

HUBUNGAN KEPATUHAN MINUM OBAT DENGAN KUALITAS HIDUP PENDERITA Tb MDR di POLI Tb MDR RSUD ARIFIN AHMAD PEKANBARU

Dian Purnama Sari¹, Darwin Karim², Juniar Ernawaty³

Program Studi Ilmu Keperawatan

Universitas Riau

Email: dianbeb88@gmail.com

Abstract

Multiple Drug Resistance Tuberculosis is Mycobacterium Tuberculosis which is minimally resistant to rifampicin and isoniazid, both of them are very important drugs in medication of Tb that are applied to the DOTS strategy. This study aimed to find out the relationship of medication adherence to the quality of life of MDR Tb patients in poly Tb-MDR RSUD Arifin Ahmad Riau Province by applying the descriptive correlational research design and cross-sectional approach. The sample of the research was 47 respondents were taken based on the inclusion criteria using purposive sampling technique. The instruments used were Morizky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8) questionnaires for medication adherence variable and WHOQOL BREF for the quality of life variable. The study was analyzed by using univariate analysis to know the frequency distribution and bivariate analysis which used chi-square test. The results showed 33 respondents had high adherence (70.2%) and as much as 14 respondents who had low adherence (29.8%). Respondents with high quality of life were 26 respondents (55.3%) and 21 respondents had low quality of life (44.7%). Average high quality of life on high adherence was 66,70%, low quality of life on high adherence was 33,30%, high quality of life on low adherence was 28,60% and low quality on low adherence 71,40% . Result of statistical test using Chi Square obtained p value (0,037) > alpha (0,05), so that there is correlation between medication adherence and quality of life of MDR Tb patient in poly Tb-MDR RSUD Arifin Ahmad Riau Province.

Key words: life quality, medical adherence, MMAS-8, Tb MDR, WHOQOL BREF

PENDAHULUAN

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* yang dapat didiagnosis melalui hasil uji biakan dahak dan hasil radiologi. Kuman Tuberkulosis menyerang organ paru-paru dan dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Sumber penularannya adalah dari pasien langsung melalui percikan dahak pada waktu batuk atau bersin (Depkes, 2014). Berdasarkan data dan informasi profil kesehatan Indonesia tahun 2016 tercatat jumlah kasus baru dengan Bakteri Tahan Asam (BTA) positif sebanyak 156.723 diseluruh wilayah Indonesia (Kemenkes RI, 2017).

Laporan global *World Health Organization* (WHO) tentang Tb disebutkan bahwa penilaian TBC yang komprehensif dan terkini dalam cakupan epidemi dan kemajuan perawatan dan pencegahan di tingkat global merupakan tujuan pembangunan berkelanjutan/*Sustainable Development Goals* (SDGs) yang ditetapkan WHO dan PBB dalam strategi Tb *End*. Tujuan bersama dilakukan

untuk mengakhiri epidemi Tb global dimana diharapkan terjadi pengurangan kematian akibat Tb dan penurunan kejadian Tb (WHO, 2017).

Pengendalian dan pengobatan Tuberkulosis sudah terselenggara sejak tahun 1906 dengan ditemukannya vaksin *Bacil Calmette Guerin* (BCG) dan ditemukan selanjutnya obat anti Tuberkulosis pada tahun berikutnya yaitu Streptomisin (1943), Isoniazid (1951), Pirazinamid (1962), Ethinamid (1956), Rifampisin (1957), dan Ethambutol (1962). Obat Anti Tuberkulosis (OAT) ini dijadikan sebagai regimen pengobatan Tuberkulosis yang digunakan dalam strategi *Directly Observed Treatment Short-Course* (DOTS) yang disesuaikan dengan pengembangan zaman dan dibuatlah obat anti Tuberkulosis dalam bentuk *Fixed Dosed Combination* atau kombinasi dosis tetap. Tetapi beberapa tahun ini timbul masalah target pencapaian pemberantasan tuberkulosis adalah ditemukannya kasus *Multiple Drug Resistance Tuberculosis Tb* (Tb MDR) (Infodatin Tb, 2016).

Multiple drug Resistance Tuberculosis Tb (Tb MDR) adalah salah satu jenis resistensi bakteri *Tuberculosis* (Tb) terhadap minimal dua Obat Anti Tb paru (OAT) lini pertama, yaitu isoniazid dan rifampisin yang merupakan dua obat Tb paru yang paling efektif atau OAT lainnya yang ditetapkan oleh strategi pengendalian DOTS. Tb MDR menjadi tantangan baru dalam program pengendalian Tb paru. Tb yang resisten terhadap obat merupakan ancaman yang terus berlanjut. WHO mencatat dari 600.000 kasus baru Tb paru ditemukan, ketahanan terhadap rifampisin mencapai 480.000 atau sekitar 47% dari jumlah kasus baru tersebut pada tahun 2016 (WHO, 2017).

Prevalensi kejadian ditingkat global dilaporkan oleh WHO Pada 2016, dimana cakupan pengujian ketahanan rifampisin adalah 33% untuk pasien Tb baru dan 60% untuk Tb yang diobati sebelumnya dan 41% keseluruhan (naik dari 31% pada tahun 2015). Perkiraan kejadian keberhasilan pengobatan tetap rendah yaitu 54% di seluruh dunia. Terjadi kesenjangan dari negara dengan beban Tb tinggi, dimana terdapat sepuluh negara penyumbang 76% dari total kesenjangan antara kejadian Tb dan kasusnya yang dilaporkan, salah satunya ditiga negara besar wilayah asia. Tiga besar negara tersebut adalah India (25%), Indonesia (16%) dan Nigeria (8%) (WHO, 2017).

Prevalensi kejadian di Indonesia dari tahun ke tahun mengalami peningkatan jumlah kasus yang ditemukan dan diobati dengan Manajemen Terpadu Pengendalian Tb Resistensi Obat (MTPTRO). Kejadian Tb MDR di Indonesia ditemukan sebanyak 32.000 kasus resisten terhadap OAT pada tahun 2016. Beberapa survei dilakukan dalam mendeteksi dini resisten obat Tb pada tahun 2004 sampai dengan 2010, dimana sepanjang tahun tersebut ditemukan kasus Tb baru yang langsung resisten terhadap OAT sebanyak 28.000 dan kasus Tb lama sebanyak 16.000 (WHO, 2017).

Penemuan kasus Tb MDR juga terjadi di Provinsi Riau, sampai bulan Juni 2016 pasien diduga Tb MDR dengan hasil pemeriksaannya positif ada 120 orang dari 878 orang yang terduga. Penderitanya yang menjalani pengobatan sebanyak 36 orang, pindah 2 orang, sembuh 4 orang, lengkap 3 orang, *loss of follow up* 18 orang dan menolak pengobatan 8 orang. Penderita yang *loss of follow up* disebabkan

karena penderita tidak mau datang lagi mengambil obat dan jarak yang jauh dari pelayanan Tb MDR, sedangkan penderita yang menolak pengobatan disebabkan oleh pengobatan yang memakan waktu lama dan kurangnya pengetahuan penderita terhadap penyakit Tb MDR. Pemeriksaan yang dilakukan untuk menentukan diagnosis adalah uji kepekaan (Dinkes Prov Riau, 2016).

Diagnosis Tb MDR ditegakkan berdasarkan pemeriksaan uji kepekaan dengan metode standar yang tersedia di Indonesia yaitu metode tes cepat (*rapid test*) dan metode konvensional. Saat ini dua metode tes cepat yang dapat digunakan yaitu pemeriksaan Gen expert (uji kepekaan untuk rifampisin) dan LPA (uji kepekaan untuk rifampisin dan Isoniazid). Sedangkan metode konvensional yang digunakan adalah *Lowenstein Jensen* (LJ) dan *Mycobacteria Growth Indicator Tube* (MGIT) (Kemenkes, 2014). Pasien yang terduga Tb MDR yang ada di wilayah Provinsi Riau dirujuk ke RSUD Arifin Achmad untuk menjalani serangkaian Tes Cepat Molekuler (TCM) untuk penegakan diagnosa dan penentuan pengobatan.

RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau merupakan pusat rujukan untuk diagnosa dan pengobatan pasien Tb MDR di provinsi Riau. Pasien yang berasal dari Kabupaten/Kota di Provinsi Riau dapat dirujuk ke Poliklinik Tb MDR RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau sejak tahun 2014. Data yang diperoleh dari rekam medik, kejadian Tb MDR sebanyak 15,3% dari 234 pasien suspek Tb MDR (tahun 2014) dan proporsi kejadian Tb MDR terjadi peningkatan sebanyak 10,8% dari 407 pasien suspek Tb MDR (tahun 2015). Pasien yang sudah didiagnosis positif resisten diberikan penyuluhan mengenai Tb MDR untuk selanjutnya diminta persetujuannya untuk melakukan pengobatan (RSUD Arifin Achmad, 2015).

Program penanggulangan Tb nasional akan mengimplementasikan pengobatan jangka pendek untuk Tb MDR sesuai dengan rekomendasi WHO sebagai upaya untuk meningkatkan *enrollment* pengobatan, menurunkan angka putus berobat dan meningkatkan angka keberhasilan pengobatan pada pasien Tb MDR di Indonesia. Penderita akan mendapatkan pengobatan panduan jangka pendek selama 9 bulan terdiri dari 4 bulan fase

awal dan 5 bulan fase lanjutan dengan obat oral dan injeksi. Manajemen Terpadu Pengendalian Tb Resisten Obat (MTPTRO) merupakan petunjuk teknis yang difokuskan pada pengobatan dan dukungan pengobatan melalui Pengawas Menelan Obat (PMO) selama masa pengobatan. PMO diambil dari pendidik sebaya atau kader terlatih yang bertugas untuk memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien dalam upaya menjamin keberlangsungan pengobatan sampai selesai (Kemenkes, 2017).

Beberapa penelitian terkait Tb MDR, salah satunya dijelaskan dalam penelitian Mulyono (2014) tentang faktor faktor mempengaruhi peningkatan keberhasilan Tb MDR adalah kegagalan pengobatan pada Tb MDR, kegagalan tersebut berhubungan dengan usia, jenis kelamin, riwayat pengobatan, efek samping, dokter, pasien, obat-obatan, program nasional Tb, terapi yang tidak adekuat, resistensi obat-obatan, konseling, regulasi obat, keterlambatan dalam perawatan, HIV-AIDS, durasi terapi, rendah motivasi, jenuh dalam perawatan, dan biaya pengobatan. Meningkatnya motivasi menjadi solusi untuk mengurangi jumlah ketidakpatuhan dan kegagalan pengobatan pada penderita sehingga mengurangi kejadian Tb MDR.

Penelitian Nawas (2010) tentang Penatalaksanaan Tb MDR dan Strategi DOTS-Plus FKUI, menyebutkan faktor klinis yang menyebabkan resisten obat diantaranya: terlambatnya diagnosis dan isolasi, penggunaan obat yang tidak tepat, mengisolasi penderita, kurangnya pengetahuan tentang Tb, pelaksanaan DOTS yang kurang baik dan kurang patuh serta pengobatan tidak lengkap.

Penelitian dilakukan juga oleh Munir dkk (2010), menunjukkan bahwa keteraturan berobat dan lama pengobatan berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan penderita Tb MDR. dimana terdapat pengaruh yang kuat antara keteraturan berobat ($p=0,00$, $r=0,72$) dan lama pengobatan terhadap keberhasilan pengobatan ($p=0,00$, $r=0,77$). Tidak didapatkan hubungan bermakna antara tingkat pendapatan ($p=1,00$), jenis pekerjaan ($p=0,19$), kebiasaan merokok ($p=0,42$), jarak tempat tinggal pasien hingga tempat pengobatan ($p=0,97$), dan status gizi ($p=1,00$) terhadap keberhasilan pengobatan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di tempat rujukan pemeriksaan Tb MDR didapatkan bahwa seluruh penderita Tb yang terduga mengalami resisten melakukan pemeriksaan di poli Tb MDR RSUD Arifin Ahmad. Dari 6 orang yang positif Tb MDR dan sedang melakukan pengecekan biakan dahak rutin, didapatkan bahwa mayoritas penderita Tb MDR mengatakan hidupnya berubah dari hal finansial, dikarenakan menderita penyakit Tb MDR tidak bisa beraktifitas dengan baik dan merasa tidak puas dengan kehidupannya sekarang dikarenakan sering sakit-sakitan. Selain itu efek samping pengobatan memberikan dampak yang sangat signifikan sehingga terkadang muncul pemikiran untuk tidak lagi mengikuti pengobatan.

Keteraturan berobat pasien Tuberkulosis Paru dengan Resistensi Obat Tuberkulosis berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan. Lama pengobatan pasien Tuberkulosis Paru dengan Resistensi Obat Tuberkulosis berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan (Tirtana, 2011). Berdasarkan penelitian tersebut maka pengaruh lama pengobatan yang menjadi salah satu faktor keberhasilan TB MDR, dengan lamanya pengobatan terdapat efek samping pengobatan yang bisa menjadi permasalahan yang dialami oleh penderita.

Penderita Tb MDR yang sedang dalam masa pengobatan mengalami respon adaptasi terhadap kesehatan fisik, psikososial, hubungan social dan lingkungannya dimana hal tersebut merupakan dimensi dalam pengukuran kualitas hidup. Kualitas hidup seseorang dapat dilihat dari kemampuannya untuk bisa mempertahankan kondisinya setiap hari, bagaimana menikmati hidup dan memelihara kesehatan. Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of life* (WHOQOL) didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang (WHO, 2012).

Kualitas hidup penduduk Indonesia menurut *International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF) memiliki nilai kurang, lebih banyak dijumpai pada golongan umur lanjut, jenis kelamin perempuan, tingkat pendidikan rendah, tidak

bekerja, tinggal dipedesaan, menderita penyakit menular, cedera, menderita gangguan mental dan emosional, sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penduduk adalah golongan umur, tinggal dengan lingkungan terpapar dan jenis kelamin (Pradono dkk, 2007).

Pasien dengan Tb paru yang sedang menjalani terapi OAT sangat berdampak terhadap kualitas hidup, pengukuran kualitas hidup pasien menjadi penting karena selain menimbulkan dampak buruk bagi kesehatan fisik akibat penggunaan OAT seperti mual, muntah, nyeri perut dan penyakit hati, juga menimbulkan masalah psikososial yang dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (Mawaddah, 2014)

Penelitian Al-Maqqasaary (2015) terhadap kualitas hidup pasien TB berdasarkan aspek kepatuhan didapatkan hasil menunjukkan sebagian responden yang patuh terhadap pengobatan memiliki kualitas hidup sedang dan sebagian responden yang tidak patuh terhadap pengobatan juga memiliki kualitas hidup sedang. Pengobatan yang dijalani pasien Tb memiliki efek samping lain terhadap berbagai fungsi organ tubuh sehingga pasien tetap akan merasakan kondisi fisik yang tidak stabil. Lingkungan sosial masyarakat yang kurang mendukung pasien Tb menyebabkan pasien Tb tidak mendapatkan dukungan psikologis yang baik. Hal tersebut di atas secara langsung mempengaruhi kualitas hidup baik yang patuh terhadap pengobatan maupun yang tidak patuh terhadap pengobatan. Selain aspek fisik, diharapkan selama masa pengobatan pasien Tb juga mendapatkan program-program yang dapat meningkatkan kualitas hidup baik dari aspek psikologi, sosial dan lingkungan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup penderita Tb MDR.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dalam pengembangan ilmu pengetahuan tentang kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup penderita Tb MDR.

METODELOGI PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Poli Tb MDR RSUD Arifin Ahmad Provinsi Riau pada tanggal 8 Januari sampai 21 Januari 2018. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasi yaitu suatu penelitian yang menelaah hubungan antara dua variabel pada

suatu situasi atau kelompok subjek dengan pendekatan *cross sectional*. Pada penelitian ini peneliti menelaah hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup penderita Tb MDR.

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien Tb MDR yang sedang menjalani OAT di RSUD Arifin Ahmad Provinsi Riau sebanyak 52 orang. Seluruh populasi merupakan pasien yang mengikuti pengobatan OAT selama kurang lebih 2 (dua) tahun sesuai dengan petunjuk teknis yang telah ditetapkan oleh poli Tb MDR RSUD Arifin Ahmad. Sampel yang digunakan dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* sebanyak 47 responden.

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisioner MMAS-8 (*Morizky Medication Adherence Scale-8*) untuk menilai kepatuhan minum obat dengan tingkat kepatuhan tinggi (0-2) dan tingkat kepatuhan rendah (3-8). Kuisioner WHOQOL BREF (WHO Quality Of Life) untuk menilai kualitas hidup dengan tingkat kualitas hidup tinggi 48,62 dan tingkat kepatuhan rendah < 48,62.

Analisa data menggunakan analisa univariat dan bivariat. Analisa univariat mendeskripsikan responden terkait umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama pengobatan, alasan pengobatan, kepatuhan minum obat dan kualitas hidup. Analisa bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel menggunakan uji *Chi Square* untuk kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup.

HASIL PENELITIAN

1. Analisa Univariat

Distribusi berdasarkan karakteristik responden dijelaskan pada tabel dibawah ini.

Tabel 1
Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik	n	%
Umur Responden		
Remaja akhir	6	12,8
Dewasa awal	15	31,9
Dewasa akhir	14	29,8
Lansia awal	8	17
Lansia akhir	2	4,3
Manula	2	4,3
Jenis Kelamin		
Laki-laki	33	70,2
Perempuan	14	29,8

Tabel 1 menunjukkan bahwa responden paling banyak dikategori usia dewasa awal (15 responden) dan dewasa akhir (14 responden). Paling sedikit di kategori usia manula (2 responden). Jenis kelamin mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 33 responden (70,2%).

Tabel 2
Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik	n	%
Pendidikan		
Tidak sekolah	2	4,3
SD	4	8,5
SLTP/MTsN	13	27,7
SMA/MAN	23	48,9
S1	5	10,6
Pekerjaan		
Tidak bekerja	1	2,1
Buruh	3	6,4
IRT	12	25,5
Swasta/wiraswasta	25	53,2
Supir	1	2,1
Pelajar	1	2,1
Petani	1	2,1
PNS	3	6,4

Tabel 2 menunjukkan tingkat pendidikan paling banyak SMA/MAN sederajat sebanyak 23 responden (48,9%). Pekerjaan responden sebagian besar bekerja di swast/wiraswasta sebanyak 25 responden (53,2%).

Tabel 3
Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik	N	%
Alasan Pengobatan		
Gagal pengobatan	1	2,1
Kambuh	27	57,4
Putus pengobatan	16	34
Kasus baru	3	6,4
Lama Pengobatan		
Tahap awal	27	57,4
Tahap lanjutan	20	42,6

Tabel 3 menunjukkan bahwa alasan pengobatan responden sebagian besar dengan alasan kambuh sebanyak 27 responden (57,4%). Lama pengobatan yang telah dijalani responden paling banyak berada dalam kategori tahap awal pengobatan sebanyak 27 responden (57,4%).

Tabel 4
Distribusi Gambaran Kepatuhan Minum Obat

Gambaran	N	%
Kepatuhan Tinggi	33	70,2
Kepatuhan Rendah	14	29,8
Total	47	100

Tabel 4 menunjukan bahwa gambaran kepatuhan minum obat responden mayoritas memiliki kepatuhan tinggi dengan 33 responden (70,2%).

Tabel 5
Distribusi Gambaran Kualitas Hidup

Gambaran	n	%
Kualitas hidup tinggi	26	55,3
Kualitashidup rendah	21	44,7
Total	47	100

Tabel 5 menunjukkan bahwa gambaran kualitas hidup responden sebagian besar memiliki kualitas hidup tinggi sebanyak 26 responden (55,3%).

2. Analisa Bivariat

Tabel 6
Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Kualitas Hidup Penderita Tb MDR

Kepatuhan minum obat	Kualitas hidup			
	Tinggi		Rendah	
	N	%	N	%
Kepatuhan tinggi	22	66,7	11	33,3
Kepatuhan rendah	4	28,6	10	71,4
Total	26	55,3	21	44,7
Kepatuhan minum Obat				

Tabel 6 menunjukkan hasil analisa hubungan kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup penderita Tb MDR diperoleh bahwa 22 responden (66,7%) yang kepatuhan tinggi memiliki kualitas hidup tinggi dan 11 responden (33,3%) yang kepatuhan tinggi memiliki kualitas hidup rendah. Kepatuhan rendah diperoleh 4 responden (28,6%) yang memiliki kualitas hidup tinggi dan 10 responden (71,4%) kepatuhan rendah yang memiliki kualitas hidup rendah.

Tabel 7
Hubungan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Kualitas Hidup Penderita Tb MDR

	OR	P <i>value</i>
Kepatuhan Minum Obat	5,000	0,037
Kualitas Hidup	1,275-9,615	

Tabel 7 menunjukkan hasil uji statistik menggunakan *Chi Square* didapatkan nilai *p value* = 0,037 < 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup pada penderita Tb MDR (H_0 ditolak). Hasil analisis OR (5,000) yang artinya penderita dengan kepatuhan tinggi 5,000 kali memiliki kualitas hidup tinggi dibandingkan penderita yang memiliki kepatuhan rendah.

PEMBAHASAN

1. Umur

Menurut Depkes (2009) umur dikelompokkan menjadi masa balita (0-5 tahun), masa kanak-kanak (5-11 tahun), masa remaja awal (12-16 tahun), masa remaja akhir (17-25 tahun), masa dewasa awal (26-35 tahun), masa dewasa akhir (36-45), masa lansia awal (45-55 tahun), masa lansia akhir (56-65 tahun) dan masa manula (65 tahun ke atas) Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 47 responden, didapatkan hasil bahwa responden terbanyak berada pada rentang usia dewasa awal sebanyak 15 orang (31,9%) dan dewasa akhir sebanyak 14 orang (29,8%). Hal ini juga dibuktikan dengan penelitian Munir (2010) bahwa distribusi umur penderita Tb MDR paling banyak direntang umur 25-34 tahun.

Penelitian lain yang mendukung dilakukan oleh Pratama (2011) dimana penderita Tb MDR terbanyak berada direntang usia 21-30 tahun sebanyak.

Usia penderita Tb MDR berada di rentang 25-34 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa pasien Tb MDR banyak pada umur produktif yaitu antara umur 25 tahun sampai 34 tahun. Umur produktif sangat berbahaya terhadap tingkat penularan karena pasien mudah berinteraksi dengan orang lain, mobilitas yang tinggi dan memungkinkan untuk menular ke orang lain serta lingkungan sekitar tempat tinggal (Putri, 2014).

2. Jenis kelamin

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 47 responden, diketahui bahwa jenis kelamin responden mayoritas adalah laki-laki sebanyak 33 orang (70,2%). Penelitian ini didukung dengan penelitian Pratama (2011), dimana didapatkan jenis kelamin terbanyak yaitu laki-laki sebanyak 57 orang (57,58%). Penelitian mendukung juga didapatkan hasil yang sama dilakukan oleh Muaz, 2014 bahwa penderita Tb MDR berjenis kelamin laki-laki sebanyak 76 orang (54,3%).

Pasien laki-laki cenderung menderita penyakit Tb MDR dibandingkan perempuan karena laki-laki memiliki interaksi dengan lingkungan yang lebih besar di luar rumah dibandingkan perempuan dan perempuan lebih disiplin dalam menjalani pengobatan Tb dibandingkan laki-laki. Secara epidemiologi dibuktikan terdapat perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam hal penyakit infeksi, progresivitas penyakit, insidens dan kematian akibat Tb. Perkembangan penyakit juga mempunyai perbedaan antara laki-laki dan perempuan yaitu perempuan mempunyai penyakit lebih berat pada saat datang ke rumah sakit. Perempuan lebih sering terlambat datang ke pelayanan kesehatan dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini mungkin berhubungan dengan aib dan rasa malu lebih dirasakan pada perempuan dibanding laki-laki. Perempuan juga lebih sering mengalami kekhawatiran akan dikucilkan dari keluarga dan lingkungan akibat penyakitnya. Hambatan ekonomi dan faktor sosial ekonomi kultural turut berperan termasuk pemahaman tentang penyakit paru.

Perempuan ditemukan diagnosis yang terlambat sedangkan pada laki-laki cenderung pergi ke pelayanan kesehatan ketika mereka mengetahui pengobatan Tb gratis sedangkan perempuan tidak (Munir dkk, 2010).

3. Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 47 responden, didapatkan hasil bahwa pendidikan terakhir yang paling banyak dari penderita Tb MDR adalah SMA/MAN sederajat sebanyak 23 orang (48,9%). Hal ini sama dengan penelitian Putri dkk, (2014) bahwa pasien Tb MDR terbanyak menunjukkan 10 pasien (55,6%) dengan tingkat pendidikan SMA/ sederajat. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Nurhayati dkk (2015) hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden berpendidikan SMA (54,1%)

Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang, makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi begitu juga sebaliknya, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka sulit menerima informasi (Notoadmojo, 2010). Pendidikan merupakan salah satu indikator yang menentukan keberhasilan pengobatan Tb MDR. Penderita dengan pendidikan rendah akan sulit menerima pengobatan Tb MDR, dimana pengobatannya memerlukan waktu yang lama yaitu antara 18 – 24 bulan, dengan obat yang lebih toksik, lebih mahal dengan efek sangat yang sangat besar (WHO, 2013; Munir, 2010).

4. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 47 responden, didapatkan hasil bahwa pekerjaan penderita Tb MDR sebagian besar adalah swasta/wiraswasta sebanyak 25 orang (53,2%). Hasil ini didukung oleh penelitian Pratama (2011) mengatakan bahwa penderita Tb MDR paling banyak juga memiliki status pekerjaan swasta sebanyak 29,3 % dan sebagai wiraswasta sebanyak 8,1% dari 99 responden. Hal ini berbeda pada penelitian Hutapea mengenai kepatuhan obat Tb ditemukan 46,2% responden tidak memiliki pekerjaan dikarenakan sebagian responden termasuk didalamnya adalah ibu rumah tangga, anak dan belum berumah tangga.

Penelitian Kurniawati (2015) menyebutkan bahwa salah satu karakteristik pekerjaan pasien MDR-TB adalah kebanyakan bekerja di bidang wiraswasta yaitu 47,1% berjualan. Pekerjaan yang kontak langsung dengan orang banyak memungkinkan menjadi penyebab faktor yang berhubungan dengan perilaku menular Tb MDR. Selain itu kondisi lingkungan juga mempengaruhi penularan, kondisi udara yang tercemar dan dekat dengan paparan debu merupakan pencetus awal gejala gangguan infeksi saluran nafas yang bisa mengarah ke Tb dan berlanjut ke Tb MDR.

5. Alasan pengobatan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 47 responden, alasan terjadinya kejadian Tb MDR yang dialami penderita sebagian besar adalah karena kekambuhan sebanyak 27 orang (57,4%). Kekambuhan yaitu pasien yang sebelumnya pernah mendapatkan pengobatan Tb dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kasus Tb berdasarkan hasil konfirmasi pemeriksaan bakteriologi, mikroskopik dahak atau biakan tes cepat (Kemenkes, 2014).

Penelitian Rohmad (2012) mengungkapkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian kekambuhan adalah paparan ulang dengan penyakit Tb, riwayat minum obat dan status gizi. Penelitian lain menjelaskan bahwa faktor yang mempengaruhinya adalah peyakit penyerta, merokok/terpapar asap rokok,, ventilasi rumah dan kontak serumah dengan penderita Tb (Karmianingsih dkk, 2016).

6. Lama pengobatan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 47 responden, waktu pengobatan yang sedang dijalani responden sebagian besar berada di tahap awal pengobatan (1-8 bulan) sebanyak 27 orang (57,4%). Jangka waktu pengobatan yang masih diterapkan di poli Tb MDR masih menerapkan MPTRO tahun 2014, dimana lama pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan paling sedikit 18 bulan setelah terjadi konversi biakan. Lama tahap awal minimal 6 bulan dan maksimal 8 bulan, sedangkan lama

tahap lanjutan didapat dari total pengobatan dikurangi dengan lama pengobatan tahap awal (rata-rata 16 bulan) (Kemenkes, 2014).

Tahap awal pengobatan Tb MDR merupakan dasar dari pengobatan selanjutnya, pada tahap awal ini penderita lebih disiplin dalam pengobatan, selalu tepat waktu dalam pengecekan rutin dan tidak pernah putus obat. Tahap awal pengobatan juga belum banyak terjadi efek samping pengobatan, sehingga perubahan yang signifikan belum dirasakan oleh penderita Tb MDR.

7. Gambaran kepatuhan minum obat

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 47 responden tentang gambaran kepatuhan minum penderita Tb MDR didapatkan hasil bahwa mayoritas responden memiliki kepatuhan tinggi dengan 33 responden (70,2%).

Dhyantari (2013) melakukan penelitian tentang kepatuhan minum obat pada pasien Tb didapatkan hasil bahwa 94,44% responden patuh minum obat dalam fase intensif OAT. Penelitian oleh Bello dan Itiolla (2010) yang dilakukan di Ilorin, Nigeria juga mendapatkan hasil yang serupa. Didapatkan tingkat kepatuhan minum obat yang tinggi, yaitu sebesar 94,6% pada populasi yang diteliti. Tingginya tingkat kepatuhan pengobatan pada responden dapat disebabkan oleh beberapa faktor pendukung: (1) obat-obatan dan layanan kesehatan diberikan secara gratis, (2) regimen dosis satu kali sehari selama fase intensif, (3) efek samping yang ringan dan dapat dikoreksi, misalnya mual, (4) instruksi tertulis yang telah jelas tentang aturan minum obat, (5) pusat pelayanan kesehatan yang mudah diakses oleh masyarakat. Tingkat kepatuhan minum obat pada fase lanjut lebih rendah yaitu 86,67% dibandingkan dengan kepatuhan minum obat pada fase intensif yang sebesar 94,44%.

8. Gambaran kualitas hidup

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 47 responden tentang gambaran kualitas hidup terhadap penderita Tb MDR didapatkan sebagian besar berada pada kategori kualitas hidup tinggi sebanyak 26 orang (55,3%).

Penelitian Khasanova (2015) tentang *evaluating the quality of life of MDR TB* bahwa pada awal fase rawat jalan pengobatan Tb-MDR, komponen kesehatan fisik rata-rata adalah 81%, baik untuk pasien laki-laki dan perempuan, sedangkan psikologis tingkat kesehatan adalah 72% untuk pria dan 78% untuk wanita pasien. Setelah tiga bulan pengobatan Tb-MDR tingkat kesehatan fisik turun menjadi 65% pada pria dan 72% di pasien perempuan dan tingkat kesehatan psikologis turun menjadi 67% pada mayoritas responden. Keseluruhan responden mengalami sakit dan kemunduran fungsi peran sosial dan emosional mereka setelah tiga bulan pengobatan Tb-MDR.

9. Hubungan kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup

Hasil uji statistik menggunakan *Chi Square* dengan tabel 2x2, didapatkan nilai $Pvalue = 0,037 < 0,05$, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup pada penderita Tb MDR (Ho ditolak). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hilka dkk (2017) tentang hubungan kualitas hidup dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB di Afrika Selatan menunjukkan ada hubungan positif antara kepatuhan dan HRQOL pada Tb di Afrika Selatan, namun hubungan ini sangat lemah, kemungkinan besar karena HRQOL dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang berbeda dan tidak terbatas pada efek kepatuhan. Oleh karena itu, penanganan pasien Tb seharusnya didapatkan selain pengobatan yang memadai, juga pemenuhan kebutuhan mental dan psikososial yang spesifik.

Pengaplikasian kuisioner kepatuhan minum obat dari *Morizky* terhadap penderita Tb MDR dirasakan memiliki pengaruh terhadap tingginya angka kepatuhan minum obat yang dijalani oleh responden. Faktor lain yaitu responden yang sebagian besar berada difase awal pengobatan mendukung untuk terjadi kepatuhan tinggi dikarenakan masih disiplinnya responden terhadap pengobatan yang dijalani. Faktor kekambuhan juga merupakan penyebab responden takut untuk tidak menjalani pengobatan dengan baik, karena dengan adanya kekambuhan berarti responden harus mengulang

pengobatan dengan dosis dan jangka waktu yang lebih dari pengobatan Tb paru.

Tb MDR merupakan penyakit yang paling banyak disebabkan oleh kekambuhan hampir sama dengan penyakit penyakit yang memerlukan pemantauan kepatuhan pengobatan seperti gangguan kejiwaan, selain itu efek samping dari pengobatan yaitu obat jenis EFV dan sikloserin menyebabkan terjadinya depresi, kecemasan, mimpi burul dan psikosis (kemenkes, 2014). Hasil penelitian yang dilakukan pada pasien skizofrenia didapatkan sama dimana ada hubungan kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup pasien skizofrenia (Sulisningtyas, 2016).

Efek samping tersebut menyebabkan perubahan pada responden meliputi perubahan pada dimensi kualitas hidup yaitu fisik, psikologis, lingkungan dan sosial yang saling terkait. Dimensi kualitas hidup yang diaplikasikan dalam kuisisioner WHOQOL BREF menjadi tolak ukur utama dalam penentuan kualitas hidup. Kualitas hidup yang tinggi pada hasil penelitian ini diasumsikan bahwa responden belum mengalami banyak efek samping dari pengobatan sehingga mayoritas responden menjawab pertanyaan yang diberikan di skala nilai 3 (biasa-biasa saja atau dalam jumlah sedang). Dengan adanya hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup penderita Tb MDR dapat dijadikan tolak ukur bahwa semakin tinggi kepatuhan minum obat maka kualitas hidup penderita Tb MDR akan semakin baik, begitu juga sebaliknya.

SIMPULAN

Sebagian besar penderita Tb MDR berada pada rentang usia dewasa awal sebanyak 15 responden (31,9%) dan dewasa akhir sebanyak 14 responden (29,8%). Jenis kelamin penderita Tb MDR mayoritas adalah laki-laki sebanyak 33 responden (70,2%). Pendidikan terakhir penderita Tb MDR yang paling banyak adalah SMA/MAN sederajat sebanyak 23 responden (48,9%). Pekerjaan penderita Tb MDR sebagian besar adalah swasta/wiraswasta sebanyak 25 responden (53,2%). Kejadian Tb MDR yang dialami penderita Tb MDR sebagian besar adalah karena kekambuhan sebanyak 27 responden (57,4%). Waktu pengobatan yang sedang dijalani penderita Tb MDR sebagian besar berada di tahap awal pengobatan (1-8

bulan) sebanyak 27 orang (57,4%). Gambaran kepatuhan minum penderita Tb MDR didapatkan mayoritas berada pada kategori kepatuhan tinggi sebanyak 33 responden (70,2%). Gambaran kualitas hidup terhadap penderita Tb MDR didapatkan sebagian besar berada pada kategori kualitas hidup tinggi sebanyak 26 reponden (55,3%). Hasil uji statistik menggunakan *Chi Square* didapatkan nilai $Pvalue = 0,037 < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup pada penderita Tb MDR sehingga H_0 ditolak.

SARAN

1. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan kajian dan pedoman bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya tentang asuhan keperawatan pada Tb MDR.
2. Bagi Institusi Tempat Penelitian/ RSUD Arifin Achmad Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan untuk melihat perkembangan baik itu peningkatan maupun penurunan dan keberhasilan pengobatan dari penyakit Tb MDR.
3. Bagi Peneliti Selanjutnya. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan referensi dan bahan kajian untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang tentang Tb MDR misalnya mengenai gambaran Tb MDR di Provinsi Riau atau faktor-faktor yang mempengaruhi ditemukannya kasus baru dalam penyebab kejadian Tb MDR

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih yang tak terhingga atas bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dalam penyelesaian laporan penelitian ini.

¹**Dian Purnama Sari** : Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Riau, Indonesia

²**Darwin Karim** : Dosen Departemen Keperawatan Medikal Bedah Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Riau, Indonesia

³**Juniar Erawaty** : Dosen Departemen Keperawatan Anak Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Riau, Indonesia

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, Hanif Febrian. (2017). *Hubungan Kepatuhan Minum Obat Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Ppok Di Rumah Sakit Respira Yogyakarta*. Diperoleh tanggal 21 Januari 2018 dari <http://www.repository.umy.ac.id>
- Dhiyantri dkk, (2013). *Gambaran Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tb Paru di Wilayah Kerja PKM Bebandeng Karang Asem*. Diperoleh tanggal 28 Januari 2018 dari <http://www.portalgaruda.org>.
- Hastono, Sutanto Priyo (2006). *Analisa Data Sutanto Priyo Hastono*. Fakultas Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta
- Handayani, dkk. (2009). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa*. Bali: PSIK-FK Universitas Udayana
- Hilka, Tanja Kastien et al. (2017). *Association Between Health-Related Quality of Life and Medication Adherence in Pulmonary Tuberculosis in South Africa*. Diperoleh tanggal 23 Januari 2018 dari <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Karmianingsih, N.I.P dkk. (2016). *Faktor Risiko Kekambuhan Pasien TB Paru Di Kota Denpasar: Studi Kasus Kontrol*. Diperoleh tanggal 21 Januari 2018 dari <https://ojs.unud.ac.id>
- Kemenkes RI. (2017). *Petunjuk Teknis Pengobatan Pasien Tb Resisten Obat Dengan Pedoman Panduan Standar Jangka Pendek di FASYANKES TB Resisten Obat*. Jakarta
- Khasanova, E (2015). *Evaluation the quality of life of MDR TB patients in St. Petersburg Rusia* diperoleh tanggal 28 Januari 2018 dari <http://www.lillyglobalhealth.com>
- Munir S Melati, dkk. (2010). *Pengamatan Pasien Tuberkulosis Parudengan TB MDR di Poliklinik Paru RSUP Persahabatan*. Jakarta. Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI-RSUP Persahabatan.
- Morisky DE, Dimatio MR. (2011). *Medication Morisky Adherence Scale (Skala Ukur Kepatuhan Minum Obat)*.
- Nawas Arifin. (2010). *Penatalaksanaan TB MDR dan Strategi DOTS Plus*. Jakarta. Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI-RSUP Persahabatan.
- Nurhayati Iis dkk. (2015). *Perilaku Pencegahan Penularan dan Faktor-Faktor yang Melatarbelakanginya pada Pasien Tuberculosis Multidrugs Resistance (TB MDR)*. Diperoleh tanggal 23 Januari 2018 dari <http://jkp.fkep.unpad.ac.id>
- Pratama, Gilang Bagus. (2011). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Resistensi Rifampicin Dan / Isoniazid Pada Pasien Tuberculosis Paru Di Bkpm Semarang*. Diperoleh tanggal 21 Januari 2018 dari <http://eprint.undip.ac.id>.
- Pradono J, dkk. (2007). *Kualitas Hidup Penduduk Indonesia Menurut International Classification Functioning, Disability and Health (Analisa Lanjut Data RISKESDAS 2007)*. Jakarta. Buletin Penelitian Kesehatan.
- Vivin Anggia dkk. (2014). *Profil Pasien Tuberculosis Multidrug Resistance (Tb-Mdr) Di Poliklinik Tb-Mdr Rsud Arifin Achmad Provinsi Riau*. Diperoleh tanggal 21 Januari 2018 dari <http://www.media.neliti.com>
- Rohmad. (2012). *Faktor Risiko Terjadinya Relapse Pada Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (Bbkpm) Surakarta*. Diperoleh Tanggal 21 Januari 2018 dari <http://www.eprints.ums.ac.id>.
- Sulisningtyas. (2016). *Hubungan kepatuhan minum obat dengan kualitas hidup pasien skizofrenia*. Jurnal STIKES Husada. Surakarta
- Tirtana, Berlin Tanggap. (2011). *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan Pada Pasien TB Paru dengan Resistensi Obat di wilayah Jawa Tengah*. Diperoleh tanggal 21 Januari 2018 dari <http://www.academia.edu>.
- World Health Organization. (2004). *World Health Organization Quality Of Life-BREF (WHOQOL-BREF)*.