

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberkulosis ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menjadi tantangan global. Berdasarkan *Global Tuberculosis Report* tahun 2017, secara global kasus baru tuberkulosis sebesar 6,3 juta, setara dengan 61% dari insiden tuberkulosis (10,4 juta). Tuberkulosis tetap menjadi 10 penyebab kematian tertinggi di dunia dan kematian tuberkulosis secara global diperkirakan 1,3 juta pasien (*Global Tuberculosis Report, 2018*).

Indonesia merupakan salah satu negara yang mempunyai beban tuberkulosis yang terbesar diantara 5 negara yaitu India, Indonesia, China, Philippina and Pakistan (*Global Tuberculosis Report, 2018*). Selain itu terdapat tantangan yang perlu diperhatikan yaitu meningkatnya kasus Tuberkulosis-MDR, Tuberkulosis-HIV, Tuberkulosis dengan DM, TB pada anak dan masyarakat rentan lainnya. Hal ini memacu pengendalian tuberkulosis nasional terus melakukan intensifikasi, akselerasi, ekstensifikasi dan inovasi program (Kemenkes RI, 2014).

Pada tahun 2017 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 425.089 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2016 yang sebesar 360.565 kasus. Dilihat dari cakupan semua kasus tuberkulosis (*Case Detection Rate/ CDR*) menurut provinsi pada

tahun 2017, dimana CDR yang tertinggi adalah Provinsi DKI Jakarta (104,7%), Papua (67,8%), dan Sulawesi Utara (56,6%). Sedangkan CDR yang terendah adalah Provinsi Jambi (24,2%), Kepulauan Bangka Belitung (26,2%) dan Bali (26,6%). Sedangkan CDR Provinsi Sumatera Barat adalah 35,7% (Kemenkes RI, 2018).

Sejak ditemukan dan berkembangnya obat anti tuberkulosis (OAT) yang cukup efektif, TB dapat ditekan jumlahnya. Tetapi sejak tahun 1989-1992 timbul kembali peningkatan penyakit ini, yang dikaitkan dengan peningkatan epidemi HIV/AIDS, urbanisasi, dan migrasi. Bersamaan dengan peningkatan penyakit ini timbul masalah baru yaitu tuberkulosis resistensi multi obat (TB-MDR) (Syahrini, 2008).

TB Resisten Obat merupakan penyakit TB yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* yang telah mengalami kekebalan terhadap OAT. Permasalahan resistensi obat yang meresahkan saat ini yaitu TB-MDR atau *Tuberculosis Multi Drug Resisten*. TB-MDR adalah TB resisten obat terhadap minimal 2 obat anti TB yang paling penting, Isoniazid dan Rifampisin secara bersamaan atau disertai resistensi OAT lini pertama lainnya seperti Etambutol, Streptomycin, dan Pirazynamid. Rifampisin dan Isoniazid merupakan 2 obat yang sangat penting pada pengobatan TB yang diterapkan pada strategi *Directly Observed Therapy Short-Course* (DOTS) (PDPI, 2011). Kasus TB-MDR harus segera ditangani karena tiap tahun kasusnya meningkat dan berdampak pada meningkatnya angka kejadian TB-XDR (*Extensively Resistant Tuberculosis*) (Kemenkes RI, 2014).

Penggunaan OAT yang tidak adekuat, terutama yang berkaitan dengan penggunaan obat yang tidak teratur dan tingginya angka putus obat sangat menyokong timbulnya tuberkulosis resistensi ganda. Pemberian monoterapi, kurangnya jenis obat yang diberikan, penyerapan yang tidak optimal, dan kurangnya sediaan yang sensitif dalam kombinasi obat mengakibatkan berkembang biaknya basil resisten obat dalam beberapa bulan. Resistensi ini dimulai dari yang sederhana, yaitu *monoresisten*, *poliresisten*, *multi drug resistant* (MDR), *extensive drug resistant* (XDR), dan *totally drug resistant* (TDR). Hal ini dapat dicegah melalui terapi yang adekuat (Syahrini, 2008).

Kontak penularan *Mycobacterium tuberculosis* yang telah mengalami resistensi obat akan menciptakan kasus baru penderita TB yang mengalami resistensi primer yaitu resistensi pada pasien yang tidak pernah mendapat OAT sebelumnya atau sudah pernah mendapat pengobatan tapi kurang dari 1 bulan, akhirnya akan mengarah pada peningkatan kasus *multidrug resistant*. Penyebaran TB-MDR telah meningkat karena lemahnya pengendalian TB, kurangnya sumber dana dan isolasi yang tidak adekuat dan keterlambatan dalam menegakkan diagnosis suatu TB-MDR (Sihombing dkk., 2011).

WHO memperkirakan terdapat 480.000 kasus TB-MDR di seluruh dunia, sedangkan kematian akibat TB-MDR diperkirakan 190.000 orang pada tahun 2014. WHO dalam Global Tuberculosis Report 2015 melaporkan bahwa Indonesia termasuk salah satu negara dari 27 negara lainnya di dunia dengan kasus TB-MDR yang cukup banyak dimana terdapat 6800 kasus baru TB-

MDR setiap tahunnya. Diperkirakan 1.9% dari kasus TB baru dan 12% dari kasus TB pengobatan ulang (WHO, 2014).

Didalam WHO Global TB Report 2018 (2018) dinyatakan bahwa TB Resisten Obat telah menjadi krisis kesehatan dunia dimana pada tahun 2017 pada 558.000 penderita TB (rentang, 483.000-639.000) merupakan resisten terhadap rifampisin yang merupakan OAT lini pertama dan 82% merupakan TB-MDR. Secara umum 3,5% kasus TB baru dan 18% kasus TB yang dalam penanganan merupakan TB-MDR. Pada kasus TB-MDR 8.5% dinyatakan sebagai TB-XDR. 3 negara penyumbang kasus TB-MDR terbesar yaitu India (24%), China (13), dan Federasi Rusia (10%). Terdapat sekitar 230.000 (rentang, 140.000-310.000) kematian yang disebabkan oleh TB-MDR pada tahun 2017.

Di Indonesia, data awal survey resistensi OAT pertama yang dilakukan di Jawa Tengah pada tahun 2006 menunjukkan angka TB-MDR paru yang rendah pada kasus baru dengan prevalensi 2,07%, tetapi angka ini meningkat pada pasien yang pernah diobati sebelumnya dengan prevalensi 16,3%. Hasil survey resistensi OAT di Jawa Timur pada tahun 2009 menunjukkan bahwa 2% TB-MDR ditemukan pada TB kasus baru dan 9,7% ditemukan pada kasus TB yang pernah mendapatkan pengobatan. (Soedarsono, 2010). Pada tahun 2013 diperkirakan terdapat 6.800 kasus TB dengan Multi Drug Resistance (MDR TB) setiap tahun. Diperkirakan 2% dari kasus TB baru dan 12% dari kasus TB pengobatan ulang merupakan kasus TB-MDR. Diperkirakan pula

lebih dari 55% pasien MDR TB belum terdiagnosis atau mendapat pengobatan dengan baik dan benar.

Indonesia sudah menjalankan program penanggulangan TB sejak tahun 1994 yang bekerja sama dengan WHO yang disebut sebagai DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) yang diartikan sebagai pengawasan langsung menelan obat jangka pendek setiap hari oleh Pengawas Menelan Obat (PMO). Adapun program untuk mencegah dan mengendalikan penularan resistensi obat TB yaitu PMDT (*Programmatic Management of Drug resistance TB*). PMDT melibatkan banyak pihak agar program tersebut berjalan dengan lancar mulai dari pemerintahan yang menjadi sumber modal pendukung lalu pihak tenaga klinis kesehatan sebagai pelaksana lini depan dan pihak pasien, keluarga serta masyarakat sebagai dukungan untuk mensukseskan PMDT tersebut (Kemenkes RI, 2011).

Penanganan permasalahan TB di Indonesia memiliki kendala dalam penatalaksanaan terutama di sebagian besar rumah sakit, klinik dan praktek swasta belum sesuai dengan strategi DOTS ataupun standar pelayanan sesuai *International Standards for Tuberculosis Care* (ISTC). Demikian pula ketersediaan fasilitas laboratorium, penerapan standar pencegahan infeksi nosokomial serta kolaborasi TB-HIV yang belum optimal berkontribusi terhadap munculnya tantangan TB resisten obat terutama TB-MDR di Indonesia. Untuk menanggulangi TB resisten obat diperlukan suatu pendekatan yang menyeluruh dalam pengelolaan pasien TB resisten obat. Strategi untuk pengelolaan pasien TB resisten obat adalah menggunakan *Programmatic*

Management Drug Resistance TB (PMDT). Ujicoba implementasi PMDT telah diterapkan sejak tahun 2009 di Indonesia (Kemenkes RI, 2011).

Menghadapi tantangan TB/HIV, TB-MDR, TB anak dan kebutuhan masyarakat miskin serta rentan lainnya, khususnya yang terkait dengan tantangan TB-MDR, diuraikan bahwa ancaman TB-MDR memunculkan kebutuhan untuk regulasi penggunaan dan peredaran OAT lini pertama dan kedua, serta menekankan urgensi OAT lini kedua yang belum cukup tersedia di Indonesia. Isu utama yang semakin menguat adalah urgensi untuk memperluas jangkauan akses pelayanan terutama bagi masyarakat miskin dan terpencil. Upaya ini perlu ditopang dengan berbagai hal, antara lain kemitraan berbagai pihak, peningkatan keterlibatan sektor terkait untuk masyarakat miskin dengan uraian tugas yang jelas, serta pelibatan sektor terkait dalam mengurangi faktor risiko (Kemenkes RI, 2011).

Menurut pembukuan dari Rencana Aksi Nasional Stop TB Programmatic Management of Drug Resistance Tuberculosis Indonesia 2011-2014 oleh Kemenkes RI (2011) Joint External TB Monitoring Mission (JEMM) menyatakan bahwa Indonesia belum memiliki data yang representatif tentang survei resistensi obat. Beberapa isu prioritas terkait TB-MDR yang diidentifikasi dalam presentasi hasil JEMM 2011 yaitu Jumlah ketersediaan layanan laboratorium untuk pemeriksaan kultur dan uji kepekaan obat yang terbatas, perluasan PMDT yang lambat dengan jumlah pasien TB-MDR yang mulai diobati masih dibawah jumlah target, serta kurang optimalnya penerapan sistem DOTS seperti jumlah tempat pelayanan kesehatan yang menerapkan

sistem DOTS yang masih sedikit dan ada sekitar 38% RS yang baru menggunakan sistem DOTS, akreditasi RS perlu ditingkatkan, angka keberhasilan pengobatan yang rendah, angka *Drop-Out* yang tinggi, akses OAT yang tidak teregulasi seperti penjualan bebas OAT.

Tingkat keberhasilan program TB ditentukan oleh kesembuhan pasien dengan tuntas minum obat. Untuk hasil Kota Padang belum mencapai target, karena masih adanya yang putus minum obat atau drop out (DO) dan juga ada yang meninggal. Angka kematian TB Kota Padang tahun 2016 yaitu sebanyak 34 orang. Disamping itu juga ditemukan kasus TB-MDR di Kota Padang dari tahun 2015 sampai 2017 sebanyak 32 kasus, dengan rincian 6 orang meninggal, 1 orang DO, 2 orang gagal, 3 orang sembuh, 1 orang pindah, 19 orang dalam pengobatan. Kasus meninggal karena pasien tidak mengakses layanan kesehatan sehingga terlambat mendapatkan pengobatan (Dinkes Kota Padang, 2017).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Padang 2017 angka keberhasilan program TB di kota padang yang terendah adalah di Puskesmas Belimbing yaitu 73,2 %. Jumlah total penderita TB paru dalam Laporan Tahunan Dinas kesehatan Kota Padang tahun 2017 adalah sebanyak 68 orang. Sedangkan jumlah penderita TB Paru terbanyak adalah di wilayah kerja Puskesmas Andalas tahun 2017 adalah sebanyak 149 orang.

Dalam hasil penelitian Abrori & Ahmad (2018) tentang kualitas hidup pasien TB Resistan, didapatkan bahwa kualitas hidup pasien dengan TB Resistan tergolong buruk. Hal ini disebabkan karena kurangnya dukungan yang

diterima oleh pasien. Dukungan sosial yang didapatkan pasien sangat sedikit bahkan ada yang ditinggalkan oleh keluarga mereka dikarenakan penyakit yang tidak kunjung sembuh dan menghabiskan banyak sumber daya keluarga. Kebanyakan dari pasien juga kehilangan lapangan pekerjaannya baik karena di pecat ataupun karena ketidak mampuan fisik mereka untuk menjalankan usaha kembali. Belum lagi dengan proses pengobatan yang kompleks dan efek samping pengobatan yang lebih besar dibandingkan dari pengobatan TB biasa/non-resistan.

Kepatuhan dan jadwal minum obat apabila dilanggar akan mengakibatkan kuman-kuman yang terdapat didalam tubuh akan menjadi kebal terhadap obat tersebut, untuk selanjutnya penyakit yang diderita lebih sulit disembuhkan dan bisa menjadi TB XDR. Maka dari itu dibutuhkan tenaga kesehatan seperti perawat untuk dapat membimbing dan memberi dukungan kepada pasien agar tetap tegar dan disiplin dalam pengobatan hingga benar-benar sembuh serta memberikan pendidikan kepada keluarga pasien agar memberikan dukungan dan bantuan kepada pasien dalam masa pengobatannya (Abrori & Ahmad, 2018).

Faktor penyebab penderita gagal berobat antara lain kurangnya informasi tentang pengobatan TB paru, kebosanan minum obat yang terlalu lama dan jumlah obat yang efektif cukup banyak, merasa sudah sehat dan adanya efek samping obat, kesulitan uang atau tidak ada yang mengantar penderita ke puskesmas. Jika penderita TB paru tidak mematuhi program pengobatan maka akan terjadi komplikasi, selain itu TB paru juga memberikan

dampak buruk lainnya secara sosial stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat (Depkes RI, 2009).

Perawat memegang peran penting dalam proses pengobatan, perawatan, dan dukungan pasien MDR TB. Pelaksanaan tindakan perawatan didasarkan pada pedoman asuhan keperawatan pasien MDR TB yang dilakukan secara terpadu, meliputi upaya-upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Brunner & Suddarth, 2002). Pasien MDR TB membutuhkan perawatan khusus dari tenaga perawat, yang bukan saja terampil dalam hal teknis merawat, tetapi lebih dari itu perawat harus memiliki empati dan pandai melakukan komunikasi terapeutik, secara singkat disebut dengan istilah *caring*.

Asuhan keperawatan bisa saja berupa perawatan fisik atau pemberian tindakan sesuai prosedur berdasarkan gejala dan keluhan yang ada. Tetapi yang lebih penting adalah respon kemanusiaan dan hubungan timbal balik antara pasien dan perawat saat berinteraksi, serta memberikan sentuhan fisik merupakan tingkatan tertinggi dalam perannya sebagai perawat. *caring* tidak dapat dibuat-buat, sikap ini muncul secara spontan terbentuk dan dipengaruhi oleh nilai-nilai serta keyakinan yang tumbuh di tempat seseorang dibesarkan dan semakin subur oleh lingkungan kerja yang mendukung dan membina (Alligood & Tomey, 2006).

Berdasarkan penelitian Arjun, Matlakala & Mavundla (2013), ditemukan beberapa hal yang menjadi permasalahan perawat dalam merawat pasien TB-MDR ditemukan 4 tema yaitu 1. *the working context* berupa kondisi lokasi dan kurangnya lingkungan praktek yang positif, 2. *fear of contracting*

the diseases berupa resiko terpapar, kontak dengan pasien, dan penyebaran MDR TB, 3. *problem impacting on the quality of nursing care* berupa kepatuhan berobat dan kekurangan peralatan dan perlengkapan, 4. *enrolled nurses expressed needs* berupa pendidikan pelayanan, dukungan struktural dan apresiasi.

Ketersediaan yang kurang berupa peralatan yang mendukung perawat dalam memberikan intervensi pada pasien seperti masker N95 yang sangat dibutuhkan perawat saat bertatap muka dengan pasien karena pasien yang dirawat didalam ruangan, dapat dipastikan konsentrasi bakteri yang ada di dalam ruangan rawat tersebut cukup tinggi untuk terjadinya penularan penyakit. Perawat juga memiliki perasaan cemas bahkan takut dan ada pula yang merasa kesal dengan pasien berhubungan dengan perilaku pasien yang tidak sehat dalam masa perawatan seperti pasien yang tidak mau menggunakan masker, tidak menjaga proses batuk yang benar, pasien yang sembarangan membuang sekret ataupun yang tidak menjaga tempat sekret tertutup rapat. Perawat juga mengeluhkan akan fasilitas yang mereka dapatkan seperti kurangnya pelatihan terkait dengan penanganan TB-MDR dan juga kurangnya dukungan untuk perawat itu sendiri (Arjun et. al, 2013).

Dalam penelitian Calsson et.al, (2014) tentang peran dan pengalaman perawat dalam meningkatkan kepatuhan pasien TB dipaparkan bahwa seorang perawat mengalami berbagai hambatan dalam meningkatkan kepatuhan pasien dikarenakan banyak faktor diantaranya keterbatasan pasien dalam hal finansial yang menyebabkan pasien kesulitan dalam akses ke tempat pelayanan

kesehatan, asupan gizi pasien yang tidak adekuat, peningkatan kondisi yang dirasakan pasien membuat pasien menghentikan terapi obat secara sepihak, serta emosi yang bercampur aduk yang dirasakan perawat saat berinteraksi dengan pasien. Perawat menyatakan bahwa pasien membutuhkan konseling karena ada dari mereka yang merasakan ketidakberdayaan, kesepian, dan kurang dukungan sosial, akan tetapi perawat tidak bisa memenuhi kebutuhan tersebut sepenuhnya karena perawat merasa tidak memiliki kemampuan yang cukup dalam konseling dan terlebih lagi perawat merasa takut akan tertular TB pasien.

Perawat merupakan tenaga kesehatan lini depan yang berhubungan langsung dengan pasien TB dalam proses perawatan, oleh karena itu perawat memiliki resiko besar akan tertular penyakit TB. Maka dari itu perawat juga harus memperhatikan keselamatan kerja saat berhadapan dengan pasien TB. Dalam penelitian Arjun et. al 2013 tentang pengalaman perawat yang menangani pasien TB-MDR di Rumah sakit khusus TB Afrika Selatan, para perawat tampaknya tidak nyaman, takut, tidak aman dan tidak tertarik bekerja di rumah sakit ini. Perawat tampaknya juga tidak pasti tentang status kesehatan mereka karena TB-MDR adalah penyakit menular dan berpotensi mematikan. Di rumah sakit lain di kecamatan MSINGA di KZN, empat praktisi perawatan kesehatan meninggal karena TB-MDR. Perawat yang terdaftar di rumah sakit terpilih bekerja dalam kontak dekat dengan pasien TB-MDR karena mereka memberikan perawatan pasien langsung, dan berisiko tertular TB-MDR itu sendiri.

Bagian penting dari perawatan kesehatan adalah pencegahan infeksi ke petugas kesehatan (Jackson, 2014). Salah satu temuan dalam penelitian ini adalah bahwa perawat yang bekerja dekat dengan lingkungan terinfeksi diperkenalkan dengan kebijakan pencegahan infeksi dan perawat memiliki keinginan untuk menghindari sumber penyakit tersebut. Sebuah studi (Quinn, 2015), tentang pencegahan penyakit menular di kalangan pekerja kesehatan, menjelaskan bagaimana memprioritaskan pencegahan dengan menggunakan tindakan pencegahan standar untuk mengurangi penularan, yang meliputi pembersihan lingkungan. Dalam penelitian Gehanno (2016) tentang insident TB pada perawat dan petugas kesehatan dipaparkan bahwa perawat TB merupakan kelompok beresiko tinggi terinfeksi TB dari pasien kelolaan yang mana dari pengumpulan data 3 tahun (2010, 2011,2012) didapatkan dari 80 rumah sakit di Perancis terdapat 28 kasus infeksi TB terhadap petugas.

Berdasarkan hasil wawancara dalam pengambilan data awal, didapatkan bahwa perawat dalam sesi tindakan terhadap pasien merasakan berbagai perasaan yang kompleks dimana ia merasa sedih melihat kondisi pasien yang semakin kurus, lemah dan pasien yang mengeluh dengan kondisinya yang memburuk. Tatkala perawat juga merasakan kegembiraan saat melihat pasiennya yang mengalami peningkatan kesehatan dan patuh dalam pengobatan. Perawat selalu memberikan dukungan moral dan instruksi untuk mematuhi proses pengobatan kepada pasien setiap sesi tindakan pengobatan kepada pasien.

Perawat menyatakan bahwa untuk menangani pasien TB mereka harus menjalani pelatihan dan itu dilaksanakan oleh pemerintah, jika disuatu wilayah kerja puskesmas terdeteksi TB/TB-MDR, maka perawat yang bertugas untuk menangani pasien tersebut akan menjalani pelatihan. Perawat juga merasa was-was, cemas bahkan takut akan tertular TB karena dalam proses penanganan pasien berbagai hal dapat terjadi, misalkan tiba-tiba pasien batuk tanpa sempat menutup mulut sehingga ada droplet yang tersebar tak kasat mata dan nanti droplet tersebut bisa jadi kontak dengan kita.

Perawat menyatakan bahwa infrastruktur dan perlengkapan dalam penanganan pasien TB/TB-MDR terbilang minim dan tidak memenuhi standar dimana APD yang tersedia tidak memadai seperti masker N95 yang tidak tersedia atau tidak mencukupi, adapun ruangan pemeriksaan untuk pasien TB/TB-MDR yang tersudut, dekat dengan toilet/tempat pengambilan sampel sputum dan kurang paparan cahaya matahari sehingga ruangan menjadi tempat yang beresiko tinggi menjadi area infeksius karena kelembapan dan kurangnya paparan cahaya matahari.

Tempat pengambilan sampel sputum pun umumnya dilakukan di toilet, padahal seharusnya tempat pengambilan sampel sputum haruslah tempat yang kering dan ada cahaya matahari agar sisa droplet yang tercecer setelah pengambilan sampel mati oleh cahaya matahari dan tidak menjadi area infeksius beresiko tinggi. Perawat menyatakan bahwa ada perawat yang menangani pasien TB di puskesmas kota padang yang terinfeksi TB dan akhirnya

menjalani pengobatan TB dan perawat tersebut tidak mau lagi menjadi pemegang program TB.

Dilihat dari riwayat perawatan pasien TB-MDR di puskesmas wilayah Kota Padang dari tahun 2015-2018, terdapat 6 pasien yang telah meninggal 4 DO. Jumlah kasus TB-MDR kota padang tahun 2015 berjumlah 9 orang, tahun 2016 berjumlah 9 orang, tahun 2017 berjumlah 13 orang dan tahun 2018 berjumlah 22 orang dan menjalani rawat jalan di puskesmas diantaranya di lubuk buaya, lubuk begalung, belimbing, pauh, andalas, kurunji. Maka dari itu peneliti berencana untuk mengambil narasumber di antara perawat TB di puskesmas tersebut. Berhubung di Lubuk Begalung pernah terjadi infeksi TB kepada perawat TB yang berugas, maka peneliti akan memulai penelitian terlebih dahulu di Puskesmas Lubuk Begalung.

B. Rumusan Masalah

Melihat latar belakang di atas, peneliti ingin mempelajari secara mendalam tentang berbagai hal yang berkaitan dengan pengalaman perawat dalam merawat pasien TB-MDR, serta mendapatkan informasi tentang motivasi dan hambatan dalam merawat pasien dengan TB-MDR. Informasi tersebut bisa bermanfaat dalam penentuan kebijakan pembuatan desain program intervensi keperawatan guna meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

Rumusan masalah pada penelitian ini diungkapkan dengan satu pertanyaan yaitu: “Bagaimanakah pengalaman perawat merawat pasien TB-MDR di Kota Padang?”

C. Tujuan Penulisan

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dalam merawat pasien dengan TB-MDR.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Sebagai pengalaman bagi peneliti dalam bidang penelitian kualitatif dan sebagai gambaran bagi peneliti untuk mengetahui pengalaman yang didapat oleh perawat selama merawat pasien dengan MDR TB

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai apa yang harus dilakukan oleh tim kesehatan dalam meningkatkan pelayanan perawatan, terutama pada pasien MDR TB

3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan perbandingan, pedoman dan masukan dalam mengembangkan proses belajar mengajar serta referensi dalam melakukan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan pengalaman perawat dalam merawat pasien MDR TB

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Secagai data dasar dalam mengembangkan wawasan dan pengetahuan tentang pengalaman perawat dalam merawat pasien MDR TB serta pengalaman dalam melakukan penelitian ini.