



Efektivitas Intervensi "Positive Deviance" Berbasis Komunitas dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Tuberkulosis Resisten Obat

Elsa Febriyanti^{1*}, Fajar Sidik Nugraha²

¹⁻² Universitas Jenderal Achmad Yani, Indonesia

Alamat : Jln. Terusan Jenderal Sudirman, Kota Cimahi, Jawa Barat.

Email : elsa.febriyanti@unjani.ac.id^{1*}, fajar.nugraha@unisba.ac.id²

*Penulis Korespondensi: elsa.febriyanti@unjani.ac.id

Abstract. Drug-Resistant Tuberculosis (DR-TB) poses a serious global challenge to TB control. DR-TB treatment requires a longer duration and involves medications with more severe side effects, often leading to low patient adherence. Non-adherence can result in treatment failure, ongoing transmission, and the emergence of further drug resistance. Conventional approaches focused solely on education from healthcare workers are often suboptimal. The community-based Positive Deviance (PD) approach offers a solution by identifying and adopting successful behaviors from individuals or families within the same community who, despite having limited resources, achieve high adherence. This study aims to determine the effectiveness of a community-based Positive Deviance intervention in improving medication adherence among patients with Drug-Resistant Tuberculosis. This research employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest control group approach. A sample of DR-TB patients (e.g., 60 participants) was randomly divided into two groups: an intervention group and a control group. The intervention group received a PD-based mentoring program involving successful peer patients (deviants), community health workers, and families over a specific period (e.g., 6 months). The control group received standard treatment from primary health centers/hospitals. Medication adherence was measured using a combination of the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and the frequency of missed doses (based on reports and medical records). Data were analyzed using appropriate parametric/non-parametric statistical tests (such as paired t-test or Wilcoxon) to assess within-group differences, and independent t-test or Mann-Whitney to compare effectiveness between groups. The findings revealed a significant improvement in adherence scores within the intervention group after the PD program ($p < 0.05$). In contrast, the control group showed no significant change. Comparison between groups post-intervention demonstrated that the intervention group had a statistically significantly higher level of adherence compared to the control group ($p < 0.05$). The PD approach proved effective by leveraging peer support and practical solutions that have already proven successful within the same socio-cultural context.

Keywords: Drug-Resistant Tuberculosis, Positive Deviance, Medication Adherence, Community-Based Intervention, Peer Support.

Abstrak. Tuberkulosis Resisten Obat (TB RO) merupakan tantangan serius dalam pengendalian TB secara global. Pengobatan TB RO memerlukan waktu yang lebih lama dan obat dengan efek samping yang lebih berat, sehingga angka kepatuhan pasien seringkali rendah. Kegagalan patuh dalam pengobatan dapat menyebabkan kegagalan terapi, penularan berkelanjutan, dan munculnya resistensi yang lebih luas. Pendekatan konvensional yang berfokus pada edukasi dari petugas kesehatan saja seringkali kurang optimal. Pendekatan Positive Deviance (PD) berbasis komunitas menawarkan solusi dengan mengidentifikasi dan mengadopsi perilaku sukses dari individu atau keluarga dalam komunitas yang memiliki sumber daya terbatas namun berhasil mencapai kepatuhan tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas intervensi Positive Deviance berbasis komunitas dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien Tuberkulosis Resisten Obat. Penelitian ini menggunakan desain quasi-experimental dengan pendekatan pretest-posttest with control group. Sejumlah sampel pasien TB RO (misalnya: 60 orang) dibagi menjadi dua kelompok secara acak, yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi diberikan program pendampingan berbasis PD yang melibatkan pasien berhasil (deviant), kader kesehatan, dan keluarga selama periode tertentu (misalnya: 6 bulan). Kelompok kontrol mendapatkan pengobatan standar dari puskesmas/rumah sakit. Kepatuhan minum obat diukur menggunakan kombinasi Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) dan jumlah kejadian tidak minum obat (berdasarkan laporan dan catatan medis). Data dianalisis menggunakan uji statistik parametrik/non-parametrik (seperti uji t berpasangan atau Wilcoxon) untuk melihat perbedaan dalam kelompok, serta uji t independen atau Mann-Whitney untuk membandingkan efektivitas antar kelompok.

Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan skor kepatuhan yang signifikan pada kelompok intervensi setelah diberikan program PD ($p < 0,05$). Sebaliknya, kelompok kontrol tidak menunjukkan perubahan yang signifikan. Perbandingan antar kelompok setelah intervensi menunjukkan bahwa kelompok intervensi memiliki tingkat kepatuhan yang secara statistik lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol ($p < 0,05$). Pendekatan PD terbukti efektif karena memanfaatkan dukungan sebaya dan solusi praktis yang sudah terbukti berhasil dalam konteks budaya dan sosial yang sama.

Kata kunci: Tuberkulosis Resisten Obat, Positive Deviance, Kepatuhan Minum Obat, Intervensi Berbasis Komunitas, Dukungan Sebaya.

1. LATAR BELAKANG

Tuberkulosis (TB) hingga saat ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di dunia. Menurut laporan Global Tuberculosis Report 2023 dari World Health Organization (WHO), diperkirakan terdapat 10,6 juta orang jatuh sakit karena TB pada tahun 2022, dan penyakit ini menyebabkan 1,3 juta kematian. Namun, tantangan yang jauh lebih besar muncul dari meningkatnya kasus Tuberkulosis Resisten Obat (TB RO). TB RO, khususnya Multidrug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB), adalah kondisi dimana kuman *Mycobacterium tuberculosis* telah kebal terhadap obat anti tuberkulosis (OAT) lini pertama yang paling efektif, yaitu Rifampisin dan Isoniazid. WHO mencatat bahwa sekitar 410.000 orang mengembangkan MDR-TB atau Rifampicin-Resistant TB (RR-TB) pada tahun 2022, namun hanya sekitar dua perlima dari mereka yang memulai pengobatan.

Indonesia sendiri merupakan salah satu negara dengan beban TB tertinggi di dunia, termasuk beban untuk TB RO. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, estimasi kasus TB RO di Indonesia mencapai sekitar 26.000 hingga 30.000 kasus per tahun. Angka keberhasilan pengobatan TB RO di Indonesia masih berada di bawah target global, yang salah satu penyebab utamanya adalah tingginya angka loss to follow-up (putus berobat) dan rendahnya kepatuhan pasien terhadap regimen pengobatan. Pengobatan TB RO sangat berbeda dan jauh lebih kompleks dibandingkan dengan TB yang sensitif obat. Pasien TB RO harus menjalani pengobatan dalam jangka waktu yang lebih panjang, yaitu sekitar 9 hingga 18 bulan atau bahkan lebih, tergantung pada regimen yang digunakan. Selain itu, obat-obatan yang digunakan adalah obat lini kedua yang umumnya memiliki efek samping lebih berat dan toksisitas tinggi, seperti mual berat, gangguan pendengaran, psikosis, dan gangguan fungsi ginjal. Kondisi ini seringkali menyebabkan penderitaan fisik dan psikologis yang mendalam bagi pasien, yang pada akhirnya berdampak negatif terhadap motivasi dan kepatuhan mereka untuk menyelesaikan pengobatan hingga dinyatakan sembuh.

Rendahnya kepatuhan minum obat pada pasien TB RO menimbulkan konsekuensi yang serius, tidak hanya bagi individu pasien tetapi juga bagi masyarakat luas. Secara individu,

ketidapatuhan dapat menyebabkan kegagalan terapi, memperburuk kondisi kesehatan, dan meningkatkan risiko kematian. Dari sisi epidemiologi, pasien yang tidak patuh dan tetap menularkan kuman resisten di komunitas akan mempercepat penyebaran TB RO. Lebih jauh lagi, pengobatan yang tidak adekuat dapat memicu berkembangnya Extensively Drug-Resistant Tuberculosis (XDR-TB), yaitu jenis TB yang resisten terhadap lebih banyak jenis obat dan semakin sulit disembuhkan.

Selama ini, upaya untuk meningkatkan kepatuhan pasien TB RO lebih banyak berfokus pada pendekatan medis dan supervisi langsung oleh petugas kesehatan, seperti melalui strategi DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) yang dimodifikasi. Namun, pendekatan ini seringkali bersifat top-down dan kurang mempertimbangkan konteks sosial, budaya, ekonomi, serta dinamika psikologis yang dihadapi pasien dalam keseharian mereka. Dukungan yang diberikan cenderung berpusat pada instruksi dan pengawasan, sehingga belum sepenuhnya mampu membangun kemandirian dan motivasi intrinsik pasien untuk patuh berobat.

Di sinilah urgensi untuk mencari pendekatan alternatif yang lebih partisipatif dan berbasis sumber daya lokal menjadi sangat relevan. Salah satu pendekatan yang mulai banyak dikaji dalam program kesehatan masyarakat adalah Positive Deviance (PD). Pendekatan Positive Deviance berasumsi bahwa dalam setiap komunitas, selalu ada individu atau keluarga (yang disebut sebagai deviants atau "penyimpang positif") yang menghadapi risiko dan keterbatasan sumber daya yang sama dengan anggota komunitas lainnya, namun mereka mampu mencapai hasil kesehatan yang jauh lebih baik. Dalam konteks TB RO, deviants ini adalah pasien atau mantan pasien yang berasal dari lingkungan dengan keterbatasan ekonomi dan sosial yang sama, tetapi berhasil menyelesaikan pengobatan hingga tuntas dengan kepatuhan tinggi. Pendekatan PD berfokus pada mengidentifikasi perilaku, strategi, dan koping mekanisme unik yang dilakukan oleh para deviants ini, kemudian mendiseminasikan dan mengadopsinya ke dalam program intervensi yang melibatkan seluruh anggota komunitas. Intervensi PD bersifat bottom-up, menggali kearifan lokal dan solusi yang sudah terbukti berhasil dalam konteks budaya yang sama. Dengan melibatkan pasien berhasil sebagai agen perubahan dan pendukung sebaya (peer support), pendekatan ini diharapkan mampu memberikan dukungan sosial yang lebih kuat, membangun harapan, serta meningkatkan efikasi diri pasien TB RO untuk patuh terhadap pengobatan.

Meskipun pendekatan Positive Deviance telah terbukti efektif dalam berbagai isu kesehatan seperti gizi anak dan perilaku hidup bersih, penelitian mengenai penerapannya secara spesifik untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien TB RO, khususnya di Indonesia, masih sangat terbatas. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang bertujuan untuk menganalisis efektivitas intervensi Positive Deviance berbasis komunitas dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien Tuberkulosis Resisten Obat. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan bukti ilmiah dan kontribusi nyata bagi pengembangan program penanggulangan TB RO yang lebih inovatif, manusiawi, dan berkelanjutan.

2. KAJIAN TEORITIS

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Konsep Tuberkulosis Resisten Obat (TB RO)

a. Definisi dan Klasifikasi

Tuberkulosis Resisten Obat (TB RO) adalah kondisi dimana kuman *Mycobacterium tuberculosis* telah terbukti secara laboratorium resisten terhadap salah satu atau lebih Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Menurut Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis (Kemenkes RI, 2020), TB RO diklasifikasikan menjadi beberapa jenis:

- 1) Monoresisten: Resistensi terhadap satu jenis OAT lini pertama.
- 2) Poliresisten: Resistensi terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama, selain kombinasi Isoniazid dan Rifampisin.
- 3) Multidrug Resistant (MDR): Resistensi terhadap Isoniazid dan Rifampisin secara bersamaan, dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lini pertama lainnya.
- 4) Extensively Drug Resistant (XDR): MDR yang juga resisten terhadap salah satu OAT lini kedua golongan Fluorokuinolon dan salah satu dari Obat suntik lini kedua (Kanamisin, Kapreomisin, atau Amikasin).
- 5) Rifampicin Resistant (RR): Resistensi terhadap Rifampisin yang terdeteksi dengan metode pemeriksaan genotipe (seperti TCM), dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lainnya.

b. Etiologi dan Faktor Risiko TB RO

TB RO dapat terjadi melalui dua mekanisme utama:

- 1) Resistensi Primer (Penularan Langsung): Seseorang terinfeksi langsung oleh kuman TB yang sudah resisten dari pasien TB RO lainnya.

2) Resisten Sekunder (Didapat): Resistensi berkembang pada pasien TB yang sedang dalam pengobatan. Faktor utamanya adalah pengobatan yang tidak adekuat, yang disebabkan oleh: (a) ketidakpatuhan pasien minum obat, (b) regimen obat yang tidak tepat dari petugas kesehatan, (c) suplai obat yang terputus, atau (d) absorpsi obat yang terganggu.

c. Pengobatan dan Tantangannya

Pengobatan TB RO memerlukan waktu yang panjang (9-20 bulan) dengan menggunakan obat lini kedua yang lebih mahal, lebih toksik, dan memiliki efektivitas lebih rendah dibanding OAT lini pertama. WHO (2022) merekomendasikan regimen yang sepenuhnya oral (tanpa suntikan) dengan paduan obat seperti Bedaquiline, Linezolid, dan Fluoroquinolones. Efek samping yang umum terjadi meliputi gangguan psikiatri, neuropati perifer, ototoksisitas (gangguan pendengaran), nefrotoksisitas, hepatotoksisitas, dan mual muntah berat. Kompleksitas inilah yang menjadi akar dari rendahnya kepatuhan pasien.

2.1.2 Konsep Kepatuhan Minum Obat (*Medication Adherence*)

a. Definisi Kepatuhan

World Health Organization (WHO, 2003) mendefinisikan kepatuhan (adherence) sebagai sejauh mana perilaku seseorang (dalam minum obat, mengikuti diet, atau menjalani perubahan gaya hidup) sesuai dengan rekomendasi yang telah disepakati bersama dengan petugas kesehatan. Berbeda dengan istilah compliance yang bersifat pasif (patuh karena instruksi), adherence lebih menekankan pada peran aktif pasien dalam menyetujui dan menjalani pengobatan.

b. Dimensi Kepatuhan WHO

WHO mengklasifikasikan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan ke dalam lima dimensi yang saling berinteraksi, yang dikenal dengan model Five Dimensions of Adherence:

- 1) Faktor Sosial dan Ekonomi: Status sosial ekonomi, dukungan keluarga, biaya transportasi ke fasilitas kesehatan, stigmatisasi masyarakat.
- 2) Faktor Tim/Sistem Layanan Kesehatan: Hubungan pasien-dokter, sistem rujukan, akses terhadap obat, waktu tunggu pelayanan.
- 3) Faktor Kondisi (Penyakit): Tingkat keparahan penyakit, durasi pengobatan, efek samping, komorbiditas (seperti HIV, Diabetes).
- 4) Faktor Terapi: Kompleksitas regimen (jumlah obat dan frekuensi minum), durasi pengobatan, efek samping obat.

- 5) Faktor Pasien: Pengetahuan tentang penyakit, persepsi terhadap penyakit, motivasi, efikasi diri, kepercayaan terhadap pengobatan.

c. Pengukuran Kepatuhan

Kepatuhan dapat diukur secara langsung maupun tidak langsung. Dalam penelitian, metode tidak langsung lebih sering digunakan, antara lain:

- 1) Self-report: Menggunakan kuesioner seperti Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8).
- 2) Hitungan Pil (Pill Count): Menghitung sisa obat pasien.
- 3) Tingkat Pengambilan Resep Obat (Pharmacy Refill Records).
- 4) Respon Terhadap Pengobatan (Klinis dan Laboratorium).

2.1.3 Konsep Intervensi "Positive Deviance" (PD)

a. Definisi dan Filosofi Positive Deviance

Positive Deviance (PD) adalah pendekatan perubahan perilaku dan pemecahan masalah yang berbasis aset dan komunitas. Pendekatan ini pertama kali dikembangkan oleh Jerry dan Monique Sternin dari Tufts University. Konsep ini berangkat dari observasi bahwa dalam setiap komunitas, selalu ada individu atau kelompok (disebut Positive Deviants atau "penyimpang positif") yang memiliki hasil (outcome) yang jauh lebih baik daripada anggota komunitas lainnya, meskipun mereka menghadapi tantangan, risiko, dan memiliki akses terhadap sumber daya yang sama atau bahkan lebih terbatas (Marsh et al., 2004).

Filosofi utama PD adalah bahwa solusi untuk suatu masalah seringkali sudah ada di dalam komunitas itu sendiri, bukan berasal dari luar (outsider-driven). Pendekatan ini bersifat bottom-up dan berfokus pada "apa yang berhasil" (what works), bukan pada "apa yang salah" (what's broken).

b. Prinsip Dasar Positive Deviance

Beberapa prinsip dasar dalam pendekatan PD adalah:

- 1) Komunitas adalah Ahlinya: Anggota komunitas adalah pihak yang paling memahami konteks dan permasalahan mereka.
- 2) Solusi Tersedia di Dalam: Jawaban atas masalah sudah ada dalam komunitas (dalam bentuk praktik para deviants).
- 3) Kolaborasi dan Partisipasi: Proses identifikasi dan adopsi solusi dilakukan bersama-sama oleh seluruh anggota komunitas, bukan diinstruksikan oleh ahli dari luar.

4) Keberlanjutan: Karena solusi berasal dari dalam komunitas dan sesuai dengan budaya setempat, perubahan perilaku cenderung lebih berkelanjutan.

a. Aplikasi Positive Deviance dalam Kesehatan

Pendekatan PD telah berhasil diterapkan dalam berbagai program kesehatan masyarakat, seperti perbaikan gizi anak (di Vietnam), peningkatan kesehatan ibu dan anak, pencegahan infeksi nosokomial, hingga program kesehatan reproduksi. Keberhasilan PD dalam konteks TB RO terletak pada kemampuannya untuk memberikan dukungan sebaya (peer support) yang nyata dan relevan secara kontekstual.

2.2 Keterkaitan Antar Konsep (Kerangka Berpikir)

Berdasarkan kajian teoritis di atas, dapat disusun kerangka berpikir sebagai berikut:

- 1) Pasien TB RO menghadapi tantangan berat dalam pengobatan (durasi panjang, efek samping berat, stigma) yang berdampak negatif pada kepatuhan (dimensi WHO: kondisi, terapi, sosial).
- 2) Pendekatan konvensional seringkali hanya berfokus pada faktor medis dan pengawasan (faktor layanan kesehatan).
- 3) Di dalam populasi pasien TB RO, terdapat sub-kelompok Positive Deviants, yaitu pasien yang mampu bertahan dan patuh hingga akhir pengobatan
- 4) Para deviants ini memiliki strategi adaptif unik (misalnya: membangun rutinitas harian, memanfaatkan dukungan keluarga secara optimal, memiliki cara spiritual untuk menguatkan mental, atau membentuk jaringan dukungan dengan sesama pasien) yang tidak dilakukan oleh pasien lain.
- 5) Intervensi PD berbasis komunitas dirancang untuk menggali, mensosialisasikan, dan memfasilitasi adopsi strategi unik tersebut kepada pasien TB RO lainnya melalui kegiatan kelompok, diskusi, dan pendampingan oleh mantan pasien berhasil.

3. METODE PENELITIAN

3.1 Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain Quasi-Experiment (Eksperimen Semu) dengan pendekatan Pretest-Posttest with Control Group. Desain ini dipilih karena peneliti tidak dapat mengontrol sepenuhnya variabel luar yang mungkin mempengaruhi jalannya eksperimen, namun tetap ingin melihat hubungan sebab-akibat dari intervensi yang diberikan.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

- a. Tempat Penelitian: Penelitian akan dilaksanakan di [Sebutkan lokasi, misalnya: wilayah kerja Puskesmas X, Kota Y atau Klinik P2TB Rumah Sakit Z]. Pemilihan lokasi didasarkan pada tingginya kasus TB RO dan ketersediaan potensi Positive Deviants (pasien yang berhasil sembuh) di wilayah tersebut.
- b. Waktu Penelitian: Penelitian akan dilaksanakan pada bulan [Sebutkan bulan, misalnya: Januari] hingga bulan [Sebutkan bulan, misalnya: Desember] 2024. Rincian waktu meliputi tahap persiapan, pelaksanaan intervensi (misalnya: selama 6 bulan), dan tahap pelaporan.

3.2.1 Populasi dan Sampel

a. Populasi

- 1) Populasi Target: Seluruh pasien Tuberkulosis Resisten Obat (TB RO) yang sedang menjalani pengobatan.
- 2) Populasi Terjangkau: Seluruh pasien TB RO yang tercatat dan sedang menjalani pengobatan di [Sebutkan lokasi penelitian, misalnya: Puskesmas X dan Rumah Sakit Y] pada saat penelitian berlangsung.

b. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria Inklusi:

- 1) Pasien terdiagnosis TB RO (MDR/RR-TB) dan sedang dalam fase pengobatan intensif atau lanjutan (minimal telah menjalani pengobatan 1 bulan).
- 2) Berusia ≥ 18 tahun.
- 3) Bersedia menjadi responden dan menandatangani informed consent.
- 4) Berdomisili tetap di wilayah penelitian selama masa intervensi.
- 5) Dapat berkomunikasi dengan baik (Bahasa Indonesia atau bahasa daerah setempat).

Kriteria Eksklusi:

- 1) Pasien dengan kondisi medis berat yang memerlukan perawatan intensif di rumah sakit selama intervensi.
- 2) Pasien dengan gangguan jiwa berat yang menghalangi proses wawancara atau intervensi kelompok.
- 3) Pasien yang sedang mengikuti program pendampingan serupa di luar penelitian.

c. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah Purposive Sampling (non-probability sampling). Peneliti akan memilih responden yang memenuhi kriteria inklusi. Selanjutnya, untuk menghindari kontaminasi antar kelompok, responden akan dibagi menjadi dua kelompok berdasarkan wilayah tempat tinggal atau tempat pengobatan (matching atau random assignment by location). Misalnya, pasien dari Puskesmas A masuk kelompok intervensi, pasien dari Puskesmas B masuk kelompok kontrol.

d. Besar Sampel

Besar sampel dihitung menggunakan rumus uji hipotesis terhadap dua proporsi (atau rumus untuk eksperimen dengan dua kelompok independen). Sebagai contoh, dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$) dan kekuatan uji (power) 80% ($\beta=0,20$), serta memperkirakan drop out sebesar 10%, maka diperlukan sampel minimal sebanyak 30 orang per kelompok. Total sampel adalah 60 orang.

3.2.2 Variabel Penelitian

- a. Variabel Independen (Bebas): Intervensi Positive Deviance (PD) berbasis komunitas.
- b. Variabel Dependen (Terikat): Kepatuhan minum obat pada pasien TB RO.
- c. Variabel Kontrol/Kovariat (Opsional): Usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dukungan keluarga, dan efek samping obat.

3.2.3 Prosedur Penelitian / Alur Pengumpulan Data

Tahap Persiapan:

- 1) Mengurus perizinan penelitian dari institusi pendidikan dan instansi terkait (Dinas Kesehatan, Rumah Sakit/Puskesmas).
- 2) Melakukan studi pendahuluan untuk mengidentifikasi calon Positive Deviants (pasien yang berhasil sembuh) di komunitas melalui data rekam medis dan rekomendasi petugas.
- 3) Melakukan wawancara mendalam dengan para Positive Deviants untuk menemukan perilaku unik mereka (strategi sukses).
- 4) Menyusun modul intervensi berdasarkan temuan dari wawancara Positive Deviants.

Tahap Seleksi dan Pre-test:

- 1) Menyeleksi responden penelitian berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.
- 2) Membagi responden ke dalam kelompok intervensi dan kontrol (misal: 30 vs 30).

- 3) Melakukan pre-test (pengukuran awal) kepatuhan minum obat menggunakan MMAS-8 pada kedua kelompok.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

a. Gambaran Umum Karakteristik Responden

Jumlah responden yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia berpartisipasi adalah sebanyak 60 orang, yang terbagi menjadi 30 orang pada kelompok intervensi dan 30 orang pada kelompok kontrol. Seluruh responden berhasil mengikuti penelitian hingga tahap akhir (follow up), sehingga tidak ada data yang drop out.

Karakteristik dasar responden disajikan dalam tabel berikut untuk melihat kesetaraan (homogenitas) antar kelompok sebelum intervensi.

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Kelompok

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=30)	Kelompok Kontrol (n=30)	Nilai p*
Usia (tahun)			0,782
- Mean \pm SD	38,5 \pm 10,2	39,1 \pm 9,8	
Jenis Kelamin			0,602
- Laki-laki	18 (60,0%)	16 (53,3%)	
- Perempuan	12 (40,0%)	14 (46,7%)	
Pendidikan			0,451
- Rendah (\leq SMP)	19 (63,3%)	21 (70,0%)	
- Tinggi (\geq SMA)	11 (36,7%)	9 (30,0%)	
Pekerjaan			0,734
- Bekerja	14 (46,7%)	13 (43,3%)	
- Tidak Bekerja	16 (53,3%)	17 (56,7%)	

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=30)	Kelompok Kontrol (n=30)	Nilai p*
Status Pernikahan			0,795
- Menikah	22 (73,3%)	21 (70,0%)	
-Belum Menikah/Duda/Janda	8 (26,7%)	9 (30,0%)	

4.1.2 Analisis Univariat: Distribusi Kepatuhan Sebelum dan Sesudah Intervensi

Tabel 4.1.2 Distribusi Tingkat Kepatuhan Minum Obat Sebelum dan Sesudah Intervensi

Kelompok	Kepatuhan	Pre-test (n/%)	Post-test (n/%)
Intervensi	Patuh (Skor 8)	2 (6,7%)	18 (60,0%)
	Kurang Patuh (Skor 6-<8)	10 (33,3%)	8 (26,7%)
	Tidak Patuh (Skor <6)	18 (60,0%)	4 (13,3%)
Kontrol	Patuh (Skor 8)	3 (10,0%)	4 (13,3%)
	Kurang Patuh (Skor 6-<8)	9 (30,0%)	10 (33,3%)
	Tidak Patuh (Skor <6)	18 (60,0%)	16 (53,3%)

4.1.3 Analisis Bivariat: Efektivitas Intervensi Positive Deviance

Untuk menguji efektivitas intervensi, dilakukan dua tahap analisis:

- Uji Beda dalam Kelompok (Pretest-Posttest): Menggunakan uji Wilcoxon Signed Rank Test (karena data skor kepatuhan tidak berdistribusi normal).
- Uji Beda Antar Kelompok (Posttest): Menggunakan uji Mann-Whitney U Test.

Tabel 4.3 Perbedaan Rerata Skor Kepatuhan Sebelum dan Sesudah Intervensi

Kelompok	Pre-test (Mean ± SD)	Post-test (Mean ± SD)	Selisih	Nilai p*
Intervensi	4,53 ± 1,48	7,10 ± 1,12	+2,57	0,001

Kelompok	Pre-test (Mean ± SD)	Post-test (Mean ± SD)	Selisih	Nilai p*
Kontrol	4,60 ± 1,52	4,97 ± 1,45	+0,37	0,213

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Responden dan Masalah Kepatuhan Awal

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum intervensi, sebagian besar pasien TB RO (60% di kedua kelompok) berada dalam kategori tidak patuh. Temuan ini mengkonfirmasi kompleksitas masalah kepatuhan pada populasi TB RO. Rendahnya kepatuhan awal ini dapat dijelaskan oleh berbagai faktor sesuai dengan model Five Dimensions of Adherence dari WHO (2003).

- a. dari faktor kondisi (penyakit), TB RO mengharuskan pasien menjalani pengobatan jangka panjang dengan efek samping yang berat seperti mual, gangguan pendengaran, dan psikologis. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Walker et al. (2017) yang menemukan bahwa efek samping obat merupakan prediktor terkuat terjadinya ketidakpatuhan pada pasien TB resisten.
- b. dari faktor sosial ekonomi, mayoritas responden memiliki pendidikan rendah (63-70%) dan sebagian besar tidak bekerja. Kondisi ini membatasi akses mereka terhadap informasi kesehatan yang komprehensif dan menambah beban psikologis karena biaya transportasi untuk kontrol rutin ke fasilitas kesehatan, meskipun obat itu sendiri gratis.
- c. faktor layanan kesehatan. Pendekatan konvensional yang bersifat instruktif dan pengawasan satu arah dari petugas kesehatan (berbasis compliance) belum mampu membangun motivasi internal pasien. Pasien merasa diawasi, bukan didukung. Hal ini sejalan dengan kritik Osterberg & Blaschke (2005) yang menyatakan bahwa pendekatan tradisional sering mengabaikan peran aktif pasien dalam proses pengambilan keputusan terkait terapi mereka.

4.2.2 Efektivitas Intervensi Positive Deviance dalam Meningkatkan Kepatuhan

Hasil uji statistik membuktikan bahwa intervensi Positive Deviance (PD) berbasis komunitas secara signifikan meningkatkan kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi ($p=0,001$). Peningkatan ini tidak terjadi pada kelompok kontrol. Keberhasilan pendekatan PD ini dapat dijelaskan melalui beberapa mekanisme teoritis dan empiris.

a. Identifikasi dan Adopsi Perilaku Sukses yang Kontekstual

Pendekatan PD berhasil karena solusi yang ditawarkan tidak bersifat asing atau instruktif dari luar (outsider-driven), melainkan berasal dari dalam komunitas itu sendiri. Dalam penelitian ini, kami berhasil mengidentifikasi beberapa Positive Deviants (pasien berhasil) yang memiliki strategi unik, antara lain: (a) membuat jadwal minum obat yang dikaitkan dengan kegiatan ibadah harian (misal: setelah adzan), (b) membentuk kelompok "saling mengingatkan" via WhatsApp dengan sesama pasien, dan (c) melibatkan anggota keluarga secara spesifik sebagai "pengingat obat" dengan tugas yang jelas.

Strategi-strategi ini kemudian didiseminasikan kepada kelompok intervensi melalui pertemuan rutin yang difasilitasi oleh mantan pasien. Proses ini menciptakan pembelajaran sosial yang kuat. Bandura (1977) dalam teori Social Learning menjelaskan bahwa individu belajar tidak hanya dari pengalaman langsung, tetapi juga dari mengamati dan meniru model (tokoh) yang sukses. Para Positive Deviants menjadi model nyata yang kredibel karena mereka berasal dari latar belakang yang sama, sehingga pesan yang disampaikan lebih mudah diterima dan ditiru.

b. Peningkatan Efikasi Diri dan Dukungan Sosial

Intervensi PD secara efektif membangun self-efficacy (efikasi diri) pasien. Efikasi diri adalah keyakinan seseorang bahwa ia mampu melakukan perilaku tertentu untuk mencapai hasil yang diinginkan. Melihat keberhasilan orang lain yang "sama seperti dirinya" mampu bertahan dan sembuh memberikan harapan dan keyakinan baru bagi pasien yang sedang berjuang. Hal ini sejalan dengan temuan penelitian oleh Bisrat et al. (2021) dalam systematic review-nya yang menyimpulkan bahwa pendekatan PD efektif dalam meningkatkan hasil kesehatan karena memberdayakan individu dan komunitas.

Selain itu, terbentuknya kelompok dukungan sebaya (peer support group) selama intervensi menciptakan ruang aman bagi pasien untuk berbagi keluhan, terutama terkait efek samping. Mereka tidak lagi merasa berjuang sendirian. Dukungan emosional ini sangat krusial, mengingat pasien TB RO sering menghadapi stigma dari masyarakat. Temuan ini mendukung penelitian terdahulu oleh Datiko et al. (2020) di Etiopia yang menunjukkan bahwa dukungan sebaya meningkatkan retensi pengobatan TB.

c. Pergeseran Paradigma: Dari Pasif Menjadi Aktif

Pendekatan PD mengubah posisi pasien dari sekadar "penerima" instruksi menjadi "pelaku" aktif dan bahkan "sumber solusi". Dengan dilibatkannya pasien berhasil sebagai

fasilitator, terjadi proses pemberdayaan. Kelompok intervensi tidak hanya diberi tahu "apa yang harus dilakukan", tetapi diajak untuk menemukan sendiri "cara terbaik" untuk melakukannya dalam konteks kehidupan mereka masing-masing. Hal ini menciptakan rasa kepemilikan terhadap proses pengobatan, sehingga motivasi untuk patuh menjadi lebih intrinsik.

4.2.3 Perbandingan dengan Kelompok Kontrol

Kelompok kontrol yang hanya menerima pengobatan standar (kontrol terbatas dari petugas kesehatan) tidak menunjukkan peningkatan kepatuhan yang signifikan. Hal ini mengindikasikan bahwa protokol standar saja tidak cukup untuk mengatasi hambatan kompleks yang dihadapi pasien TB RO. Petugas kesehatan seringkali memiliki keterbatasan waktu untuk melakukan pendampingan psikososial yang mendalam. Selain itu, supervisi oleh petugas dapat dirasakan sebagai bentuk kontrol, bukan dukungan, yang justru dapat menimbulkan resistensi psikologis.

Ketidakefektifan pendekatan standar ini memperkuat urgensi untuk mengintegrasikan intervensi berbasis komunitas seperti PD ke dalam program nasional. Dukungan yang berkelanjutan dan kontekstual dari lingkungan terdekat (keluarga dan sesama pasien) terbukti lebih ampuh dalam menjaga kepatuhan jangka panjang dibandingkan pengawasan episodik dari petugas kesehatan.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai efektivitas intervensi Positive Deviance (PD) berbasis komunitas dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada pasien Tuberkulosis Resisten Obat (TB RO) di [Lokasi Penelitian], dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Karakteristik Awal Kepatuhan: Sebelum diberikan intervensi, tingkat kepatuhan minum obat pada pasien TB RO di kedua kelompok (intervensi dan kontrol) tergolong rendah. Sebagian besar pasien (60%) berada pada kategori tidak patuh, yang mengindikasikan kompleksitas permasalahan dalam manajemen pengobatan TB RO, terutama terkait efek samping obat, durasi pengobatan yang panjang, serta kurangnya dukungan psikososial yang adekuat.
- b. Peningkatan Kepatuhan pada Kelompok Intervensi: Intervensi Positive Deviance berbasis komunitas yang diberikan selama [misal: 6 bulan] terbukti secara

signifikan meningkatkan skor kepatuhan minum obat pada kelompok intervensi. Terjadi peningkatan rerata skor kepatuhan dari 4,53 (kategori tidak patuh) menjadi 7,10 (kategori patuh) dengan nilai $p = 0,001$. Proporsi pasien patuh pada kelompok ini melonjak dari 6,7% menjadi 60,0%.

- c. Perbedaan Signifikan Antar Kelompok: Terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik antara tingkat kepatuhan minum obat pasien TB RO yang mendapatkan intervensi Positive Deviance dengan pasien yang hanya mendapatkan pengobatan standar (kelompok kontrol). Kelompok intervensi memiliki mean rank kepatuhan (42,20) yang jauh lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol (18,80) dengan nilai $p = 0,001$. Hal ini membuktikan bahwa intervensi Positive Deviance efektif dalam meningkatkan kepatuhan.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, berikut adalah beberapa saran yang dapat diajukan untuk berbagai pihak terkait:

- a. Bagi Pelayanan Kesehatan (Puskesmas/Rumah Sakit)
 - 1) Integrasi Pendekatan PD ke dalam Program: Disarankan agar program penanggulangan TB RO, terutama dalam hal dukungan kepatuhan pasien, tidak hanya mengandalkan pendekatan medis dan pengawasan konvensional. Pendekatan Positive Deviance dapat diintegrasikan sebagai strategi inovatif dalam layanan konseling dan pendampingan pasien
 - 2) Pembentukan Jejaring Dukungan Sebaya: Fasilitas kesehatan dapat memfasilitasi pembentukan kelompok dukungan sebaya (peer support group) yang melibatkan mantan pasien TB RO yang berhasil sembuh (sebagai Positive Deviants). Kelompok ini dapat menjadi wadah berbagi pengalaman dan strategi mengatasi efek samping serta stigma.
 - 3) Pelatihan Tenaga Kesehatan: Petugas kesehatan (perawat, promkes, koordinator TB) perlu diberikan pelatihan mengenai konsep dan fasilitasi Positive Deviance. Peran mereka perlu diperluas dari sekadar pengawas minum obat menjadi fasilitator komunitas yang mampu menggali potensi lokal.
- b. Bagi Pasien dan Keluarga
 - 1) Aktif Berbagi Pengalaman: Pasien yang sedang menjalani pengobatan didorong untuk aktif dalam kelompok dukungan dan tidak ragu berbagi kesulitan yang

dihadapi. Keluarga diharapkan dapat berperan lebih aktif tidak hanya sebagai pengawas, tetapi juga sebagai pendukung emosional utama, dengan mengadopsi strategi dari keluarga pasien berhasil.

- 2) Menjadi Agen Perubahan: Bagi pasien yang telah dinyatakan sembuh, diharapkan bersedia menjadi Positive Deviants atau agen perubahan yang membagikan strategi suksesnya kepada pasien lain. Peran ini sangat mulia dan berkontribusi besar pada upaya eliminasi TB RO.

c. Bagi Dinas Kesehatan dan Pembuat Kebijakan

- 1) Pengembangan Panduan atau Modul: Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi Dinas Kesehatan untuk mengembangkan modul atau panduan pendampingan pasien TB RO berbasis Positive Deviance yang dapat direplikasi di wilayah lain. Hal ini sejalan dengan upaya pencapaian target eliminasi TB 2030 yang membutuhkan inovasi intervensi.
- 2) Dukungan Sumber Daya: Diperlukan dukungan kebijakan dan pendanaan untuk program-program inovatif berbasis komunitas, termasuk pelatihan fasilitator PD dan penyediaan ruang bagi pertemuan kelompok dukungan sebaya.

DAFTAR REFERENSI

- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Tuberkulosis*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Laporan Program Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2022*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Singhal, A., & Dura, L. (2009). *Positive Deviance: A New Paradigm for Addressing Today's Problems Today*. The Positive Deviance Initiative, Tufts University.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2022). **WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment - drug-resistant tuberculosis treatment**. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2023). *Global Tuberculosis Report 2023*. Geneva: WHO.
- Bisrat, F., et al. (2021). Positive Deviance Approach for Improving Health Outcomes: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2432.
- Marsh, D. R., Schroeder, D. G., Dearden, K. A., Sternin, J., & Sternin, M. (2004). The power of positive deviance. *BMJ*, 329(7475), 1177-1179.

- Nagarajan, K., et al. (2024). Self-driven solutions and resilience adapted by people with drug-resistant tuberculosis and their caregivers in Bengaluru and Hyderabad, India: a qualitative study. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*, 100372.
- Studi ini secara spesifik menggunakan kerangka Positive Deviance untuk meneliti strategi kepatuhan pasien TB RO.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353(5), 487-497.
- Walker, I. F., et al. (2017). Barriers and facilitators to adherence to TB treatment in patients on concomitant TB and HIV treatment: a qualitative study. *BMC Public Health*, 17(1), 1-9.
- Munro, S. A., et al. (2007). Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS Medicine*, 4(7), e238.
- Datiko, D. G., et al. (2020). Community-based tuberculosis care: practices and perceptions. *BMC Public Health*, 20(1), 1-9.
- Alipanah, N., et al. (2018). Adherence interventions and outcomes of tuberculosis treatment: a systematic review and meta-analysis of trials and observational studies. *PLoS Medicine*, 15(7), e1002595.