

KARYA TULIS ILMIAH
GAMBARAN UMUM KEPATUHAN MINUM OBAT,
ASUPAN ENERGI PROTEIN DAN STATUS GIZI
PENDERITA TBC DI PUSKESMAS ABEPURA



Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk Menyelesaikan
Pendidikan Diploma III Gizi

Disusun oleh:

NOVIN LINDA BUKEGA

NIM: PO.71.32.2.10.26

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
JURUSAN GIZI
TAHUN 2013

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

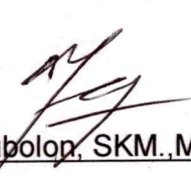
GAMBARAU UMUM KEPATUHAN MINUM OBAT, ASUPAN ENERGI PROTEIN
DAN STATUS GIZI PENDERITA TBC DI PUSKESMAS ABEPURA

OLEH:

NOVIN LINDA BUKEGA

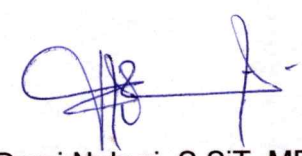
PO.71.32.2.10.26

Pembimbing I


Berliana Tampubolon, SKM., M.Kes

NIP: 19560229197804 200 1

Pembimbing II


Dorci Nuburi, S.SiT., MPH

NIP: 197702082000032001

Ketua Jurusan Gizi


I Rai Ngardita, SKM.M.Kes

NIP.196603151989031002

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

GAMBARAN UMUM KEPATHAN MINUM OBAT ASUPAN ENERGI PROTEIN
DAN STATUS GIZI PENDERITA TBC DI PUSKESMAS ABEPURA

Oleh :

NOVIN LINDA BUKEGA
NIM.PO.71.32.2.10.26Telah di uji dan dipertahankan di depan tim penguji
Pada tanggal 27 Agustus 2013

Susunan Penguji :

1. Berliana Tampubolon, SKM., M.Kes (Pembimbing I)
2. Dorci Nuburi, S.SiT, MPH (Pembimbing II)
3. G. Enny Susanti, SKM, M.Kes (Penguji I)
4. Rosmaida Sirait. SKM (Penguji I)

Telah Diterima

Pada Tanggal 27 Agustus 2013

Ketua Jurusan

I Rai Ngardita, SKM .M.Kes
NIP.19660315 198903 1 002

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam KTI ini tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh kesamaan disuatu perguruan dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang tertulis dalam masalah disebutkan dalam daftar pustaka.

Jayapura, 02 agustus 2013

Novin Linda Bukega

RIWAYAT HIDUP

A. IDENTITAS

Nama : NOVIN LINDA BUKEGA

Tempat/Tanggal Lahir: Wamena, 05 November 1991

Agama : Katolik

Jenis Kelamin : Perempuan

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD YPPK St. Vincentius Miligatnem Asologaima wamena : Lulus tahun 2004
2. SMP Negeri 1 Asologaima, wamena : Lulus tahun 2007
3. SMA Negeri 1 Asologaima wamena : Lulus tahun 2010
4. Jurusan GIZI Poltekkes Kemenkes Jayapura : dari tahun 2010 – 2013

GAMBARAN UMUM KEPATUHAN MINUM OBAT, ASUPAN ENERGI, PROTEIN

DAN STATUS GIZI PENDERITA TBC DI PUSKESMAS ABEPURA

INTISARI

Masalah kurang gizi pada penderita TBC (Tuberculosis) merupakan masalah penting, karena selain mempunyai resiko terhadap penyakitnya, juga dapat mempengaruhi produktivitas kerjanya. Tujuh puluh lima persen penderita TBC paru berasal dari golongan tenaga kerja produktif (umur 1 – 60 tahun) dan golongan ekonomi lemah.

Pasien yang menderita TBC akan mengalami gangguan nafsu makan sehingga asupan makan jadi berkurang dan menyebabkan asupan energy dan protein jadi berkurang sehingga mengakibatkan interaksi antara penyakit dan makanan. (Depkes RI 2007).

Keadaan asupan makan yang buruk dapat menurunkan resistensi terhadap tuberculosa. Para penderita TBC *Tuberculosa* dapat disembuhkan jika diberi OAT (obat anti TBC) yang diminum secara teratur dengan pengawasan yang tepat. (Depkes RI 2007)

Daftar baca, 15 buku (1982 – 2010)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas izinnya kami dapat menyelesaikan proposal KTI tepat pada waktunya.

Dalam penulisan proposal ini tentunya tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan saran dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Isack J.H.Tukayo,SKp, MSc , selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura, yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk menyelesaikan proposal penelitian
2. I Rai Ngardita, M.Kes, selaku ketua jurusan Gizi yang telah memberikan dorongan untuk menyelesaikan studi akhir
3. Berliana Tampubolon, SKM.,M.Kes selaku pembimbing I, terima kasih atas bimbingan, arahan dan masukannya ke dalam proposal ini.
4. Dorci Nuburi, S.SiT.,MPH selaku pembimbing II yang telah memberikan saran dan arahan dalam proposal ini
5. Kepada semua dosen – dosen pengajar yang telah memberikan pengetahuan Gizi selama penulis masih duduk di bangku kuliah.
6. Untuk orang tua yang telah memberikan dorongan, dukungan, semangat dan doa sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini.
7. Rekan – rekan mahasiswa/i serta semua pihak yang telah memberikan semangat sehingga penyusunan proposal ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari bahwa proposal ini masih ada banyak kekurangan dan belum sempurna, untuk itu penulis mengharapkan masukan dan saran – saran untuk kesempurnaan proposal ini.

Akhirnya penulis berharap proposal ini dapat dapat bermanfaat bagi semua

Jayapura 02 agustus 2013

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
INTISARI	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan Penelitian	2
1. Tujuan umum	2
2. Tujuan khusus	2
D. Manfaat Penelitian	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Tentang	4
1. Asupan Gizi	4

2. Penyakit TBC (Tuberculosis)	8
3. Status Gizi	12
B. Kerangka konsep	16
1. Kerangka Teori	16
2. Kerangka Pikir	16
3. Desain Operasional dan Kriteria Objektif	17

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	19
B. Waktu dan Tempat Penelitian	19
C. Populasi dan Sampel	19
D. Tahapan Penelitian	20
E. Jenis dan Cara Pengumpulan Data	20
F. Pengolahan dan pengumpulan data	22
G. Analisis Data	22

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum	23
B. Hasil	26
1. Karakteristik Penderita	26
2. Ojek yang Diteliti	28
C. Pembahasan	32

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	34
B. Saran	35

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	hal.
2.1 Kategori ambang batas asupan energi	5
2.2 Kategori ambang batas IMT	15
2.3 Definisi Operasional	17
4.1 Jumlah Penduduk	23
4.2 Distribusi Penderita Menurut golongan umur	26
4.3 Distribusi Penderita Menurut jenis kelamin	27
4.4 Distribusi Penderita Menurut tingkat pendidikan	27
4.5 Distribusi Penderita Menurut golongan kerja	28
4.6 Distribusi Penderita Menurut riwayat sakit	29
4.7 Distribusi Penderita Menurut kepatuhan minum obat	29
4.8 Distribusi Penderita Menurut riwayat minum obat	30
4.9 Distribusi Penderita Menurut status gizi	31
4.10 Distribusi Penderita Menurut asupan energi	31
4.11 Distribusi Penderita Menurut asupan protein	32

DAFTAR GAMBAR

2.1 kerangka pikir	16
--------------------------	----

DAFTAR LAMPRAN

Lampiran 1 kuesioner penelitian	38
Lampiran 4 surat bukti penelitian	39
Lampiran 5 surat bukti seminar proposal	40
Lampiran 6 fod recall	41
Lampiran 7 master tabel	42

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Masalah kurang gizi pada penderita TBC (Tuberculosis) merupakan masalah penting, karena selain mempunyai resiko terhadap penyakitnya, juga dapat mempengaruhi produktivitas kerjanya. Indonesia merupakan negara terbesar ketiga didunia dalam masalah penyakit TBC. Tujuh puluh lima persen penderita TBC paru berasal dari golongan tenaga kerja produktif (umur 1 – 60 tahun) dan golongan ekonomi lemah.

Prevalensi penyakit TB masih menjadi prioritas utama pada program pengendalian penyakit. Di papua Penyakit Tuberkulosis menurut diagnosis gejala (D/G) tertinggi ditemukan di Pegunungan Bintang (7,0%) dan terendah di Waropen (0,0%) Waropen. Rendahnya prevalensi TB di kabupaten Waropen hal ini ditunjukkan dengan prevalensi TB sebesar 0% baik menurut Diagnosis Gejala (D/G) maupun Diagnosis Nakes (tenaga kesehatan). Berdasarkan Diagnoss Nakes (tenaga kesehatan) tertinggi ditemukan di Tolikara (4,7%) dan di Mappi (2,1%). Ternyata di provinsi Papua prevalensi TBC meningkat sejalan dengan meningkatnya umur baik menurut diagnisis gejala maupun diagnosis nakes. Di kabupaten jayapura data yang di peroleh dari data profil kesehatan 2010 jumlah penderita TBC sebesar 500 penderita.

Pada tahun 2009 jumlah penderita TBC dikabupaten jayapura sebesar 183 orang, pada tahun 2010 jumlah TBC jayapura sebesar 168 orang dan semua penderita (100%) di obati. Dari penderita yang berjumlah 183 yang dinyatakan sembuh sebersar 106 orang, penderita yang pengobatnnya lengkap sebesar 41

orang, default (DO) 15 orang, gagal 14 orang, pindah 4 orang dan yang meninggal 3 orang (Profil Dinkes, 2010)

Data puskesmas Abepura berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium TB pada dahak positif (+) adalah sebesar 86 penderita, tetapi hanya 31 penderita yang diobati. Penderita yang ekstra paru sebanyak 12 orang, yang sembuh 1 orang dan 18 penderita masih dalam tahap pengobatan.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk meneliti tentang bagaimana kepatuhan minum obat dengan asupan energi protein dan status gizi penderita TBC di Puskesmas Abepura.

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang di atas, maka timbul rumusan masalah: Bagaimana gambaran kepatuhan minum obat dengan asupan energi protein dan status gizi penderita TBC di puskesmas Abepura.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui gambaran umum kepatuhan minum obat dengan asupan energi protein dan status gizi penderita TBC di puskesmas Abepura.

2. Tujuan khusus

- a) Untuk mengetahui gambaran kepatuhan minum obat penderita TBC di puskesmas Abepura.
- b) Untuk mengetahui gambaran asupan energi pada penderita TBC di puskesmas abepura.
- c) Untuk mengetahui gambaran asupan protein pada penderita TBC di pukesmas Abepura.

- d) Untuk mengetahui kepatuhan minum obat dengan status gizi penderita TBC di puskesmas Abepura.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Untuk Dinas Kesehatan:

*Sebagai bahan masukan dalam menentukan kebijakan untuk penanggulangan TBC.

2. Bagi puskesmas:

Sebagai bahan masukan untuk dapat lebih memberikan perhatian khusus dalam penanggulangan penyakit TBC (Tuberculosis).

3. Bagi Peneliti:

Sebagai bahan pembelajaran dan pengalaman yang berharga dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama perkuliahan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. LANDASAN TEORI

1. Asupan Gizi

a. Pengertian

Asupan gizi adalah nilai intake zat gizi energi dan protein yang di nilai berdasarkan hasil perbandingan antara tingkat konsumsi dan kebutuhan.

Konsumsi makan oleh tubuh dalam keluarga tergantung pada jumlah dan jenis pangan yang di beli, pemasukan distribusi dalam keluarga dan kebiasaan makan perorangan. Hal ini tergantung pula pada pendapatan, agama, adat-istiadat dan pendidikan masyarakat yang bersangkutan serta jumlah anggota keluarga. (Almatsier sunita 2001)

b. Penilaian Asupan Gizi

Salah satu penilaian asupan makan seseorang yaitu *recall 1x24 jam*. *Recall 24 jam*, yaitu mengingat kembali dan mencatat jumlah, serta jenis pangan dan minuman yang telah dikonsumsi selama 24 jam merupakan metode pengumpulan data paling banyak dan paling mudah digunakan. Proses ini dipandu oleh pewawancara terlatih, idealnya adalah seorang ahli gizi, atau orang lain yang mengerti tentang pangan dan gizi, serta mampu menggunakan instrumen baku, disamping pula menguasai jenis pangan yang tersedia dipasaran, serta mengerti cara membuat santapan berbasis etnis tertentu.

Kelebihan metode *recall* 24 jam:

- a) Mudah menjelaskanya serta tidak terlalu membebani responden.
- b) Biaya relatif murah, karena tidak memerlukan peralatan khusus dan tempat yang luas untuk wawancara.
- c) Cepat, sehingga dapat mencakup banyak responden.
- d) Dapat memberikan gambaran nyata yang benar-benar dikonsumsi individu sehingga dapat dihitung intake zat gizi sehari.

Kekurangan metode *recall* 24 jam :

- a) Tidak dapat menggambarkan asupan makan sehari-hari, bila hanya dilakukan *recall* satu hari.
- b) Ketepatan sangat tergantung pada daya ingat responden.
- c) Membutuhkan tenaga atau petugas yang terlatih dan terampil dalam menggunakan alat bantu URT. (Arisman, 2008)

Tabel 2.1 Kategori Ambang Batas Asupan Energi

Kategori	Parameter
Baik	<100%
Cukup	80 - 99%
Kurang	70 - 79%
Deficit	>70%

Sumber : Depkes., RI 1990, "Buku Pedoman Petugas Gizi Puskesmas"

Depkes RI Jakarta`.

c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Asupan

Pada umumnya asupan gizi dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu: faktor sosial, faktor ekonomi meliputi tingkat persediaan pangan dipasar sampai

pada keluarga/ daya beli keluarga, faktor budaya mencakup kebiasaan makan dan pandangan-pandangan masyarakat terhadap penggunaan pangan serta adanya pantangan-pantangan/tabu yang masih melekat di masyarakat. (soehardjo, 1985)

1) Kebutuhan Zat Gizi

a) Kebutuhan energi

Kebutuhan energi seseorang menurut FAO/WHO (1985) adalah energi berasal dari makanan yang diperlukan untuk mencukupi pengeluaran energi seseorang bila ia mempunyai ukuran dan komposisi tubuh dengan tingkat aktifitas yang sesuai dengan kesehatan jangka panjang dan memungkinkan pemeliharaan aktifitas fisik yang dibutuhkan secara sosial dan ekonomi (I Dewa Nyoman, 2001)

Contoh perhitungan energy berdasarkan AKG

Menurut Darwin Karyadi dan Muhilal (1996)

$$\text{AKG individu} = \frac{\text{berat badan sekarang}}{\text{berat badan AKG}} \times \text{kebutuhan AKG}$$

$$\text{Tingkat konsumsi} : = \frac{\text{hasil recall}}{\text{kebutuhan individu}}$$

b) Kebutuhan protein

Protein dalam tubuh merupakan sumber asam amino yang diperlukan sebagai zat pembangun yaitu:

1. Pertumbuhan dan perkembangan protein dalam serum hemoglobin, hem, hormon dan antibodi
2. Menggantikan sel-sel yang rusak
3. Memelihara keseimbangan asam basa dalam tubuh

Kebutuhan protein menurut FAO/WHO adalah “konsumen yang di perlukan untuk mencegah kehilangan protein tubuh dan memungkinkan produksi protein yang di perlukan dalam masa pertumbuhan, kehamilan dan menyusui.

Angka kecukupan protein (AKP) orang dewasa menurut hasil-hasil penelitian keseimbangan nitrogen adalah 0,75 gram/kg Berat Badan, berupa “telur” menjadi patokan tinggi pada protein (mutu cerna/digestibiliti dan daya save level of intake atau taraf asupan terjamin).

2) Masalah Kekurangan Zat Gizi

Kekurangan Energi dan Protein (KEP)

Kekurangan energi dan protein (KEP) adalah keadaan kurang gizi yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak memenuhi angka kecukupan gizi.

a). Kekurangan Energi

Kekurangan energi pada bayi dan anak-anak akibatnya akan menghambat pertumbuhan. Kondisi kekurangan energi dinamakan dengan *marasmus*, sedangkan pada orang dewasa akan menyebabkan penurunan berat badan dari berat badan seharusnya (ideal) dan kerusakan jaringan tubuh.

b). Kekurangan Protein

Kekurangan protein banyak terdapat pada masyarakat yang sosial ekonominya rendah. Kekurangan protein murni pada stadium berat menyebabkan *kwashiorkor* pada anak-anak dibawah lima tahun (balita).

2. Penyakit TBC Tuberculosis

a. Pengertian

Tuberculosis adalah penyakit menular yang sebagian besar disebabkan oleh kuman *Micobacterium tuberculosis*. Kuman tersebut biasanya masuk kedalam tubuh manusia melalui udara pernapasan kedalam paru, kemudian kuman tersebut menyebar dari paru kebagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem limfe, melalui saluran nafas (Brochus) atau penyebaran langsung ke bagian tubuh lainnya. TB dapat terjadi pada semua kelompok umur baik di paru maupun diluar paru (Boedi warsono 1996)

Paru-paru adalah organ tubuh yang sangat peka terhadap kuman ini sehingga tuberculosis paru merupakan jenis yang paling banyak dan paling penting (Depkes RI 1992). Pada umumnya tuberculosis paru adalah infeksi primer pada manusia karena sebelumnya organ tubuh lainnya basil TBC akan menjangkit paru-paru terlebih dahulu. TBC pada organ tubuh lainnya biasanya merupakan infeksi sekunder. Masa inkubasi TBC berlangsung beberapa bulan, artinya beberapa bulan setelah kuman TBC masuk ke dalam tubuh baru timbul gejala penyakit penyakit TBC ditularkan melalui udara. Kontak langsung dengan makanan yang terkontaminasi TBC dapat terjadi pada semua kelompok umur.

b. Penyebab

Sumber yang menyebabkan penyakit paru ialah sejenis kuman kecil yang membentuk tongkat, begitu kecil sehingga reribu-ribu dari mereka dapat berbaring bersama-sama pada kepala sebuah peniti. Kuman-kuman yang kecil dan ulet ini dilindungi oleh selaput lilin yang menghalangi pertahanan tubuh yang normal untuk menyerobor penyerang-penyarang ini.

TBC dapat menyerang bagian tubuh manapun tetapi paling sering diparu-paru. Kuman-kuman ini hidup berbulan-bulan disuatu tempat yang sejuk dan gelap, terutama tempat tersebut agak lembab. Malahan lebih buruk lagi kuman-kuman itu dapat menahan pengeringan cukup lama tetapi cepat mati oleh cahaya matahari dan panas (Hendrawan, 1998)

Kuman-kuman itu biasanya disebarkan oleh batuk dan bersin dapat dibawa oleh butir-butir debu atau titik-titik air yang terapung-apung diudara. Satu kali batuk dari seseorang menurut para peneliti dapat mengeluarkan $\pm$ 75.000.000 kuman di udara sehingga orang lain dapat mungkin saja terkena/ terhirup kuman-kuman inidan terjangkit penyakit yang ditakuti ini.

Sekali-kali kuman itu telah masuk ke dalam paru-paru, suatu pertempuran akan mulai terjadi. Sel-sel darah putih dengan lekas mengelilingi kuman itu dan menelannya secepat mungkin. Tetapi karena kulit-kuitnya yang berlilin itu kebanyakan kuman-kuman itu hidup terus. Lalu sel-sel darah putih yang lebih besar itu masuk dan mendirikan suatu tembok pertahanan melakukan penyerangan-penyerangan, ini disebut dengan *tuberkel* atau benjolan kecil (M.Amin, 1982).

c. Gejala

Gejala-gajala umum pada penderita Tuberculosis adalah:

- a) Batuk lendir > 3 minggu
- b) Demam > 1 bulan terutama siang dan malam hari
- c) Nafsu makan dan berat badan menurun
- d) Pernah batuk darah (batuknya bercampuar darah)
- e) Sesak nafas/nyeri dada

d. Perjalanan penyakit TBC paru

Perjalanan alamiah TBC paru tanpa pengobatan, setelah lima tahun 50% dari penderita TB (Tuberculosis) akan meninggal, 25% akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh tinggi dan 25% sebagai kasus kronik yang tetap menular (WHO1996).

e. Cara penularan

Sumber penularan adalah penderita TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menularkan kuman keudara dalam bentuk Droput (percikan dahag). Droput yang mengandung kuman dapat bertahan diudara pada suhu kamar dalam beberapa jam. Orang dapat terinfeksi jika droput tersebutterhirup kedalam saluran pernapasan. Selama kuman TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman TB dapat menular dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya.

f. Faktor Resiko Terkena Penyakit TBC

Ada daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya gizi buruk atau HIV/AIDS.

g. Pengobatan

Pengobatan tergantung kepada tipe penderita (baru, do, gagal dan kambuh), pada pertama kali pemeriksaan di puskesmas, pasien dikenai biaya administrasi, tetapi diketahui pasien positif TB maka pasien tidak dikenai biaya pengobatan dan obat gratis.

Obat yang di konsumsi ada 4 jenis yaitu: Rifampicin, Isonoasida, pyrazinamida, dan ethambutol.

h. Jenis bahan makanan yang di anjurkan bagi penderita TBC

Berikut beberapa jenis bahan makanan yang direkomendasikan untuk pencegahan TBC bagi penderita TBC:

- a) Jagung: Kaya beta Cryptoxanthin, yaitu sejenis phyto nutrient yang dapat menurunkan resiko kanker paru. Cryptoxanthin jika dikonsumsi dalam sayuran dan buah, berkhasiat melindungi paru dan menghambat perkembangan kanker paru.
- b) Nasi cokelat (nasi goreng): Mengandung selenium dan vitamin E yang perpaduannya meningkatkan kesehatan paru.
- c) Brokoli: Kaya akan nutrisi untuk paru – paru. Brokoli dan sayuran *cruciferous* lainnya seperti kembang kol dan selada air mencegah kanker paru dan dapat memperbaiki simptom COPD dan asma.
- d) Kacang Brazil: Mengandung Selenium, yang merupakan mineral antioksidan yang melindungi paru dari radikal-radikal bebas, memperlambat pertumbuhan tumor dan menguatkan sistem imun tubuh.
- e) Kuning Telur: tinggi kolesterol, kuning telur juga merupakan salah satu sumber selenium dengan kadar 14 mcg per butir. Telur juga tinggi protein yang diperlukan tubuh untuk memperbaiki kerusakan yang disebabkan rokok atau penyakit. Karena mengandung protein dan lemak, telur memberikan nutrisi penyembuh dan energi untuk membantu mengatasi lemas dan lelah yang disebabkan penyakit paru.
- f) Jeruk Sumber vitamin C dan potassium memberikan nutrisi yang kadarnya rendah pada orang-orang dengan asma dan COPD. Vitamin C adalah antioksidan ampuh yang dapat membantu mencegah infeksi sekunder dalam saluran pernafasan dan mencegah *Inflamasi Bronchial*.

3. Status Gizi

a. Pengertian status gizi

Status gizi adalah keadaan konsumsi makanan penyerapan dan penggunaan zat gizi dalam tubuh. Status gizi seseorang adalah keadaan yang dapat memberikan petunjuk gizi yang dikonsumsi itu kurang cukup. Seseorang dikatakan sudah cukup gizinya orang tersebut menunjukkan gejala kekurangan gizi (sebagai indikator adalah berat badan dibandingkan dengan tinggi badan) Suhardjo 19885.

Menurut Tarwodo 1987, bahwa status gizi individu terbentuk atas pengaruh-pengaruh faktor dalam (biologis) dan faktor dari luar tubuh (sosial ekonomi), dan status gizi seseorang pada dasarnya adalah suatu keadaan kesehatan orang tersebut/pribadi sebagai refleksi konsumsi makanan penggunaan makanan dalam tubuh. Sedangkan menurut Pusat Pengembangan dari Penelitian Depkes RI tahun 1995, memberikan batasan status gizi yaitu suatu keadaan sebagai gambaran keseimbangan antara kebutuhan tubuh akan zat-zat gizi dan manusia berbeda tergantung dari jenis kelamin, umur, aktifitas, ukuran tubuh dan susunan anatomi tubuh, iklim/suhu udara, kondisi fisik tertentu (sakit, hamil, menyusui) serta unsur lingkungan.

b. Klasifikasi status gizi

Status gizi dibagi menjadi empat tingkatan yaitu: gizi lebih, gizi baik, gizi kurang dan gizi buruk. Gizi lebih akan menyebabkan terjadinya obesitas karena menunjukkan adanya kelemahan konsumsi zat gizi terutama energi/sumber tenaga, kelebihan zat makanan ini akan menyebabkan terjadinya penumpukan lemak dibawah kulit dan kemudian ke seluruh

bagian tubuh. Obesitas dapat menyebabkan terjadinya penyakit seperti diabetes, tekanan darah tinggi, kelainan jantung.

Menurut Soehardjo (1985), keadaan gizi lebih merupakan suatu keadaan tubuh yang tidak sehat disebabkan oleh konsumsi energi melebihi kebutuhan tubuh yang berlangsung lama dengan kegemukan sebagai tandanya.

Gizi baik adalah keadaan kesehatan yang disebabkan oleh adanya keseimbangan antara kebutuhan tubuh akan zat-zat gizi untuk berlangsungnya kehidupan pertumbuhan dan pemeliharaan fungsi normal tubuh serta untuk menghasilkan tenaga yang berasal dari zat-zat gizi makanan yang dikonsumsi seseorang setiap hari (soehardjo, 1985)

Gizi kurang adalah keadaan yang tidak sehat sebagai akibat kekurangan energi dan zat gizi untuk memenuhi kebutuhan dalam tubuh tertentu yang ditandai dengan menurunnya berat badan, defisiensi gizi terjadi pada anak/orang yang kurang mendapat masukan makanan yang kurang bergizi dalam waktu lama (soehardjo, 1985)

Gizi buruk adalah suatu keadaan yang disebabkan oleh kekurangan berbagai zat gizi secara relatif/absolut dalam jumlah yang banyak.

Penentuan status gizi secara umum dibagi menjadi dua metode yaitu: metode langsung (meliputi pengukuran antropometri, pemeriksaan tanda-tanda klinis, pemeriksaan biokimia dll) disebut faktor langsung, sedangkan faktor tidak langsung adalah sosial, ekonomi dan budaya. Dengan demikian faktor gizi seseorang ditentukan oleh kualitas dan kuantitas konsumsi makan dan keadaan kesehatan individu. Sedangkan faktor yang tidak langsung meliputi : persediaan pangan, kesadaran gizi, daya beli, sarana kesehatan, lingkungan fisik, sosial budaya. Faktor lain yang berpengaruh

terhadap status gizi seseorang adalah: macam pekerjaan orang tua dan kesadaran gizi. Kesadaran gizi dapat mempengaruhi status gizi seseorang karena berhubungan dengan tingkat pengetahuan gizi (soehardjo, 1985)

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi

1. Penyebab langsung

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi status gizi secara langsung adalah asupan makan dan penyakit.

2. Penyebab tidak langsung

Sedangkan factor yang mempengaruhi gizi secara tidak langsung meliputi: keadaan social, ekonomi dan budaya masyarakat serta keadaan gizi, daya beli dan sarana kesehatan.

Dengan demikian status gizi individu ditentukan oleh kualitas dan kuantitas konsumsi makan dan kesehatan individu.

(soehardjo, 1985).

d. Penilaian status gizi

Penilaian status gizi dapat dibagi menjadi dua penilaian yaitu:

1. penilaian secara langsung

Penilaian status gizi secara langsung dibagi menjadi empat penilaian yaitu:

- antropometri,
- biofisik,
- biokimia dan
- klinis

2. penilaian secara tidak langsung.

penilaian status gizi secara tidak langsung dapat di bagi menjadi tiga yaitu meliputi:

- survei konsumsi makan,
- statistik vital dan
- faktor ekologi

(I Dewa Nyoman, 2001)

Penilaian status gizi bertujuan untuk mengetahui masalah kekurangan dan kelebihan status gizi pada orang dewasa (usia 18 tahun keatas). Menurut IOTF, WHO (2000) indikator status gizi remaja dan dewasa pada pengukuran antropometri berat badan (BB) dan tinggi badan (TB), indeks massa tubuh dihitung berdasarkan rumus IMT berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB (M}^2\text{)}}$$

Tabel 2.2 Katagori ambang batas IMT untuk Indonesia

	Kategori	IMT
Kurang	Kekurangan berat badan tingkat berat	< 17,0
	Kekuragan berat badan tingkat ringan	17,0-18,5
Baik		>18,5-25,0
Lebih	Kelebihan berat badan tingkat ringan	>25,0-27,0
	Kelebihan berat badan tingkat berat	>27,0

Sumber : Depkes, 1994, *pedoman Praktis Pemantauan Status Gizi Remaja*, Jakarta.

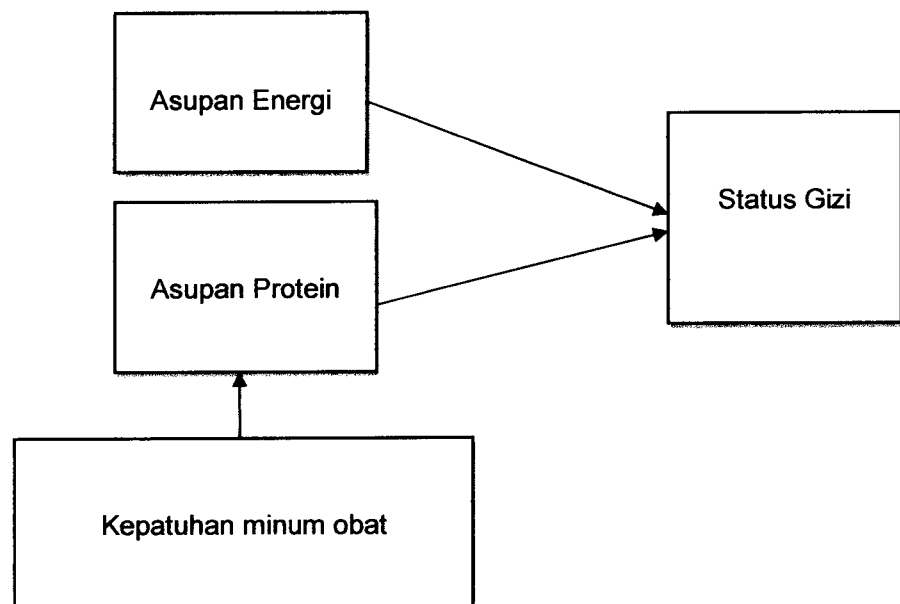
Oleh karena itu pemantauan keadaan tertentu dapat dilakukan secara berkesinambungan. Salah satu cara adalah dengan mempertahankan berat badan yang ideal/normal.

B. KERANGKA KONSEP

1. Kerangka Teori

Penyakit TBC ditularkan melalui udara, kontak langsung melalui makanan yang terkontaminasi. Penyakit TBC sebenarnya dapat dicegah melalui pemeliharaan kualitas hidup, gizi yang baik, hygiene perorangan yang terpelihara, tempat tinggal yang bersih serta cukup sirkulasi/perputaran udara. Pemeliharaan gizi yang baik adalah salah satu faktor yang penting dalam mencegah dan mengobati penyakit TBC. Selama waktu yang ditentukan yaitu 6 bulan. Faktor-faktor yang mempengaruhi penyakit TBC yaitu daya tahan tubuh rendah atau HIV/AIDS.

2. Kerangka pikir



Gambar 2.1 Kerangka pikir

3. Definisi operasional dan kriteria objektif

Tabel 2.3 Definisi oprasional

NO	Definisi Oprasional	Kriteria Objektif
1	Asupan energi Yaitu : intake zat gizi asupan gizi yang pada setiap kali makan di ukur melalui <i>recall 24 jam</i> menu sehari dan di bandingkan dengan kecukupan AKG untuk energy yaitu 1800 kkal sampai 2550 kkal / hari	baik : $\geq 100\%$ cukup : 80 – 99% Kurang : 70 – 80% Defisit : $< 70\%$ (/ (depkes RI 1990)
2	Asupan protein Yaitu : intake zat gizi yang pada setiap kali makan di ukur melalui <i>recall 24 jam</i> menu sehari dan di bandingkan dengan kecukupan AKG untuk protein yaitu 50 – 60 gram / hari	baik : $\geq 100\%$ cukup : 80 – 99% Kurang : 70 – 80% Defisit : $< 70\%$ (/ (depkes RI 1990)
3.	Status gizi Adalah keadaan fisik perorangan yang di ukur Berat Badan(BB) dan Tinggi Badan (TB) yang di bandingkan dengan IMT berdasarkan WHO	Gizi buruk $\leq 17,5$ Gizi Kurang: 17,5 - 18,5 Normal : 18,5 – 25,0 Gizi lebih : 25,0

4	Penyakit TBC Adalah: penderita yang menderita batuk-batuk lebih dari 2 minggu dan pada pemeriksaan BTA (+) yang dilihat dari buku status.	TBC positif (+) : Apabila BTA (+) TBC negatif (-): Apabila BTA (-)
5	Kepatuhan minum obat Adalah: Penderita yang mengikuti program selama 6 bulan tanpa injeksi yang diminum tanpa putus.	Baik :apabila obat diminum selama 6 bulan tanpa putus Tidak baik : apabila obat diminum secara tidak teratur atau pernah putus selama pengobatan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. JENIS PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *Cross Sectional Study* yaitu pengambilan data yang dilakukan dalam satu kurun waktu saja (Umar, 2002).

B. WAKTU DAN TEMPAT PENELITIAN

1. Waktu

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 18 sampai 22 agustus 2013.

2. Tempat

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Abepura Distrik Heram kota Jayapura.

C. POPULASI, SAMPEL DAN KRITERIA SAMPEL

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua orang dewasa yang BTA positif (+) TBC dan yang pernah berobat di puskesmas Abepura Jayapura, pada tahun 2013 yang terdaftar pada buku rekam medic.

2. Sampel

Sampel adalah total dari populasi BTA (+) yang datang ke puskesmas abepura pada bulan agustus tahun 2013 yang mendapatkan pengobatan.

D. TAHAPAN PENELITIAN

1. Persiapan

Adapun beberapa tahapan persiapan sebagai berikut:

- 1) Mengambil data awal penderita TBC di puskesmas abepura
- 2) Membuat surat permohonan izin penelitian.
- 3) Pembuatan kuesioner.
- 4) membuat formulir *recall* 24 jam.

2. Pelaksanaan (Melakukan)

- 1) Mencatat identitas responden (nama, umur, jenis kelamin, agama).
- 2) Pengukuran BB dan TB
- 3) Pengetahuan responden
- 4) Asupan dengan cara *food recall* 24 jam.

3. Tahap akhir

- 1) Pembuatan laporan
- 2) Mengolah data
- 3) Membuat laporan seminar hasil

E. JENIS DAN CARA PENGUMPULAN DATA

a) Data primer

Data primer adalah data yang di ambil secara langsung dengan menggunakan kuesioner dan wawancara yang meliputi:

- a) Berat badan BB
- b) Tinggi Badan TB
- c) Recall 1 hari

Prosedur kerja

a) Data status gizi yang diambil dengan mengukur BB dan TB.

Pengukuran Berat Badan menggunakan timbangan digital

- 1) Persiapan alat (timbangan injak, 130 kg, d = 1kg)
- 2) Persiapan audiens
- 3) Memeriksa timbangan pada posisi nol (kolaborasi)
- 4) Responden yang ditimbang tidak memakai alas kaki
- 5) Responden berdiri diatas timbangan dengan berat badan merata pada kedua kaki, posisi menghadap ke depan dan tidak bergerak. kedua tangan menggantung bebas di samping dengan telapak tangan menghadap paha.
- 6) Pengukur berada dibelakang responden dan mencatat hasil pengukuran

b) pengukuran Tinggi Badan digunakan alat Microtoise dengan cara:

1. Microtoise digantung setinggi 2 meter dari lantai yang rata.
2. Responden yang di ukur tidak menggunakan alas kaki dan kaos kaki.
3. Responden berdiri pada tempat yang rata dan tepat dibawah microtoise.
4. Berat badan merata pada kedua kaki dan posisi kepala tegak menghadap ke depan.
5. Kedua tumit berdekatan dan menyatu pada dasar lantai/dinding.
6. Scapula bagian belakang menyatu dengan dinding
7. Bagian microtoise dapat digerakan sampai pada bagian atas kepala dan sedikit menekan kepala.
8. Pengukur berada di depan responden dan kemudian mencatat hasil pengukuran

- c) Data asupan energy dan protein. Data asupan yang diperoleh dengan cara *food recall 24 jam*, yaitu menanyakan kembali apa saja yang dikonsumsi selama 1 x 24 jam kemarin.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data tentang pasien dan gambaran umum puskesmas serta sejarah yang didapat dari puskesmas.

F. PENGOLAHAN DAN PENYAJIAN DATA

1. Pengolahan data:

- a. Asupan energi dan protein diolah dengan membandingkan hasil Recall dengan kebutuhan pasien berdasarkan AKG menggunakan program *nutrition 2008* dan *SPSS 16*.
- b. Status gizi diolah berdasarkan IMT, yaitu hasil pengukuran antropometri (berat badan dan tinggi badan), yang dihitung dengan menggunakan rumus pada *Microsoft Excel*.

2. Penyajian data:

Data yang sudah diolah disajikan dalam bentuk tabel dan dinarasikan.

G. ANALISIS DATA

Data yang sudah diolah dibuat frekuensi masing – masing variabel dan dinarasikan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. GAMBARAN UMUM LOKASI

Puskesmas abepura merupakan salah satu unit atau sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang terletak di distrik abepura dengan luas wilayah $\pm 157,9$ Km² dan jumlah penduduk.

Batas Wilayah Kerja Puskesmas Abepura Sejak 02 Februari 2010, yaitu :

- a. Sebelah utara berbatasan dengan Puskesmas kotaraja
- b. Sebelah barat dengan Puskesmas Waena
- c. Sebelah timur dengan Puskesmas Abepantai

1) Jumlah penduduk

Tabel 4.1 Jumlah penduduk

No	Kelurahan/Kampung	Laki-laki	Perempuan	Total
1	Hedam	5.803	5.080	10.883
2	Kota Baru	4.765	5.045	9.810
3	Yobe	3.954	3.474	7.428
4	Asano	3.964	3.432	7.396
5	Awiyo	6.607	5.445	12.052

Sumber : BPS Kota Jayapura Tahun 2010

2) Sarana kesehatan terdiri dari : 1 puskesmas induk dan 3 Pustu

1. Pustu : Pustu perumnas IV
2. Pustu : Pustu awiyo
3. Pustu : Pustu Asano

3) Posyandu ada 27 posyandu yang tersebar di kelurahan / Kampung

1. Hedam : 4 Posyandu
2. Kota baru : 8 Posyandu
3. Yobe : 6 Posyandu
4. Awiyo : 6 Posyandu
5. Asano : 3 Posyandu

4) Sarana dan Prasarana :

- a) Loker kartu
- b) Ruang polik gigi
- c) Ruangan pemeriksaan pasien
- d) Ruang polik umum
- e) Ruangan P2M/TB Paru
- f) Ruangan Apotek
- g) Ruangan LAB
- h) Ruangan Tata Usaha
- i) Ruangan Kesehatan Ibu dan Anak
- j) Ruangan Konsultasi Gizi
- k) Ruangan Imunisasi

1. Sejarah Singkat Berdirinya Puskesmas Abepura

Puskesmas Abepura sudah ada sejak jaman Belanda yang berlokasi di sebelah RSUD Abepura dengan fasilitas pelayanan yang tersedia cukup memadai seperti adanya ruang tunggu pasien, ruang kapus, tata usaha, loket, kartu, poli umum, poli gigi, laboratorium, KIA, Imunisasi dan gizi. Sejak tanggal 10 Oktober 1998 pindah tempat pelayanan di depan kelurahan Hedam dengan wilayah kerja 3 kampung dan 3 kelurahan yaitu Kampung Enggros, Koya Koso, Nafri dan Kelurahan

Hedam, Awiyo, Asano. mempunyai 6 pustu yaitu Perumnas IV, Awiyo, Asano, Enggros, Nafri, dan Koya Koso. Fasilitas Puskesmas yang tersedia sama dengan puskesmas lama dengan adanya penambahan ruang VCT dan Ruangan Sanitasi.

Pada tanggal 02 februari 2010 berdiri Puskesmas Abepantai dengan wilayah kerja 1 Kelurahan Abepantai dan 4 kampung (Enggros, Nafri, Koya Koso, Koya karang). Dengan berdirinya Puskesmas Abepantai dan penataan kota (berdirinya Distrik Hedam dan masuknya Kotaraja ke Distrik Abepura) maka wilayah kerja Puskesmas Abepura saat ini meliputi 5 Kelurahan, 3 puskesmas pembantu (pustu) dan 27 posyandu.

2. Tujuan, Visi Dan Misi

a. Visi

Mewujudkan kelurahan/Kampung sehat di wilayah Puskesmas Abepura

b. Misi :

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan
2. Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat
3. Memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan merata dan terjangkau

Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, Keluarga dan Masyarakat serta lingkungan.

B. HASIL

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Abepura Didtrik Heram untuk melihat gambaran umum kepatuhan minum obat, asupan energy protein dan status gizis dengan Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 31 sampel. Adapun karakteristik sampel seperti berikut:

1. Karakteristik Penderita

Karakteristik penderita dilihat dari golongan umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan.

a. Umur

Karakteristik penderita Tuberculosis (TB) dilihat dari golongan umur pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.2 Distribusi penderita berdasarkan golongan umur

Golongan Umur	n	%
< 20 tahun	2	12.5
21 - 25 tahun	4	25.0
26 - 30 tahun	3	18.8
> 31 tahun	7	43.8
Total	16	100.0

Sumber data, Primer 2013

Berdasarkan hasil penelitian Penderita Tuberculosis (TB) menurut golongan umur yang paling banyak adalan > 31 tahun yaitu 7orang dan 43,8% paling rendah adalah < 20 tahun adalah 12,5% yaitu 2 orang.

b. Jenis kelamin

Karakteristik penderita berdasarkan jenis kelamin, dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Table 4.3 Distribusi penderita berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin	n	%
Laki – Laki	10	62.5
Perempuan	6	37.5
Total	16	100.0

Sumber data, Primer 2013

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap penderita Tuberculosis menurut jenis kelamin, yaitu 62,5% laki – laki dan sisanya 37,5% perempuan.

c. Pendidikan

Karakteristik penderita Tuberculosis (TB), dapat dilihat pada tabel berikut:

Table 4.4 Distribusi penderita berdasarkan tingkat pendidikan

Pendidikan	n	%
Terendah	5	31.2
Tertinggi	11	68.8
Total	16	100.0

Sumber data, Primer 2013

Dari hasil penelitian yang dilakukan berdasarkan tingkat pendidikan penderita yang tertinggi adalah 68,8%, dan sisanya 31,2% adalah pendidikan terendah.

d. Pekerjaan

Karakteristik penderita tuberculose (TB) yang digolongkan, dapat dilihat pada tabel berikut:

Table 4.5 Distribusi penderita berdasarkan golongan pekerjaan

Golongan Pekerjaan	n	%
Bekerja	8	50.0
Tidak bekerja	8	50.0
Total	16	100.0

Sumber data, Primer 2013

Dari hasil penelitian yang digolongkan berdasarkan pekerjaan penderita yang bekerja atau penderita yang mempunyai pekerjaan tetap dengan penderita yang tidak bekerja adalah sama yaitu masing – masing 50%.

2. Riwayat sakit

Riwayat sakit penderita Tuberculose (TB), dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.6 Distribusi penderita berdasarkan riwayat sakit

Riwayat sakit	n	%
3 minggu	1	6.2
1 bulan	6	37.5
> 1 bulan	9	56.2
Total	16	100.0

Sumber data, Primer 2013

Dari hasil penelitian yang dilakukan berdasarkan riwayat sakit penderita yang menderita TB yang paling banyak adalah > 1 bulan yaitu 56,2% dan yang sedikit adalah penderita yang menderita TB kurang atau sama dengan 3 minggu yaitu 6,2%.

3. Kepatuhan minum obat

Penderita yang patuh dan penderita yang tidak patuh minum obat dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.7 distribusi penderita menurut patuh dan tidak patuh minum obat

Kepathan	n	%
Tidak baik	3	18.8
Baik	13	81.2
Total	16	100.0

Sumber data, Primer 2013

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap penderita yang patuh yaitu 81,2% adalah dan 18.8% adalah penderita yang pernah gagal dalam pengobatan sebelumnya penderita yang tidak patuh.

4. Riwayat Kepatuhan minum obat

Kepatuhan penderita terhadap minum obat selama 6 bulan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.8 Distribusi penderita menurut riwayat minum obat

Kepatuhan	n	%
1 bulan	5	31.2
3 bulan	5	31.2
>3 bulan	6	37.5
Total	16	100.0

Sumber data, Primer 2013

Dari hasil penelitian yang dilakukan berdasarkan riwayat minum obat yaitu 37,5% penderita yang minum obat sudah lebih dari 3 bulan, 31,2% adalah penderita yang rata – rata minum obat dibawah 3 bulan.

5. Status gizi

Status gizi yang diukur berdasarkan IMT Indeks Massa tubuh, dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.9 Distribusi penderita menurut status gizi

Status gizi	n	%
Gizi Buruk	2	12.5
Gizi Kurang	4	25.0
Gizi Baik	10	62.5
Gizi lebih	0	-
Total	16	100.0

Sumber data, Primer 2013

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap status gizi penderita 62,5% berstatus gizi baik, yaitu 10 orang, 25% gizi kurang yaitu 4 orang dan 12,5% gizi buruk yaitu 2 orang. Sedangkan gizi lebih tidak ada.

6. Asupan

Asupan gizi yang diteliti adalah asupan energy dan asupan protein, yang diteliti dengan mericall 1x 24 jam dan dibandingkan dengan AKG Angka Kecukupan Gizi orang Indonesia.

1) Energi

Asupan energi penderita TBC yang dihitung dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 10 Distribsi penderita menurut asupan energi

Asupan Energi	n	%
Deficit	15	93.8
Kurang	1	6.2
Cukup	0	-
Baik	0	-
Total	16	100.0

Sumber data, Primer 2013

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap penderita TB dengan asupan energi yang dikonsumsi per-orang perhari yaitu 93,8% deficit yaitu 15 penderita dan sisanya 1 penderita yaitu 6,2% asupan kurang. Sedangkan tidak ada yang berasupan cukup ataupun baik.

2) Protein

Asupan protein penderita TB Dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.11 Distribusi penderita menurut asupan protein

Asupan Protein	n	%
Deficit	12	75.0
Kurang	2	12.5
Cukup	2	12.5
Baik	0	-
Total	16	100.0

Sumber data, Primer 2013

Dari hasil penelitian yang dilakukan asupan protein yang dikonsumsi penderita TB, 12 penderita berasupan deficit yaitu 75,0%, asupan kurang dan cukup masing –masing 2 penderita yaitu 12,5%, sedangkan asupan baik tidak ada.

C. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dipuskesmas Abepura pada bulan agustus 2013 pada 16 pasien yang datang selama penelitian yang dilakukan $\pm$ 4 hari pasien dengan kepatuhan minum obat baik sebesar 81,2%, 37,5% pasien sudah minum obat hingga diatas 3 bulan, artinya pasien TB yang berobat di puskesmas Abepura memiliki tingkat kepatuhan minm obat yang baik.

Hasil penelitian Status Gizi yang dilakukan berdasarkan pengukuran BB dan TB dan dibandingkan dengan Indenks Masa Tubuh IMT terhadap penderita TBC dipuskesmas Abepura diketahui bahwa penderita yang status gizi baik adalah 62,5%, 25% gizi kurang dan 12,5% penderita berstatus gizi buruk dan tidak ada pasien yang gizi lebih. Adanya pasien dengan status gizi buruk dikarenakan tingkat kepatuhan pasien dalam minum obat yang tidak patuh/ gagal dalam program minum obat.

Kepatuhan minum obat dengan status gizi penderita sangat berpengaruh, dilihat dari hasil penelitian yang dilakukan 18,75% pasien yang tidak patuh minum obat 66,7% berstatus gizi buruk dan 33,3% gizi kurang.

Dari hasil recall 1 x 24 jam yang dilakukan untuk mengetahui asupan energi dan protein penderita diketahui asupan energy penderita adalah deficit yaitu 93,8% yang kurang hanya 6,2% sedangkan tidak ada penderita yang asupan energinyacukup ataupun baik. Asupan protein penderita TB rata – rata adalah deficit yaitu 75% dan asupan penderita yang kurang adalah 12,5% dan cukup 12,5%. Sedangkan penderita yang asupan protein baik tidak ada. Artinya asupan energy dan protein pada penderita TBC adalah rata – rata deficit.

Pasien yang menderita TBC akan mengalami gangguan nafsu makan sehingga asupan makan jadi berkurang dan menyebabkan asupan energy dan

protein jadi berkurang sehingga mengakibatkan interaksi antara penyakit dan makanan. (Depkes RI 2007).

Pengobatan penyakit tuberculosa TBC harus dilakukan sedini mungkin selain memberi Obat Anti Tuberculosa perlu ditunjang dengan asupan makanan yang mengandung zat gizi yang diperlukan tubuh untuk memenuhi kebutuhan penderita dalam keadaan sakit serta mengobati dan mencegah penyakit lain dalam upaya tetap mempertahankan dan meningkatkan status gizi pasien. Asupan gizi yang kurang akan menurunkan status gizi pasien. Keadaan asupan makan yang buruk dapat menurunkan resistensi terhadap tuberculosa. Para penderita TBC *Tuberculosa* dapat disembuhkan jika diberi OAT (obat anti TBC) yang diminum secara teratur dengan pengawasan yang tepat. (Depkes RI 2007)

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Untuk menjawab hasil penelitian gambaran umum kepatuhan minum obat asupan energi protein dan status gizi penderita TBC di puskesmas Abepura dapat disimpulkan bahwa:

- a. Kepatuhan minum obat sangat berpengaruh terhadap asupan energi, hal ini dapat dilihat pada hasil penelitian yang dilakukan yaitu asupan energi penderita TBC adalah deficit yaitu 93,8%.
- b. Kepatuhan minum obat juga sangat berpengaruh dengan asupan protein yang dapat dilihat dari hasil penelitian yang dilakukan yaitu asupan protein penderita adalah deficit yaitu 75,0%.
- c. Asupan energi terhadap penderita yang patuh minum obat dan tidak patuh minum obat adalah deficit. Sedangkan asupan protein penderita yang patuh minum obat adalah samayaitu rata – rata cukup 33,3%, kurang 33,3% dan deficit 33,3% dan penderita yang tidak patuh minum obat dengan asupan protein adalah deficit 92,3%.
- d. Kepatuhan minum obat dengan status gizi penderita sangat berpengaruh, dilihat dari hasil penelitian yang dilakukan 18,75% pasien yang tidak patuh minum obat 66,7% berstatus gizi buruk dan 33,3% gizi kurang.

B. SARAN

Berdasarkan penelitian ini dapat dikatakan bahwa tingkat kepatuhan minum obat dengan asupan energ dan protein, status gizi dan tingkat kepatuhan saling mempengaruhi satu sama lain. Untuk itu jangan kita anggap enteng dengan penyakit infeksi ini dengan memperhatikan dari satu sisi saja, misalnya asupan zat gizinya diperhatikan namun kepatuhan dan lainnya kita abaikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier Sunita, 2001, *Prinsip Dasar Ilmu Gizi* PT. Gramedia Utama Jakarta
- Arisman 2008, *metode penilaian asupan makan*. jakarta
- Baliwati, 2004, *Pengantar Pangan Dan Gizi*. Penerbit Swadaya
- Boediwarsono, 1996, *Ilmu Penyakit Paru-Paru*. Fakultas Kedokteran UNIAR Surabaya
- Bonie, 1993, *Nutrition In Pregnancy And Lactaction*. Lifth Edition Mosby Year Book Inc
- I Dewa Nyoman Supariasa, Ibnu Fajar dan Bachtyar Bacri, 2002. *Penilaian Status Gizi*. EGC. Jakarta
- Dinas Kesehatan, profil 2010, *Jumlah kasus dan angka penemuan kasus TB Paru BTA + menurut jenis kelamin*.
- Depkes RI 1990, *Buku Pedoman Petugas Gizi Puskesmas*. Depekes RI Jakarta
- Depkes RI 2007 *pedoman kesehatan dan gizi* . jakarta
- Muhamad Amin. AL Sagaff Hood, dan Sale Tahib W. B. M, 1982. *Pengantar Ilmu Penyakitb Paru*. Penerbit erlangga University Press
- Pant,Pandey, dkk. *Risk FactorAssessment of Multi Drug Resistant Tuberculosis*. Available in: J Nepa IHealth Res Counc 2009 Oct;7(15):89-92
- Nadesol Hendrawan, 1991. *Penyebab Pencegahan Dan Penngobatan TBC*. Puspa Swara. Jakarta
- Soekiman, 1991. *Dampak Pembangunan Terhadap Keadaan Gizi Indonesia*.
- Suharjo, 1989. *Sosio Budaya Gizi*. Pusat Antar Universitas Pangan Dan Gizi. IU C FN IPB
- Tarwadjo, 1998. *Ilmu Gizi*. Cahtar Karya Aksara, Jakarta
- Riskesdas Papua 2008, *Prevalensi Penyakit TB Paru*
- <http://www.jawaban.com/Makanan-Tepat-untuk-Penderita-TBC.html>
- Utlek Wed, 02 Agustus 2013

KUISIONER PENELITIAN

No responden :

Tanggal wawancara :

I. IDENTITAS RESPONDEN:

- Nama responden :
- Umur :
- Jenis kelamin : L / P
- Status perkawinan :
- Pendidikan :
- Pekerjaan :
- BB dan TB :kg,cm

II. RIWAYAT SAKIT

PETUNJUK PENGISIAN

Mohon diisi dengan memberikan tanda checklist (√) pada kolom – kolom pertanyaan, sesuai dengan persepsi yang anda miliki!

1. Sudah berapa lama sakit?

a. 3 minggu ☐ b. 1 bulan ☐ c. Lebih dari 1 bulan ☐

2. Pernah minum obat program sebelumnya

a. Ya ☐ b. Tidak ☐

3. Jika Ya, sudah berapa lama minum obat?

a. 1 bulan ☐ b. 3 bulan ☐ c lebih dari 3 bulan ☐



DINAS KESEHATAN KOTA JAYAPURA

Jl. Raya Sentani Abepura –Padang Bulan Hedam Telp. (0967)583274

SURAT KETERANGAN IJIN PENELITIAN
NO.848/IX/PKM-ABE/2013.

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Puskesmas Abepura, dengan ini kami menerangkan bahwa:

Nama : Novin Linda Bukega
N I M : PO.71.32. 2.10.26
Fakultas : POLTEKES KEMENKES JAYAPURA
Judul : Gambaran Umum Kepatuhan Minum Obat, Asupan energi, Protein< dan Status Gizi penderita TBC di Puskesmas Abepura

Telah melaksanakan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Abepura Terhitung tanggal,18Agustus 2013 sampai dengan 22 agustus 2013.

Demikian Surat Keterangan ijin ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Abepura, 23 September 2013.

 Kepala Puskesmas Abepura


Dr.Isye D.A.Ajomi.

Nip.19750531 200801 2 012.



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN JAYAPURA
JURUSAN GIZI**



Jl. Padang Bulan II Abepura Jayapura, Tlp. (0967) 588754, 581542

Jayapura, 01 Agustus 2013

Nomor : DL.02.02/III.01/06/2013
Lampiran : 1 (satu) berkas.
Perihal : Undangan Seminar Proposal

Kepada Yth,
Bpk/Ibu : 1. Berliana Tampubolon, SKM, M.Kes. (Pembimbing I/ Moderator)
2. Dorci Nuburu, S.SiT, MPH. (Pembimbing II)
3. G. Enny Susanti, SKM, M.Kes. (Penguji I)
4. Rosmaida Sirait, SKM (Penguji II)

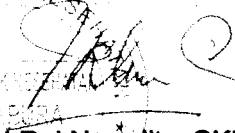
Di-
Tempat

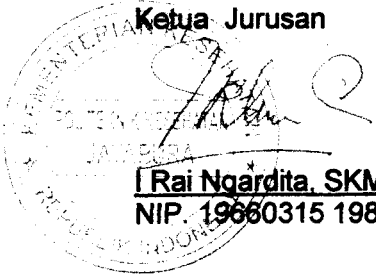
Bersama ini kami mohon kehadiran Bapak/Ibu Dosen, untuk hadir guna memberi saran, masukan, perbaikan dan menguji pada seminar Proposal yang akan dilaksanakan pada:

Hari / Tanggal : Jumat 02 Agustus 2013
Waktu : 08.30 – 09.30 WIT
Tempat : Ruang Kajar Gizi Poltekes Kemenkes Jayapura
Nama Mahasiswa : Novin Linda Bukega
Judul Proposal : Gambaran Umum Asupan Energi, Protein dan Status Gizi Pada Penderita TBC di Puskesmas Abepura

Demikian permohonan kami, atas bantuan dan kerjasama Bapak/ Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan


Rai Ngardita, SKM., M.Kes
NIP. 19660315 198903 1 002



FOOD RECALL 1 X 24 JAM

Nama audiens:

Tanda tangan :

Hari / Tanggal :

Nomor :

Pewawancara :

[illegible]

MASTER TABEL

NO.RES	UMUR	SEX	PENDIDIKAN	PEKERJAAN	BB	TB	TB/100	M ²	IMT	TINGKAT KEPATUHAN			ASUPAN		KEBUTUHAN (AKG)		KEBUTUHAN (%)		KETERANGAN	
										riwayat sakit	sudah pernah prog.	lama minum obat	ENERGI	PROTEIN	ENERGI	PROTEIN	ENERGI	PROTEIN	ENERGI	PROTEIN
1	24 tahun	P	SMA	swasta	40	155	1.55	2.40	16.6	> 1 bln	ya	> 3 bln	1,308.9	35.6	1900	50	68.9	71.2	defisit	kurang
2	40 tahun	L	PT	PNS	54	164	1.64	2.69	20.1	1 bln	tidak	1 bln	1,301.9	35.1	2350	60	55.4	58.5	defisit	defisit
3	22 tahun	P	SMP	IRT	52	160	1.6	2.56	20.3	> 1 bln	tidak	1 bln	1,388.8	41.3	1900	50	73.1	82.6	kurang	cukup
4	28 tahun	L	SMA	swasta	43	159	1.59	2.53	17.0	> 1 bln	ya	3 bln	1,176.8	38.5	2550	60	46.1	64.2	defisit	defisit
5	22 tahun	P	SD	Pengangguran	42	155	1.55	2.40	17.5	1 bln	ya	> 3 bln	1,235.5	44.5	1900	50	65.0	89.0	defisit	cukup
6	29 tahun	L	SMA	swasta	61	162	1.62	2.62	23.2	> 1 bln	tidak	1 bln	1,299.0	45.9	2350	60	55.3	76.5	defisit	kurang
7	18 tahun	L	SMA	pelajar	45	160	1.6	2.56	17.6	1 bln	tidak	3 bln	1,225.9	28.1	2600	60	47.2	46.8	defisit	defisit
8	33 tahun	L	SMA	pengangguran	57	157	1.57	2.46	23.1	> 1 bln	tidak	> 3 bln	986.5	26	2350	60	42.0	43.3	defisit	defisit
9	22 tahun	L	SMA	Petani	49	164	1.64	2.69	18.2	> 1 bln	tidak	1 bln	1,011.8	27.5	2550	60	39.7	45.8	defisit	defisit
10	30 tahun	L	PT	PNS	61	164	1.64	2.69	22.7	1 bln	tidak	> 3 bln	1,122.9	33	2350	60	47.8	55.0	defisit	defisit
11	19 tahun	P	SMA	swasta	48	157	1.57	2.46	19.5	1 bln	tidak	3 bln	1,008.8	30.1	1900	50	53.1	60.2	defisit	defisit
12	48 tahun	L	PT	PNS	46	159	1.59	2.53	18.2	> 1 bln	tidak	3 bln	1,301.0	29.2	2350	60	55.4	48.7	defisit	defisit
13	34 tahun	P	SMP	IRT	45	155	1.55	2.40	18.7	1 bln	tidak	1 bln	1,222.5	28.5	1800	50	67.9	57.0	defisit	defisit
14	34 tahun	L	SMA	swasta	58	162	1.62	2.62	22.1	3 mgu	tidak	3 bln	1,123.9	29.5	2350	60	47.8	49.2	defisit	defisit
15	48 tahun	L	SMP	Petani	70	172	1.72	2.96	23.7	> 1 bln	tidak	> 3 bln	1,012.5	27	2350	60	43.1	45.0	defisit	defisit
16	44 tahun	P	SD	Petani	56	157	1.57	2.46	22.7	> 1 bln	tidak	> 3 bln	1,102.9	30.2	1800	50	61.3	60.4	defisit	defisit