

- d. WHO mencanangkan kedaruratan global pada tahun 1993 karena diperkirakan seperempat penduduk dunia telah terinfeksi kuman TB.

2. Masalah di Indonesia

- a. Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1992 TB Paru merupakan penyebab kematian nomor dua, setelah kardioraskuler pada semua golongan usia dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi.
- b. Angka kesakitan tidak pasti berkisar antara 0,2 – 0,4 %.
- c. Penyakit TB. Paru menyerang sebagian besar kelompok usia produktif kerja yang merupakan sumber daya bagi komponen pembangunan bangsa.
- d. Penderita TB kebanyakan dari kelompok sosio ekonomi lemah ditambah perilaku masyarakat terhadap penyakit ini masih kurang baik.
- e. Penderita tuberkolusa yang mendapat obat anti tuberkolusa bentuk paket cuma-cuma melalui Puskesmas jumlahnya terbatas.
- f. WHO memperkirakan bahwa di Indonesia setiap tahunnya terdapat 445.000-550.000 kasus baru TB dimana sekitar 200.000 terdapat di sekitar Puskesmas, 200.000 ditemukan pada pelayanan Rumah Sakit/ klinik dan sisanya belum terjangkau unit pelayanan kesehatan. Tiga perempat dari kasus ini berusia 15-49 tahun. Diperkirakan terjadi 175.000 kematian akibat penyakit ini. Sekitar 20% yang tercakup dalam program pemberantasan tuberkulosis yang dilaksanakan pemerintah dan selebihnya belum terdiagnosis.

Sesuai dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan Rencana Pembangunan Jangka Panjang pada bidang Kesehatan, dirasa perlu adanya pemberantasan penyakit TB paru. Untuk itu diagnosis yang cepat, pengobatan yang lancar dan tuntas sangat diperlukan. Pemberantasan ini tidak hanya ditujukan pada segi medik saja tapi harus juga pada segi sosial kemasyarakatan baik dari perilaku penderita, lingkungan maupun petugas yang melayaninya (Azuma, 1985).

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan dengan kemoterapi adalah :

1. Patuan Obat

Untuk meliputi semua jenis populasi kuman diperlukan obat yang secara bersama-sama dapat bekerja baik intra sel maupun ekstra sel dalam suasana asam atau basa. Penggunaan obat tunggal sebaiknya dihindari karena dapat menimbulkan resisten. Oleh karena itu harus diberikan dalam kombinasi paling sedikit 2 obat bakterisid.

2. Dosis Obat

Pemakaian obat ganda dengan dosis tepat (sistem paket dari WHO) menjamin angka kesembuhan yang tinggi.

3. Lama Pengobatan

Dalam pengobatan tuberkulosis, terutama pengobatan jangka pendek berlangsung dua kejadian sekaligus, yaitu aktivitas bakterisid dalam waktu 6-8 minggu dan aktivitas sterilisasi yang berlangsung selama pengobatan. Jangka pengobatan yang cukup lama akan menghasilkan aktivitas sterilisasi yang sempurna, sehingga kemungkinan kambuh dapat ditekan.

4. Minum Obat Teratur

Minum obat teratur berpengaruh pada kadar obat di dalam darah/jaringan. Pengobatan dapat diberikan setiap hari atau berkala 2-3 kali seminggu. Pengobatan berkala dimungkinkan oleh karena ada log period, yaitu suatu periode dimana kuman tidak dapat tumbuh setelah kontak dengan obat.

Program pemberantasan TB Paru telah dilaksanakan pemerintah sejak tahun 1969, bahkan sejak tahun 1980 dilaksanakan pemberian OAT dalam bentuk paket cuma-cuma bagi masyarakat di Puskesmas-puskesmas tertentu dan juga di Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4). Dalam pelaksanaannya masih terlihat

B. Kepentingan Permasalahan

1. Manfaat Teoritis

Dewasa ini dengan kemajuan pesat dalam bidang pengetahuan OAT, kesembuhan bagi penderita tuberkulosis merupakan keharusan. Namun pada kenyataannya masih banyak dilaporkan kasus gagal pengobatan yang bukan bersumber pada masalah non-medik, antara lain: putus berobat, (kurang biaya, tidak mengerti, kurang motivasi dari dokter) dan lain-lain.

Dengan mengetahui faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi ketaatan berobat penderita TB Paru dapat diambil langkah-langkah untuk perencanaan. Pengambilan keputusan ataupun kebijaksanaan dalam rangka meningkatkan ketaatan berobat penderita TB. Paru.

2. Manfaat Praktis

Dengan penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang sejauhmana ketaatan berobat penderita TB Paru dewasa dan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhinya.

C. Tujuan Permasalahan

Berdasarkan uraian di atas dapat diambil inti dari tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui seberapa besar ketaatan berobat penderita TB paru dewasa di BP4 Minggiran.
2. Untuk mengetahui apakah ada faktor-faktor tertentu yang berhubungan dengan ketaatan berobat penderita tersebut.

D. Tinjauan Pustaka

1. Pengertian Tuberkulosa

a. Definisi Tuberkulosa

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh basil *mycobacterium tuberculosis*. Basil tersebut masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernafasan ke dalam paru-paru. Kemudian kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lain, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, melalui saluran nafas (bronchus) atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Amin *et al*, 1989).

b. Sejarah

Penyakit tuberkulosa sudah dikenal sejak zaman prasejarah, sifat menularnya baru diketahui sekita tahun 1865-1860, ketika Villemin menunjukkan bahwa inhalasi dahak penderita menyebabkan tuberkulosa paru dan bila dahak ditelah mengakibatkan tuberkulosa usus (ekstra paru).

Tanggal 24 Maret 1882 Robert Koch berhasil membiakkan kuman tuberkulosa dengan kelinci sebagai obyek percobaannya dan dengan dasar test tuberkulin.

Tahun 1921 vaksin terhadap tuberkulosa maju pesat setelah ditemukan obat-obat tuberkulosa seperti Streptomisin, Isoniazid, Para Amino Salisilat (Soedibyo, 1982).

c. Penularan

Cara penularan penyakit ini melalui udara waktu penderita batuk, batuk berdahak, bicara, bersin, kuman yang keluar ini jika masuk pada penderita baru, kuman akan ditangkap oleh sel-sel PMN dan makrofag akan terjadi dua kemungkinan yaitu kuman menang atau kalah terhadap lekosit. Jika kuman kalah, penderita tersebut tidak akan terkena penyakit TBC, jika menang, lekosit hancur, kuman masuk ke jaringan yang lebih dalam. Di dalam jaringan ini kuman ditangkap oleh Lisosom. Nasib penderita ditentukan oleh Lisosom ini, jika tidak bisa menangkap, maka kuman akan merajalela dan bersembunyi di sitoplasma makrofag dan memungkinkan terjadi peradangan di paru-paru. (Barmawi. H).

Orang yang serumah dengan penderita tuberkulosis pada BTA positif adalah orang yang besar kemungkinannya tertular basil tersebut. Infektifitas penderita juga berhubungan dengan jumlah basil dalam sputum yang dikeluarkan, luasnya proses penyakit dalam paru dan frekuensi batuk. (Daniel, 1987).

d. Bagaimana penyakit ini terjadi

Sebagian besar yang telah terinfeksi (80-90%), belum tentu menjadi sakit tuberkulosis. Untuk sementara waktu kuman berada dalam keadaan dormant (tidur), dan keberad

Mereka yang menjadi sakit tersebut sebagai "penderita tuberkulosis" biasanya dalam waktu paling cepat 3-6 bulan setelah terjadi infeksi. Mereka yang tidak menjadi sakit tetap beresiko untuk menderita tuberkulosis sepanjang sisa hidup mereka.

e. Pengaruh HIV terhadap tuberkulosis

Penularan HIV terutama terjadi melalui hubungan seksual, transfusi darah, ataupun dari ibu ke bayi lewat plasenta. Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas dari sistem kekebalan tubuh. Sehingga jika terjadi infeksi oportunistik maka yang bersangkutan akan sakit parah bahkan bisa menyebabkan kematian, keadaan ini dikenal dengan AIDS (*Acquired Immuno deficiency syndrome*).

Bila perlindungan dari sistem pertahanan tubuh berkurang akibat HIV, maka kuman tuberkulosis yang tadinya Dormant akan mulai berkembang biak, jika seseorang sudah mengidap HIV 10 % kemungkinan akan sakit TB dalam waktu 1 tahun saja, sehingga bila kedua infeksi tersebut terjadi pada orang yang sama, maka jumlah penderita tuberkulosis akan meningkat.

Oleh karena itu sangat penting untuk menemukan sedini mungkin dan mengobati sampai sembuh semua penderita tuberkulosis yang menular karena infeksi HIV/AIDS belum ada obatnya.

f. Patogenesis

Pada penularan basil masuk ke dalam tubuh yang belum mempunyai kekebalan, tubuh mengadakan perlawanan dengan cara yang umum, yaitu dengan mengadakan infiltrasi sel-sel radang ke jaringan tubuh yang mengandung basil tersebut. Reaksi tubuh yang demikian disebut reaksi non-spesifik (tahap pre-alergen). Keadaan ini berlangsung 3-7 minggu. Pada tahap ini uji kulit dengan tuberkulin negatif.

Setelah tahap pre-alergen dilampaui timbul tahap alergik. Pada tahap ini dalam tubuh sudah terbentuk zat anti, sehingga reaksi tubuh menunjukkan reaksi spesifik. Tanda-tanda peradangan umum tetap ada. Tahap ini lamanya juga \pm 3-7 minggu (Amin *et al*, 1989).

Kekebalan spesifik terhadap tuberkulosa sebagian besar diperantarai oleh limfosit T dengan mengeluarkan limfokin untuk membunuh bakteri dan menghambat efek sensitisasi limfosit T. Peran imunoglobulin kurang jelas. Ig A sering meningkat pada penderita tuberkulosa aktif dan turun bila infeksi diatasi dengan terapi (Stead & Bate 1981).

Mekanisme infeksi laten yang mengalami kekambuhan tidak diketahui dengan jelas. Kekambuhan terjadi lebih sering pada usia lanjut dan dengan adanya penyakit-penyakit lain yang menyertai. Kekambuhan ini disebabkan oleh penurunan pengawasan imunologik oleh limfosit T (Stead & Bates, 1981).

2. Gejala-gejala Tuberkulosa

Gejala atau keluhan yang sering terjadi dikelompokkan menjadi gejala sistemik dan respiratoris.

a. Gejala Sistemik

1. Demam

Biasanya subfibris menyerupai demam influenza, timbul pada sore dan malam hari disertai keringat malam. Demam ini dapat mencapai 40 – 41°C. Demam ini bersifat hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedangkan masa bebas serangan makin pendek.

2. Malaise

Penyakit TB paru bersifat radang menahun, maka dapat menimbulkan keluhan rasa tidak enak, pegal-pegal, nafsu makan turun dan sakit kepala (Yunus, 1992).

b. Gejala Respiratoris

1. Batuk

Batuk timbul setelah melibatkan bronkus. Adanya iritasi bronkus dan akibat peradangan bronkus maka menjadi batuk produktif bersifat mukoid atau purulen (Crofton dan

Karena batuk merupakan manifestasi yang menc

datang dengan keluhan batuk, berdahak lebih dari 3 minggu harus dianggap "suspek tuberkulosa", dan segera diperiksa dahaknya

2. Batuk Darah (Haemoptysis)

Batuk darah terjadi akibat pecahnya pembuluh darah, ulserasi dinding bronkus atau adanya kavitasi (Bahar, 1987). Batuk darah masih biasanya karena erosi arteria bronkiatis karena tekanan sistemis sehingga timbul pendarahan dan bisa sampai lebih dari 0,5 l umumnya berakibat fatal.

3. Nyeri Dada

Gejala ini timbul apabila infiltrasi radang sudah sampai pleura (pleuritis). Keluhan ini bervariasi dari ringan sampai berat dan rasa perih pada waktu batuk.

4. Sesak Nafas

Gejala ini jarang, umumnya terjadi pada TB paru yang sudah lanjut, dengan kerusakan paru yang cukup luas atau lebih dan setengah bagian paru.

Apabila gejala-gejala tersebut diperkuat dengan riwayat kontak dengan penderita tuberkulosa, maka kemungkinan besar dia juga menderita tuberkulosa dan harus segera dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis dan bila terbukti harus segera diobati.

3. Penegakkan Diagnosis

a. Pemeriksaan Bakteriologi

Pemeriksaan dahak dengan mikroskop merupakan pemeriksaan yang paling sederhana mudah murah dan memberi hasil yang sangat spesifik dan sensitif. Pewarnaan yang umumnya digunakan ialah pewarnaan Ziehl Nielsen dan Kinyoun-Gabbett.

Mycobacterium tuberculosis berbentuk batang berwarna merah, tahan terhadap penghilangan warna dengan asam, alkohol. Basil ini baru kelihatan di bawah mikroskop bila jumlahnya paling sedikit 5.000 batang/ml dahak. Dahak yang baik untuk diperiksa adalah yang mukopurulent, berwarna hijau kekuningan, berjumlah 3-5 ml tiap pengambilan.

b. Pemeriksaan Radiologi

Bila dari 3 kali pemeriksaan BTA negatif sedangkan secara klinis mendukung sebagai TB, perlu dilakukan pemeriksaan rontgen. Umumnya menggunakan pemeriksaan standar foto thoraks PA dengan/tanpa foto lateral. Tapi diagnosis ini belum merupakan diagnosis pasti, karena gambaran pada foto rontgen tidak selalu spesifik untuk tuberkulosa. Pemeriksaan ini mungkin berguna pada penderita-penderita suspek yang belum pernah diobati sebelumnya dengan hasil pemeriksaan dahak negatif. Dan

c. Pemeriksaan darah rutin

Hasil pemeriksaan darah rutin kurang spesifik untuk tuberkulosis.

Laju endap darah sering meningkat pada proses aktif, tetapi laju endap darah yang normal tidak menyingkirkan tuberkulosis. Limfositosis pun kurang spesifik.

d. Pemeriksaan jasmani

Pemeriksaan jasmani sangat tergantung pada luas dan kelainan struktural paru. Pada permulaan penyakit umumnya tidak banyak membantu, bila ditemukan kelainan umumnya di puncak paru, yang ditemukan pada pemeriksaan jasmani ialah antara lain ronki basah, tanda-tanda penarikan paru, diafragma, mediastinum anterior.

4. Pengobatan Tuberkulosa

a. Tujuan pengobatan dengan OAT jangka pendek :

1. Memutuskan rantai penularan dan menyembuhkannya paling sedikit 85% dari seluruh kasus dengan BTA positif (+).
2. Mencegah resistensi obat.

b. Paduan OAT dan tatafaksananya

Obat dalam penanggulangan tuberkulosis adalah Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z), Etambutol (E). Paduan OAT yang digunakan sesuai rekomendasi WHO berupa OAT jangka pendek yang terdiri dari 4 kategori. Setiap kategori terdiri dari 2 fase pemberian yaitu awal/intensif dan fase lanjutan/intermiten.

1. Kategori 1 (2 HRZE/4 H3R3) diberikan untuk :

- a. Penderita baru BTA positif
- b. Penderita baru BTA negatif/rontgen positif yang sakit berat dan ekstra paru berat.

Tata cara pemberiannya lihat tabel ini :

Tabel 1

Dosis dan Jumlah Butir Pemakaian OAT Kategori I

MACAM PADUAN DAN DOSIS OBAT	FASE AWAL/INTENSIF SETIAP HARI					FASE LANJUT/INTERMITEN SEMINGGU 3 KALI					TOTAL KALI/HARI MINUM OBAT
	Dosis	Butir	Butir per hari	Lama pengobatan (bulan)	Kali/Hari minum Obat	Dosis	Butir	Butir per hari	Lama pengobatan (bulan)	Kali/Hari Minum Obat	
2HRZE / 4H3R3 H : Isoniasid @ 300 mg R : Rifampisin @ 450 mg Z : Pirazinamid @ 500 mg E : Etambutol @ 250 mg	300 mg	1				600 mg	2				114
	450 mg	1	8	2	60	450 mg	1	3	4	54	
	1500 mg	3									
	750 mg	3									

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

Diberikan pada penderita BTA positif (yang sudah p

- a. Kambuh / relaps BTA positif
- b. Gagal / failure BTA positif

Tata cara pemberiannya lihat tabel :

Tabel 2

Dosis dan Jumlah Butir Pemakaian OAT Kategori 2

MACAM PADUAN DAN DOSIS OBAT	FASE AWAL/INTENSIF SETIAP HARI					FASE LANJUTAN/INTERMIN SEMINGGU 3 KALI					TOTAL KALI/ HARI MINUM OBAT
	Dosis	Butir	Butir per hari	Lama pengobatan (bulan)	Kali/ Hari Minum Obat	Dosis	Butir	Butir per hari	Lama pengobatan (bulan)	Kali/ Hari Minum Obat	
ZSHRZE/HRZE/SH3R3E3 S : Streptomisin, 1,5 gr H : Isoniasid @ 300 mg R : Rifampisin @ 450 mg Z : Pirazinamid @ 500 mg E : Etambutol @ 250 mg	700 mg			2	60	500 mg	2				156
	300 mg	1				250 mg	1	6	5	66	
	450 mg	1	8	3	90						
	1500 mg	3				1250 mg	3				
	750 mg	3									

*) 500 mg 2 tablet : 250 mg 1 tablet

3. Kategori 3 (2 HRZ/4 H3R3) untuk :
 - a. Penderita baru BTA negatif / rontgen positif
 - b. Penderita ekstra Paru ringan

Tata cara pemberiannya lihat tabel :

Tabel 3

Dosis dan Jumlah Butir Pemakaian OAT Kategori 3

MACAM PADUAN DAN DOSIS OAT	FASE AWAL/INTENSIF SETIAP HARI					FASE LANJUTAN/INTERMIN SEMINGGU 3 KALI					TOTAL KALI/ HARI MINUM OBAT
	Dosis	Butir	Butir Per hari	Lama Pengobatan (bulan)	Kali/ Hari Minum Obat	Dosis	Butir	Butir Per hari	Lama Pengobatan (bulan)	Kali/ Hari Minum	
2 HRZ/2 H3R3 H : Isoniasid @ 300 mg R : Rifampisin @ 450 mg Z : Pirazinamid @ 500 mg	300 mg	1				600 mg	2				156
	450 mg	1	5	2	60	450 mg	1				
	1500 mg	3		bulan							

Obat sisipan (HRZE)

Diberikan bila setelah pemberian pengobatan kategori 1 dan kategori 2 pada fase awal/intensif masih BTA positif, diberikan obat sisipan selama 1 bulan setiap hari.

Tata cara pemberiannya lihat tabel :

Tabel 4

Dosis dan Jumlah Butir Pemakaian OAT Sisipan

MACAM PADUAN DAN DOSIS OAT	FASE AWAL/INTENSIF SETIAP HARI				
	Dosis	Butir	Butir Per hari	Lama Pengobatan (bulan)	Kali/Hari Minum Obat
HRZE H : Isoniasid @ 300 mg R : Rifampisin @ 450 mg Z : Pirazinamid @ 500 mg E : Etambutol @ 250 mg	300 mg 450 mg 1500 mg 750 mg	1 1 3 3	8	1 bulan	30

5. Pemantauan dan Evaluasi

Penilaian hasil pengobatan seorang penderita dibedakan menjadi 6 :

a. Sembuh

Penderita BTA Positif yang telah menyelesaikan pengobatannya kemudian diperiksa ulang dahaknya terdapat hasil BTA negatif 2 kali atau lebih pada waktu berurutan yaitu bulan ke-5 dan akhir pengobatan pada kategori 1 dan bulan ke-7 dan akhir pengobatan pada kategori 2.

b. Pengobatan lengkap

ialah penderita TB yang telah mengikuti pengobatan lengkap tapi tidak dilakukan pemeriksaan dahak ulang (atau hanya diperiksa 1 kali dengan hasil BTA negatif pada bulan ke-2 atau pada bulan ke-5).

c. Meninggal

Ialah Penderita TB yang diketahui meninggal karena sebab apapun

d. Gagal (BTA positif)

ialah penderita BTA positif yang pada pemeriksaan dahkanya tetap memberikan hasil BTA positif pada akhir fase awal setelah pengobatan dengan sisipan, pada akhir bulan ke-5 (kategori 1), bulan ke-7 (kategori 2) dan akhir pengobatan

e. Defaulted (lalai)

Ialah penderita yang tidak mengambil obat 1 bulan dari 2 bulan dalam masa antara 2-5 bulan pengobatan tetapi BTA negatif sebelum berhenti berobat.

f. Pindah (*transfer out*)

Ialah penderita TB paru yang sebelumnya diobati di BP-4 Minggiran kemudian pindah berobat ke daerah lain.

Tindak lanjut pengobatan :

- a. Sembuh, tidak diperlukan tindakan selanjutnya.
- b. Pengobatan lengkap diberitahu bila gejala muncul kembali supaya memeriksakan diri kembali mengikuti prosedur tetap.
- c. Pengobatan tidak teratur, untuk tidak lanjutnya harap "lihat prosedur tetap"
- d. Pindah, bisa obat dikirim ke unit pelayanan kesehatan tempat berobat yang baru beserta pencatatannya.
- e. Kambuh/gagal, maka pengobatannya dilanjutkan OAT kategori 2.
- f. Kronis, ialah penderita dengan pengobatan ulang (k
tetap BTA positif setelah pengobatan. Dirujuk kepada

6. Klasifikasi Diagnosis

Klasifikasi tersebut ialah :

a. TB Paru

a.1. Dimana BTA positif secara mikroskopik atau biakan positif, terdapat kelainan radiologik yang menyokong TB dan gejala klinis sesuai TB.

a.2. BTA negatif pada mikroskopik atau biakan, tetapi kelainan dan gejala klinik sesuai untuk TB dan memberikan perbaikan pada pengobatan awal TB.

b. TB Paru Tersangka

Gejala klinik dan kelainan radiologik sesuai TB dan tidak/belum ditemukan BTA dalam sputum. Paling lambat dalam tiga bulan harus sudah bisa dipastikan apakah diagnosis menjadi TB Paru atau bekas TB Paru. Golongan ini dibagi lagi menjadi dua yaitu TB paru tersangka yang diobati dan tidak diobati.

c. Bekas TB Paru

Adanya riwayat TB pada masa lalu dengan atau tanpa pengobatan. Gambaran radiologik sesuai dengan bekas TB dan stabil pada serial foto, tidak ditemukan kuman dalam pemeriksaan langsung dan biakan.

Berdasar riwayat pengobatan sebelumnya maka penderita berada dalam :

1. Kasus baru,

ialah penderita baru BTA positif yang belum pernah menelan OAT atau pernah menelan OAT kurang dari satu bulan

2. Kambuh (relaps)

ialah penderita BTA positif yang sudah dinyatakan semi

3. Pindahan (*transfer-in*)

ialah penderita TB paru dari daerah atau kabupaten lain yang pindah berobat di BP-4 Minggiran.

4. Lain-lain

Selain dari yang tersebut di atas disebut "lain-lain" dan tipe penderita ini harus ditulis. Termasuk diantara "lain-lain" adalah penderita gagal.

5. Gagal (*failure*)

ialah penderita BTA positif yang pada pemeriksaan dahaknya tetap memberikan hasil BTA positif pada akhir fase awal setelah pengobatan dengan sisipan, pada akhir bulan ke-5 dari kategori-1, akhir bulan pengobatan (bulan ke-6). Pada kategori ke-2 apabila tetap BTA positif tersebut kronis.

6. Pengobatan setelah lalai

ialah penderita BTA positif yang telah menjadi negatif, dan tidak menelan OAT selama sedikitnya dua bulan antara bulan ke -2 dan ke-5 pengobatan dan kini datang lagi untuk berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA negatif.

E. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidapatuhan Berobat

Studi-studi terdahulu mengemukakan faktor-faktor yang sering menjadi alasan penderita untuk tidak melanjutkan pengobatannya adalah :

a. Berkurangnya gejala/keluhan merupakan ukuran kesembuhan

b. Kesibukan kerja terutama pekerjaan yang menyita waktu

Created with

- c. Jarak rumah terhadap fasilitas kesehatan. Semakin jauh jaraknya semakin tidak patuh (Talogo, 1977; Curry, 1964; Lapau, 1978).
- d. Pendidikan yang rendah (Curry, 1964)
- e. Kebosanan penderita akan waktu pengobatan yang lama (Gunadi, 1978).
- f. Pengobatan dengan suntik, menyebabkan tempat yang mendapat suntikan menjadi keras dan menimbulkan rasa tidak enak (Setiawan, 1978)
- g. Efek samping pengobatan seperti mual, nyeri abdomen, respiratory distress syndrome (Setiawan, 1978).
- h. Kurangnya pengertian penderita terhadap pentingnya pengobatan penyakit TB paru (Setiawan, 1978)
- i. Rasa tidak puas penderita terhadap pelayanan kesehatan yang diterima (Hudoyo, 1982).