendah dibandingkan perempuan. Kecenderungan laki-laki lebih tinggi untuk mangkir berobat kemungkinan karena laki-laki aktivitasnya lebih tinggi dalam sehari-harinya, serta laki-laki merupakan tulang punggung keluarga yang harus bekerja.

Pada penelitian ini pendidikan, pekerjaan, edukasi tentang TB, dan jarak rumah penderita dengan UPK tempat mengambil OAT rupanya tidak banyak bedanya pada masing-masing penderita. Pada penderita yang mangkir oleh karena efek samping obat, terlihat 13 penderita mangkir karena efek samping obat dan 2 penderita karena bukan efek samping obat (*over-estimated* dan biaya). Efek samping obat OAT yang terjadi adalah 10 penderita gastritis dan 3 penderita gatal-gatal pada kulit. Gastritis serta gatal-gatal pada kulit (belum dapat disingkirkan kemungkinan terjadinya reaksi anafilaktik) sebenarnya efek samping yang ringan dari OAT dan sebenarnya dapat ditangani sehingga penderita dapat melanjutkan minum obat OAT tanpa menghentikannya. Sangat disayangkan kejadian ini menyebabkan penderita tidak melanjutkan pengobatannya. Seandainya 13 penderita ini dapat dilacak dan ditemukan lebih dini sangat mungkin keadaan ini dapat diatasi dan dampaknya adalah pengurangan tingkat mangkir penderita yang cukup banyak.

Penelitian oleh Sinha dan Tiwari⁷ di distrik Raipur India, mendapatkan 33,38% dari 695 pasien TB mangkir berobat. Pada penelitian observasional berbasis komunitas ini juga dicari beberapa alasan yang melatarbelakangi ketidakpatuhan penderita ini. Alasan yang paling banyak dilontarkan oleh pasien-pasien ini adalah membaiknya kondisi dan berkurangnya keluhan penyakitnya atau yang dalam penelitian kami disebut *over-estimated* (34,48%). Selain itu ketakutan akan efek samping obat (20,26%) dan jauhnya jarak fasilitas kesehatan dengan tempat tinggal pasien (15,52%) juga dilaporkan sebagai alasan ketidakpatuhan ini.

Chan-Yeung, dkk.⁸ juga melakukan penelusuran mengenai kejadian mangkir berobat pada pasien TB

di Hongkong pada tahun 1996. Pada penelusuran dari 5757 rekam medis pasien, didapatkan 442 pasien (8%) yang mangkir berobat dengan berbagai alasan. Faktor risiko utama ketidakpatuhan ini berturut-turut adalah riwayat putus obat sebelumnya, jenis kelamin laki-laki, dan riwayat penyakit hati atau kanker paru. Penelitian ini memberikan aspek yang berbeda dari kejadian mangkir berobat TB. Hongkong, yang gagal menurunkan kejadian mangkir berobatnya dari satu dekade sebelumnya, melihat kondisi klinis pasien yang lebih berperan pada tidak berkurangnya kejadian mangkir berobat TB. Penelitian oleh Chan-Yeung ini tampak berbeda dengan hasil survei yang kami dapatkan di RSUP Sanglah.

Vietnam, sebagai salah satu negara tetangga Indonesia juga memiliki angka mangkir berobat TB yang serupa dengan Indonesia, yaitu sebesar 8,3%.⁹ Sedangkan apabila dibandingkan dengan angka yang kami dapatkan pada penelitian ini memang masih lebih tinggi dari penelitian di Vietnam. Alasan terbanyak yang dikemukakan pada penelitian di Vietnam memang sedikit berbeda dari penelitian kami. Pada penelitian di Vietnam, alasan mangkir berobat terbanyak (79%) berhubungan dengan pelaksanaan program nasional di negara tersebut, sedangkan sisanya berhubungan dengan kurangnya pengetahuan pasien akan penyakit tuberkulosis dan pengobatannya.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Pandit dan Choudhary¹⁰ di distrik Anand, India memberikan hasil yang serupa dengan penelitian ini. Beberapa faktor risiko ketidakpatuhan berobat tradisional seperti faktor sosio-demografik, waktu lama, jarak perjalanan ke fasilitas kesehatan, serta biaya pemeriksaan dan pengobatan bukan lagi merupakan kendala utama yang dikeluhkan pasien untuk berobat. Seperti halnya pada penelitian kami, toksisitas dan efek samping obat menjadi alasan utama mangkir berobat pada penelitian oleh Pandit dan Choudhary.

Kasus mangkir berobat TB ini memang merupakan masalah yang dihadapi oleh semua negara sedang berkembang dalam menerapkan

strategi pengobatan TB. *International Standards for Tuberculosis Care* (ISTC) juga telah mengatur mengenai hal ini, seperti yang tertuang pada standar 9 dari standar internasional ini. Untuk membina dan menilai kepatuhan berobat, pendekatan pemberian obat yang berpihak kepada pasien, berdasarkan kebutuhan pasien dan rasa saling menghormati antara pasien dan penyelenggara kesehatan, seharusnya dikembangkan untuk semua pasien. Pengawasan dan dukungan dilakukan sensitif terhadap jenis kelamin dan spesifik untuk berbagai usia. Pemanfaatan berbagai intervensi yang direkomendasikan serta layanan pendukung yang tersedia, termasuk konseling dan penyuluhan pasien juga mutlak diperlukan.¹¹

Elemen utama dalam strategi yang berpihak kepada pasien adalah penggunaan cara-cara menilai dan mengutamakan kepatuhan terhadap paduan obat dan menangani ketidakpatuhan, bila terjadi. Cara-cara ini seharusnya dibuat sesuai keadaan pasien dan dapat diterima oleh kedua belah pihak, yaitu pasien dan penyelenggara pelayanan. Cara-cara ini mencakup pengawasan langsung menelan obat (*directly observed therapy* - DOT) oleh pengawas menelan obat yang dapat diterima dan dipercaya oleh pasien dan sistem kesehatan.

KESIMPULAN

Kepatuhan adalah salah satu faktor potensial untuk meningkatkan kesembuhan penderita TB dan ketidak patuhan disamping menurunkan tingkat kesembuhan penderita juga merupakan ancaman terhadap terjadinya MDR TB. Menemukan faktor-faktor yang berperan dalam menghambat penyembuhan penderita TB akan memperbaiki efektivitas pengobatan TB.

DAFTAR RUJUKAN

1. Depkes RI. Pedoman nasional penanggulangan tuberculosis. Jakarta: Depkes RI; 2008.p.1-72.
2. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programs. 3rd ed. Geneva: WHO; 2003.p.1-15.
3. Addington WW. Patient Compliance: The most serious remaining problem in the control of tuberculosis in the United States. CHEST 1979;76(6):741-9.
4. Amin Z and Bahar A. Tuberkulosis paru. In: Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam. 4th ed. Jakarta: Pusat penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2006.p.1005-9.
5. Upke S. Tuberculosis patients' reasons for defaulting on tuberculosis treatment: a need for a practical patient-centered approach to tuberculosis management in primary health care. SA Fam Pract 2007;49(6):17-21.
6. Somrat L, Lertmahait S. Factors associated with compliance among tuberculosis patients in Thailand. J Med Assoc Thai 2005;88(suppl.4): S149-56.
7. Sinha T, Tiwari S. DOTS compliance by tuberculosis patients in District Raipur (Chhattisgarh). Online J Health Allied Scs 2010;9(3):12-9.
8. Chan-Yeung M, Noertjojo K, Leung CC, Chan SL, Tam CM. Prevalence and predictors of default from tuberculosis treatment in Hong Kong. Hong Kong Med J 2003;9(4):263-8.
9. Buu TN, Lönnroth K, Quy HT. Initial defaulting in the National Tuberculosis Program in Ho Chi Minh City, Vietnam: a survey of extent, reasons and alternative actions taken following default. Int J Tuberc Lung Dis 2003;7(8):735-41.
10. Pandit N, Choudhary SK. A Study of treatment compliance in directly observed therapy for tuberculosis. Indian J Comm Med. 2006;31(4):241-3.
11. Tuberculosis coalition for technical assistance. International Standard For Tuberculosis Care (ISTC). New York: WHO; 2006.p.1-19.