1. TUBERCULOSIS, PULMONARY
2. CONVERSION DISORDER

KK
TKM 54/03
But
+

TESIS

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEGAGALAN KONVERSI (BTA POSITIF) PADA AKHIR PENGOBATAN FASE INTENSIF PENDERITA TUBERKULOSIS PARU BTA POSITIF BARU DI KOTA KENDARI PROPINSI SULAWESI TENGGARA

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

LA DJABO BUTON

PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2003

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEGAGALAN KONVERSI (BTA POSITIF) PADA AKHIR PENGOBATAN FASE INTENSIF PENDERITA TUBERKULOSIS PARU BTA POSITIF BARU DI KOTA KENDARI PROPINSI SULAWESI TENGGARA

TESIS

Untuk memperoleh Gelar Magister
Dalam program Studi Ilmu Kesehatan Masyaakat
Pada Prgram Pascasarjana Universitas Airlangga

OLEH
LA DJABO BUTON
090110304 L

PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2003

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis
Tesis ini telah disetujui
tanggal 14 Juli 2003

Oleh :
Pembimbing

Dr. Sunarjo, dr, MS, M.Sc
NIP. 130 685 831

Pembimbing I

Djohar Nuswantoro, dr., MPH
NIP. 131 453 178

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga

Prof. Dr. H.R. Soedibyo H.P. Dr. DTM.
NIP. 130 359 279

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

TELAH DIPERTAHANKAN DALAM UJIAN TESIS

Peminatan Epidemiologi Lapangan (FETP) – IKM

Program Pascasarjana

Universitas Airlangga

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Prof. Dr. H.Muhammad Amin, dr.

Anggota :
1. Dr. Sunarjo, dr., MS., M.Sc
2. Djohar Nuswantoro, dr., MPH
3. Budiono, dr., M Kes
4. Ansarul Fahrudda, drg, M.Kes

UCAPAN TERIMA KASIH

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

UCAPAN TERIMA KASIH

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah Nya kepada hamba Nya, sehingga dapat menyelesaikan penulisan tesisi yang sederhana ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini jauh dari sempurna oleh karena kodrat penulis sebagai manusia biasa yang mempunyai keterbatasan, kendati penulis telah berusaha semaksimal mungkin. Sehubungan dengan hal tersebut, maka sangat penulis harapkan adanya koreksi yang bersifat konstruktif guna lebih sempurnanya tesis ini.

Keberhasilan penulis dalam merampungkan tesis ini tidak terlepas dari motivasi dan bantuan dari berbagai pihak selama proses penyusunannya. Oleh karenanya pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada Bapak DR. SUNARJO, dr., M.Sc, MS dan Bapak Djohar Nuswantoro, dr., M.PH yang tidak sedikit memberikan petunjuk, bimbingan dan arahan selama penyusunan tesis ini, juga ucapan terima kasih penulis yang sebesar-besarnya kepada :

1. Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga dan segenap Guru Besar, Dosen beserta stafnya
2. Direktur Jenderal PPM & PL Depkes. RI Jakarta dan Pengeolola program dana ICDC.

3. Bapak Prof H. Eddy Pranowo Sudijo, dr, MPH (almarhum) yang telah memberikan petunjuk, bimbingan dan arahan selama proses penyusunan proposal tesis dan penelitian di lapangan.
4. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Tenggara
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari
6. Keluarga DR. Florentina Sustini, dr., MS., keluarga Susilowati Andajani, dr., MS., keluarga Budiono dr., M.Kes, keluarga Budi Utomo, dr., M.Kes.
7. Kawanku yang baik hati : dr. Trianto, Slamet Wahono, Djamari, dr. Utun Supria, Noorjannah, Sujiarti.
8. Ayahanda LA RAMEA dan almarhumah Ibunda WA BAIDJIA yang telah membesarkan dan mendidik penulis sehingga dapat mengikuti pendidikan sampai saat ini.
9. Ibunda mertua SRI RAHAYOE yang telah banyak mendorong dan mendoakan penulis selama menempuh pendidikan.
10. Semua pihak yang telah membantu penulis yang tidak sempat disebut satu persatu.
11. Terima kasih yang dalam penulis sampaikan kepada isteri tercinta SRI ISHANI INDAH R atas dorongan dan kesabaran serta doa restu kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan ini. Kepada anak-anakku tersayang : Fajar Affanul Hakim, Fitri Rahmilafadmi, Afzalurahman Azhar, Dimas Haris dan Wahyu Hamam Haufi, penulis berharap dapat dijadikan teladan dalam mengarungi dunia pendidikan di masa yang akan datang.

Akhirnya penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, namun penulis berharap semoga tesis ini dapat memberikan manfaat dan sebagai bahan referensi dalam penulisan karya ilmiah lainnya.

Surabaya, Juli 2003

Penulis

RINGKASAN

RINGKASAN

Penyakit tuberkulosis paru masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, dimana hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TBC paru merupakan penyebab kematian nomor 3 (tiga) setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernapasan pada semua kelompok usia dan penyebab kematian nomor 1 (satu) dari golongan penyakit infeksi.

Pelaksanaan program pemberantasan penyakit TBC paru dengan menggunakan strategi DOTS telah dilaksanakan di Propinsi Sulawesi Tenggara dan kota Kendari sejak tahun 1995, namun cakupan angka konversi tahun 2002 di kota Kendari sebesar 70% dan kesembuhan 79,4 % sehingga masih banyak penderita TBC paru dan BTA positif baru yang mengalami gagal konversi (BTA tetap positif) pada akhir pengobatan fase intensif.

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari hubungan antara faktor karakterisitk penderita (pendidikan, pengetahuan, efek samping obat, kepatuhan, merasa sehat), faktor petugas (peranan penyuluhan kesehatan) dan faktor masyarakat (Pengawas Menelan Obat) dengan kegagalan konversi pada akhir pengobatan fase intensif di kota Kendari.

Rancangan penelitian yang digunakan adalah kasus kontrol dimana kasus adalah semua penderita TBC paru BTA positif baru yang gagal konversi pada akhir pengobatan fase intensif dan sedang menjalani pengobatan fase lanjutan, berumur 15 tahun ke atas. Sedangkan sampel kontrol adalah semua penderita TBC paru BTA positif baru yang mengalami konversi (BTA dahaknya telah menjadi BTA negatif) pada akhir pengobatan fase intensif dan masih menjalani pengobatan fase lanjutan, berumur 15 tahun ke atas. Subyek penelitian tim terdiri dari 31 kasus dan 51 kontrol yang tersebar pada 9 puskesmas di kota Kendari.

Hasil penelitian ini mendapatkan gambaran dari 8 variabel yang diduga mempunyai resiko terjadinya kegagalan konversi, terdapat 5 variabel yang

mempunyai resiko yaitu pengetahuan responden OR = 6,620 dengan (95% CI : 1,249 - 35,069), kepatuhan berobat OR = 7, 730 dengan (95% CI : 1, 448 - 40,162), merasa sehat OR = 6,697 dengan (95% CI : 1,583 - 28,322), peran penyuluhan kesehatan OR= 6, 848 dengan (95% CI : 1, 505 - 31, 154) dan pengawasan menelan obat OR=5,800 dengan (95% CI : 1,371 - 24, 544).

Dari analisis hasil penelitian disimpulkan bahwa : ada hubungan bermakna antara kegagalan konversi dahak dengan : pengetahuan; responden, kepatuhan berobat, merasa sehat, penyuluhan kesehatan, dan pengawasan menelan obat.

Berdasarkan kesimpulan tersebut disarankan kepada pengelola program TBC paru untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman penderita TBC paru tentang penyakit TBC paru, cara pencegahan dan pengobatan yang baik serta diharapkan peran serta LSM dan dukungan pemerintah daerah.

ABSTRACT

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis (TB) remains a health problem in Indonesia as well as in many other countries. One of the strategies to manage this disease is by the application of DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) strategy. This strategy has been implemented in Southeast Sulawesi, particularly in Kendari, since 1995. However, pulmonary TB program in year 2002 reached conversion rate of 71%, less than the national target of minimally 80%. This indicated that a large number of pulmonary TB patients experienced conversion failure (acid-fast bacilli) [AFB] sputum remained positive) at the end of intensive treatment.

The objective of this study was to investigate relations between the factors of patients' characteristics, health promotion, and community; with conversion failure of newly AFB positive patients at the end of intensive treatment in Kendari, Southeast Sulawesi.

This study use case control design, in which the case consisted of all newly TB with AFB positive patients, aged more than 15 years, who experienced conversion failure (the AFB remained positive) at the end of intensive treatment and at the advance stage of treatment. The control consisted of all newly TB with AFB positive patients, aged more than 15 years, who did not experience conversion failure (the AFB has changed into negative) at the end of intensive treatment.

Results showed that form eight variables assumed to have relations with conversion failure, five were found to have risk of conversion failure, i.e., respondents' knowledge OR = 6,620 with (95% CI 1,249 - 35,069), complience to treatment OR = 7, 730 with (95% CI : 1, 448 - 40,162), feeling healthy OR = 6,697; with (95% CI : 1,583 - 28, 322), health promotion OR = 6, 848 with (95% CI : 1, 505 - 31, 154) and observer of treatment OR = 5, 800 with (95% CI : 1,371-24, 544).

Having identified factors related to conversion failure, the author recommends the program managers to provide intensive information in order to improve the patients' knowledge on pulmonary TB by involving Drugs Consumption Controller (DCC). In addtition ot direct promotion, other methods should also be employed, such as mass promotion and providing leaflets of booklets on TB. Concerning with treatment effectiveness, health care workers should educate the patients and DCC on drugs use, its importance, compliance to regular use, and actions that should be taken in case of side effects. All of these efforts will lead to reduced failure conversion rate and increased AFB negative sputum.

Keywords : lung tuberculosis, DOTS, intensive phase, sputum conversion, conversion failure.

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i

LEMBARAN PERSYARATAN ii

LEMBAR PENGESAHAN iii

UCAPAN TERIMA KASIH iv

RINGKASAN vii

ABSTRACT ix

DAFTAR ISI x

DAFTAR TABEL xiii

DAFTAR GAMBAR xvi

DAFTAR LAMPIRAN xvii

BAB 1 PENDAHULUAN 1

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Identifikasi Masalah 4

1.3 Rumusan Masalah 5

1.4 Tujuan 6

1.5 Manfaat Penelitian 7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 9

2.1. Epidemiologi 9

2.2. Pemeriksaan Bakteriologis 15

2.3. Program Pemberantasan Tuberkulosis 16

BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS 28

3.1. Kerangka Konseptual 28

3.2. Hipotesis 29

BAB 4 METODE PENELITIAN 30

4.1. Jenis Penelitian 30

4.2. Populasi penelitian 31

4.3. Sampel, Besar Sampel, Penenutan Sampel Dan Cara Pengambilan Sampel 32

4.4. Lokasi dan waktu penelitian 33

4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional 34

4.6 Tehnik dan Instrumen Pengambilan data 40

4.7 Tehnik Analisa Data 41

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN 44

5.1 Deskripsi Lokasi Penelitian 44

5.2 Analisis Hasil Penelitian 45

5.3 Hubungan Variabel Bebas dengan Variabel Terikat 60

5.4 Analisis Regresi Logistik Berganda 70

BAB 6 PEMBAHASAN PENELITIAN 78

6.1 Hubungan faktor pendidikan dengan kegagalan konversi BTA 78

6.2 Hubungan Pengetahuan dengan kegagalan konversi BTA 79

6.3 Hubungan Efek Samping Obat dengan Kegagalan Konversi 80

6.4 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Kegagalan Konversi..... 81

6.5 Hubungan Variabel Merasa Sehat dengan Kegagalan Konversi 82

6.6 Hubungan Variabel Peran Peyuluhan dengan Kegagalan Konversi 83

6.7 Hubungan Variabel Ketersediaan Obat dengan Kegagalan Konversi .. 84

6.8 Hubungan Variabel Pengawas Minum Obat dengan Kegagalan Konversi 85

6.9 Hubungan Interaksi Pengetahuan dengan Peran Penyuluhan terhadap kegagalan konversi 86

6.10 Hubungan Interaksi Variabel Pengetahuan dengan PMO terhadap Kegagalan Konversi 86

6.11 Hubungan Interaksi Variabel Kepatuhan dengan Merasa Sehat terhadap Kegagalan Konversi 87

6.12 Hubungan Interaksi Variabel Kepatuhan dengan Peran Penyuluhan terhadap Kegagalan Konversi 88

6.13 Keterbatasan Penelitian 89

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN 90

7.1 Kesimpulan 90

7.2. Saran 91

DAFTAR PUSTAKA 93

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional 38

Tabel 5.1 Distribusi umur responden di Kota Kendari tahun 2003 46

Tabel 5.2 Distribusi jenis kelamin responden di Kota Kendari tahun 2003 46

Tabel 5.3 Distribusi pekerjaan responden di Kota Kendari tahun 2003 47

Tabel 5.4 Distribusi penderita TBC paru menurut pekerjaan di Kota Kendari 2003 47

Tabel 5.5 Tingkat Pendidikan Responden di Kota Kendari tahun 2003 48

Tabel 5.6 Distribusi Pengetahuan Responden di Kota Kendari tahun 2003 49

Tabel 5.7 Distribusi penderita TBC paru menurut skor pengetahuan di Kota Kendari 2003 50

Tabel 5.8 Distribusi Efek Samping Obat yang Diderita Responden di Kota Kendari tahun 2003 51

Tabel 5.9 Distribusi jenis efek samping obat penderita TBC paru di Kota Kendari 2003 52

Tabel 5.10 Distribusi Kepatuhan Berobat Responden di Kota Kendari tahun 2003 53

Tabel 5.11 Distribusi Merasa Sehat Menurut Jawaban Responden di Kota Kendari tahun 2003 54

Tabel 5.12 Distribusi responden menurut waktu mulai merasakan sehat pada pengobatan fase intensif di Kota Kendari tahun 2003 54

Tabel 5.13 Distribusi Peran Penyuluhan Menurut Jawaban Responden di Kota Kendari tahun 2003 56

Tabel 5.14 Distribusi Ketersediaan Obat Responden di Kota Kendari tahun 2003 57

Tabel 5.15 Distribusi responden menurut yang mengambil OAT di puskesmas pada pengobatan fase intensif di Kota Kendari tahun 2003 57

Tabel 5.16 Distribusi responden menurut waktu pengambilan OAT di kota Kendari tahun 2003 58

Tabel 5.17 Distribusi Responden menurut Pengawas Minum Obat di Kota Kendari tahun 2003 59

Tabel 5.18 Distribusi pengawas minum obat (PMO) responden TBC paru di puskesmas pada pengobatan fase intensif di Kota Kendari tahun 2003 59

Tabel 5.19 Hubungan tingkat pendidikan terhadap kegagalan konversi penderita Tb di Kota Kendari 2003 60

Tabel 5.20 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel pendidikan terhadap kegagalan konversi penderita Tb di Kota Kendari 2003 61

Tabel 5.21 Hubungan tingkat pengetahuan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003 62

Tabel 5.22 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel pengetahuan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari tahun 2003 62

Tabel 5.23 Hubungan efek samping obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003 63

Tabel 5.24 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel efek samping obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003 63

Tabel 5.25 Hubungan kepatuhan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003 64

Tabel 5.26 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel kepatuhan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003 64

Tabel 5.27 Hubungan merasa sehat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003 65

Tabel 5.28 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel merasa sehat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003 66

Tabel 5.29 Hubungan peran penyuluhan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003 67

Tabel 5.30 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel peran penyuluhan 67

Tabel 5.31 Hubungan ketersediaan obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003 68

Tabel 5.32 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel ketersediaan obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari tahun 2003 68

Tabel 5.33 Hubungan pengawas minum obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003 69

Tabel 5.34 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel pengawasan minum obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003 69

Tabel 5. 35 Hasil analisis regresi logistik secara multivariat 71

Tabel 5.36 Hasil uji regresi logistik berganda untuk variabel yang tidak berhubungan 77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Konsep Penelitian 28

Gambar 2 Alur Penelitian..... 31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian

Lampiran 2 : Surat Keterangan telah selesai penelitian dari Kepala Dinas Keschatan Kota Kendari

Lampiran 3 : Print Out Pengolahan Data Statistik dengan Program SPSS 10.00

Lampiran 4 : Hasil statistik uji t

Lamapiran 5 : Print Out Pengolahan Data Statistik Dengan Program Spps.10.00 Untuk Interaksi Antar Variabel

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Tuberkulosis paru telah dikenal lebih dari satu abad yang lalu, yakni sejak diketemukannya kuman penyebab Tuberkulosis oleh Dr. Robert Koch tahun 1882, namun sampai saat ini penyakit Tuberkulosis tetap menjadi masalah kesehatan di tingkat dunia maupun di Indonesia (Siregar L.H, 1999).

Mycobacterium Tuberkulosis telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia dan untuk itu pada tahun 1993 WHO mencanangkan kedaruratan global penyakit TBC, karena pada sebagian besar negara di dunia, penyakit TBC tidak terkendali. Ini disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan terutama penderita menular (BTA positif). Pada tahun 1995 diperkirakan setiap tahun terjadi sekitar 9 juta penderita baru TBC dengan kematian 3 juta orang (WHO, *Treatment of Tuberculosis, Guidelines for National Programmers, 1997*).

Di negara-negara berkembang kematian TBC merupakan 25% dari seluruh kematian, yang sebenarnya dapat dicegah. Diperkirakan 95% penderita TBC berada di negara berkembang, 75% penderita TBC adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun). Munculnya epidemi HIV/AIDS di dunia, diperkirakan penderita TBC akan meningkat (Dep. Kes RI 2002).

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Di Indonesia penyakit TBC merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Tahun 1995, hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TBC merupakan penyebab kematian nomor 3 (tiga) setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernapasan pada semua kelompok usia, dan nomor 1 (satu) dari golongan penyakit infeksi. Tahun 1999 WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TBC dengan kematian karena TBC sekitar 140.000. Secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru TBC paru BTA positif. Penyakit TBC menyerang sebagian besar kelompok usia kerja belum dapat menjangkau seluruh Puskesmas. Demikian juga rumah sakit pemerintah, swasta dan unit pelayanan kesehatan lainnya. Tahun 1995-1998 cakupan penderita TBC dengan strategi DOTS baru mencapai sekitar 10% dan *error rate* pemeriksaan laboratorium belum dihitung dengan baik meskipun *cure rate* lebih besar dari 85%. (DepKes RI.2002).

Pada tahun 1977 penggunaan kemoterapi jangka pendek mulai diperluas, dan sejak tahun 1986 digunakan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) HRE/5 H_2E_2, pelaksanaan kegiatan yang semula bertumpu pada BP4 (Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru) dikembangkan secara bertahap di Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat. Setelah 25 tahun ternyata angka kesembuhan yang semula 80% pada tahun 1994 hanya 60 % yang jauh di bawah target global.

Untuk itu sejak tahun 1995 pemerintah Indonesia telah melaksanakan program Pemberantasan Tuberkulosis paru dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse, Chemotherapy*) yang direkomendasikan oleh WHO.

Kemudian berkembang seiring dengan pembentukan GERDUNAS TBC, maka pemberantasan penyakit Tuberkulosis paru berubah menjadi Program Penanggulangan Tuberkulosis (TBC). Penanggulangan dengan strategi DOTS dapat memberikan angka kesembuhan yang tinggi. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS merupakan strategi kesehatan yang paling *Cost Efective* (Dep Kes RI.2002).

Dalam strategi DOTS ada 5 elemen yang saling terkait yaitu adanya komitmen politis yang kuat dari pemerintah daerah dan sektor lain, diagnosis yang baik dengan menggunakan mikroskop binokuler, pengadaan dan distribusi obat yang cukup dan tidak terputus, adanya pengawas minum obat, bagi setiap penderita dengan dukungan adanya sistem pencatatan dan pelaporan yang baku. Dengan pelaksanaan strategi DOTS yang baik maka diharapkan angka konversi pada akhir pengobatan tahap intensif minimal 80% dan angka kesembuhan minimal 85% dari kasus baru BTA positif (DepKes. RI. 2002).

Propinsi Sulawesi Tenggara dengan 4 wilayah kabupaten dan 2 kotamadya telah melaksanakan penanggulangan Tuberkulosis dengan strategi DOTS sejak tahun 1995, dimana dari aspek komitmen politis baik tingkat propinsi maupun kabupaten/kota telah dibentuk Tim Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis (GERDUNAS), tingkat Propinsi dan Kabupaten/Kota. Untuk penegakkan diagnosis maka semua Puskesmas Rujukan Mikroskop (PRM) termasuk di kota Kendari telah dilengkapi dengan sarana mikroskop binokuler (termasuk reagen) dan tenaga laboratorium baik tamatan analis maupun tenaga perawat yang dilatih khusus laboratorium TBC. Demikian halnya penyediaan OAT melalui

perencanaan dari tingkat kebutuhan puskesmas, pusat telah menyediakan obat dalam keadaan cukup baik jumlah maupun jenisnya.

Meskipun pelaksanaan strategi DOTS telah diupayakan semaksimal mungkin namun sampai saat ini penyakit Tuberkulosis masih menjadi permasalahan kesehatan. Berdasarkan laporan Sub Dinas Pencegahan Penyakit, Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Tenggara bahwa tahun 2001 cakupan angka konversi baru mencapai 73% dan kesembuhan 80 % sedangkan pada tahun 2002 cakupan angka konversi juga masih rendah, yakni 75%. Dengan demikian masih belum mencapai harapan program bahwa melalui strategi DOTS cakupan angka konversi minimal 80% dan kesembuhan 85%. Jumlah penderita baru BTA positif yang ditemukan tahun 2001 sebanyak 671 penderita dengan *inciden rate* sebesar 3,8/10.000 (0,038%) dan *prevalance rate* 4,4/10.000 (0,044 %) (Sub Dinas Pencegahan Penyakit, 2002).

Masih rendahnya cakupan angka konversi berdampak negatif pada kesehatan masyarakat dan keberhasilan pencapaian program, karena penderita yang mengalami kegagalan konversi masih memberi peluang terjadinya penularan penyakit TBC kepada anggota keluarga dan masyarakat sekitarnya. Selain itu memungkinkan terjadinya resistensi kuman TBC terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT), sehingga menambah penyebarluasan penyakit TBC, meningkatkan kesakitan dan kematian karena TBC (John Craftor, Norman Home, Fried Miller).

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan data dari laporan Dinas Kesehatan Kota Kendari bahwa pada tahun 2001 hasil pengobatan penderita Tuberkulosis paru BTA positif baru untuk akhir fase intensif (konversi) sebesar 70% dan akhir pengobatan (kesembuhan) sebesar 79,4% serta angka kesalahan laboratorium (error rate) 7,8% sehingga masih diatas target maksimal program 5% (Dinas Kesehatan Kota Kendari, 2002). Dengan demikian masih terdapat 30% penderita TBC paru BTA positif baru yang tidak konversi atau mengalami kegagalan konversi, sehingga merupakan masalah kesehatan masyarakat karena masih dapat menularkan penyakit TBC paru kepada anggota keluarga maupun masyarakat sekitarnya, serta menyebabkan rendahnya cakupan angka konversi di kota Kendari yakni masih dibawah target nasional minimal 80%. Untuk itu yang menjadi masalah adalah faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kegagalan konversi (BTA tetap positif) akhir pengobatan fase intensif di kota Kendari.

Berdasarkan permasalahan tersebut di atas perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kegagalan konversi (BTA positif) akhir pengobatan fase intensif penderita Tuberkulosis paru BTA positif baru di Kota Kendari.

Alasan konversi BTA hanya sampai pada akhir bulan kedua karena bulan kedua adalah akhir fase intensif. Berdasarkan buku Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis tahun 2002 pengobatan penderita TBC diberikan dalam dua tahap yaitu tahap intensif dan tahap lanjutan. Pada tahap intensif penderita

harus minum OAT setiap hari sebanyak 8 butir dari 4 jenis OAT (HRZE) selama dua bulan (60 hari). Kemudian akhir bulan kedua dievaluasi berupa pemeriksaan dahak penderita sehingga dapat diketahui BTA dahak penderita telah konversi (dari BTA positif berubah menjadi BTA negatif) atau mengalami kegagalan konversi (dari BTA positif tetap BTA positif). Hasil evaluasi akhir bulan kedua tersebut menentukan paket OAT penderita pada fase lanjutan, menghitung cakupan angka konversi dan menilai kinerja petugas TBC paru puskesmas dan kota.

1.3 Rumusan Masalah

Dari latar belakang dan identifikasi masalah di atas terlihat bahwa penyakit Tuberkulosis (TBC) masih merupakan permasalahan kesehatan masyarakat di dunia, dan Indonesia termasuk Sulawesi Tenggara serta Kota Kendari. Meskipun program penanggulangan Tuberkulosis yang direkomendasikan WHO dengan strategi DOTS telah dilaksanakan sejak tahun 1995 termasuk di Kota Kendari, namun hasil pencapaian kegiatan program pemberantasan penyakit Tuberkulosis khususnya cakupan angka konversi dari tahun ke tahun masih relatif rendah yakni tahun 2001 baru mencapai 71%, masih di bawah minimal target nasional 80%. Hal ini disebabkan adanya penderita TBC paru BTA positif baru yang mengalami gagal konversi pada akhir pengobatan fase intensif.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

a. Apakah faktor karakteristik penderita (pengetahuan, pendidikan, kepatuhan berobat, efek samping obat, merasa sehat) berhubungan dengan kegagalan konversi (BTA positif) akhir pengobatan fase intensif penderita Tuberkulosis Paru (BTA) positif baru di Kota Kendari ?
b. Apakah faktor petugas (peranan penyuluhan kesehatan, ketersediaan obat) berhubungan dengan kegagalan konversi (BTA positif) akhir pengobatan fase intensif penderita Tuberkulosis Paru (BTA) positif baru di Kota Kendari ?
c. Apakah faktor masyarakat (Pengawas Menelan Obat) berhubungan dengan kegagalan konversi (BTA positif) akhir pengobatan fase intensif penderita Tuberkulosis Paru (BTA) positif baru di Kota Kendari ?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mempelajari hubungan antara faktor penderita, faktor petugas dan faktor masyarakat dengan kegagalan konversi (BTA positif) pada akhir pengobatan fase intensif penderita Tuberkulosis Paru (BTA positif) baru di Kota Kendari.

1.4.2 Tujuan Khusus

a. Mempelajari hubungan antara faktor karakteristik penderita TBC (pendidikan, pengetahuan tentang TBC, kepatuhan berobat, efek samping obat, merasa sehat) dengan kegagalan konversi (BTA positif) akhir fase intensif penderita Tuberkulosis Paru (BTA) positif baru di Kota Kendari.

b. Mempelajari hubungan antara faktor petugas (peranan penyuluhan kesehatan, ketersediaan obat) dengan kegagalan konversi (BTA positif) akhir pengobatan pengobatan fase intensif penderita Tuberkulosis Paru (BTA) positif baru di Kota Kendari.

c. Mempelajari hubungan antara faktor masyarakat (Pengawas Menelan Obat) dengan kegagalan konversi (BTA positif) akhir pengobatan fase intensif penderita Tuberkulosis Paru (BTA) positif baru di Kota Kendari.

1.5 Manfaat Penelitian

1. Dapat menambah informasi untuk pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya tentang penanggulangan penyakit Tuberkulosis paru dan metode penelitiannya.
2. Dapat dijadikan bahan masukan dan pertimbangan bagi pengelola program, LSM, para penentu kebijakan khususnya pemerintah daerah (Gubernur, Walikota, DPRD I, DPRD II) mengenai penanggulangan Tuberkulosis paru dalam upaya meningkatkan cakupan program TB paru termasuk peningkatan cakupan angka konversi dengan mengurangi kegagalan konversi.
3. Bagi peneliti menambah pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan penelitian

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Epidemiologi

2.1.1. Penyebab

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (Mycobacterium Tuberculosis). Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi juga mengenai organ tubuh lainnya (Dep.Kes RI.2002).

2.1.2. Cara Penularan

Sumber penularan adalah penderita TBC BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup kedalam saluran pernafasan. Setelah kuman TBC paru masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman TBC paru tersebut dapat menyebar dari paru kebagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem salura limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya.

Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan, dahak makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular. Kemungkinan seseorang

terinfeksi TBC paru ditentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Dep.Kes. RI, 2002).

2.1.3. Gejala-gejala Tuberkulosis (TBC)

a. Gejala Utama

Batuk terus-menerus dan berdahak selama 3 (Tiga) minggu atau lebih.

b. Gejala tambahan, yang sering dijumpai :

1) Dahak bercampur darah
2) Batuk berdahak
3) Sesak nafas dan rasa nyeri dada
4) Badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (malaise), berkeringat malam hari walaupun tanpa kegiatan, demam meriang, lebih dari sebulan.

Gejala-gejala tersebut diatas dijumpai pula pada penyakit paru selain tuberkulosis. Oleh sebab itu setiap orang datang ke UPK dengan gejala tersebut diatas, harus dianggap sebagai scorang "Suspek Tuberkulosis" atau tersangka penderita TBC dan perlu dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung (Dep.Kes RI. 2002).

2.1.4. Diagnosis Tuberkulosis (TBC)

a. Diagnosis Tuberkulosis pada orang dewasa

Diagnosis TBC paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga spesimen SPS BTA hasilnya positif.

Bila hanya 1 spesimen yang positif perlu diadakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto rontgen dada atau pemeriksaan dahak SPS diulang.

- Kalau hasil rontgen mendukung TBC, maka penderita didiagnosis sebagai penderita TBC BTA positif.
- Kalau hasil rontgen tidak mendukung TBC, maka pemeriksaan dahak SPS diulangi.

Bila ketiga spesimen dahak hasilnya negatif, diberikan antibiotik spektrum luas (misalnya kontrimoksasol atau amoksisilin) selama 1-2 minggu.

Bila tidak ada perubahan, namun gejala klinis tetapi mencurigakan TBC ulangi pemeriksaan dahak SPS.

- Kalau hasil SPS positif, didiagnosis sebagai penderita TBC BTA positif.
- Kalau hasil SPS tetap negatif, lakukan pemeriksaan foto rontgen dada, untuk mendukung diagnosis TBC.
    - Bila hasil rontgen mendukung TBC didiagnosis sebagai penderita TBC BTA negatif rontgen positif.

- Bila hasil rontgen tidak mendukung TBC, penderita tersebut bukan TBC (Dep. Kes RI. 2002).

b. Diagnosis Tuberkulosis pada Anak

Diagnosis paling tepat adalah dengan ditemukannya kuman TBC dari bahan yang diambil dari penderita, misalnya dahak, bilasan lambung, biopsi dan lain-lain. Tetapi pada anak hal ini sulit dan jarang didapat, sehingga sebagian besar diagnosis TBC anak didasarkan atas gambaran klinis, gambaran, foto rontgen dada dan uji Tuberkulosis (Dep. Kes RI, 2002).

2.1.5. Klasifikasi Penyakit Tuberkulosis

a. Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis paru adalah Tuberkulosis yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk pleura (selaput paru). Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak, TBC paru dibagi dalam :

1) Tuberkulosis paru BTA positif

- Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif
- 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto rontgen dada menunjukkan gambaran Tuberkulosis aktif.

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2) Tuberkulosis paru BTA negatif

Pemeriksaan 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif dan foto rontgen dada menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif.

TBC paru BTA negatif rontgen positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto rontgen dada memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses "*far advanced*" atau millier), dan atau keadaaan umum penderita buruk.

b. Tuberkulosis Ekstra Paru

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain. TBC ekstra paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya yaitu :

1) TBC Ekstra Paru Ringan

Misalnya : TBC kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.

2) TBC Ekstra Paru Berat

Misalnya : meningitis, millier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa duplex, TBC tulang belakang, TBC usus, TBC saluran kencing dan alat kelamin (Dep. Kes RI, 2002).

2.1.6. Tipe Penderita

Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita :

a. Kasus Baru

Adalah penderita yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan.

b. Kambuh (Relaps)

Adalah penderita tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan Tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

c. Pindahan (Transfer In)

Adalah penderita yang sedang mendapat pengobatan disuatu kabupaten lain dan kemudian berobat ke kabupaten ini. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan/pindah (Form TB.09)

d. Setelah lalai (Pengobaan setelah default/drop out)

Adalah penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan dan berhenti 2 bulan atau lebih, kemudian datang kembali berobat. Umumnya penderita tersebut kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

e. Lain – lain

1) Gagal

- Adalah penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke 5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan) atau lebih.
- Adalah penderita dengan hasil BTA negatif rontgen positif menjadi BTA positif pada akhir bulan ke 2 pengobatan.

2) Kasus kronis

Adalah penderita dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang kategori 2 (Dep. Kes RI, 2002).

2.2. Pemeriksaan Bakteriologis

Pemeriksaan dahak dengan mikroskop merupakan pemeriksaan yang paling sederhana, mudah dan murah dimana setiap Puskesmas Rujukan Mirkroskopik (PRM) dapat melaksanakannya. Hasil pemeriksaan sangat sensitif dan spesifik. *Mycobacterium* Tuberkulosis berbentuk batang mempunyai sifat istimewa yaitu tahan terhadap penglihatan warna dengan asam dan alkohol. Oleh karena itu disebut pula Basil Tahan Asam (BTA). Kuman ini baru kelihatan dibawa mikroskop bila jumlah kuman paling sedikit ada 5000 batang dalam 1 ml dahak. Dahak yang baik untuk diperiksa dahak mukopurulent, berwarna hijau kekuning-kuningan dan jumlahnya harus 2-5 ml tiap pengambilan.

Tujuan pemeriksaan bacteriologis adalah untuk diagnosis TBC paru pada penderita tersangka dan untuk pemantauan kemajuan pengobatan penderita pada akhir fase intensif dan akhir pengobatan fase lanjutan (Dep. Kes. RI, 1997).

Tanda pasti penderita tuberkulosis paru ditetapkan dengan pemeriksaan biakan (kultur) dahak, sayangnya cara ini mahal dan kurang praktis. Pemeriksaan dahak dengan BTA positif minimal 2 (dua) kali pada pengambilan apusan 3 (tiga) kali yaitu pada sewaktu, pagi dan sewaktu dianggap sudah identik dengan kultur (Dep. Kes. RI, 1996).

Pemeriksaan sputum BTA merupakan pemeriksaan yang penting bukan saja untuk memastikan diagnosis tuberkulosis tetapi terutama untuk mengidentifikasi sumber penularan, karena hanya penderita yang pada sputumnya ditemukan BTA positif mempunyai potensi menular (WHO, 1982).

2.3. Program Pemberantasan Tuberkulosis

2.3.1. Strategi DOTS

Mulai tahun 1995/1996, program pemberantasan Tuberkulosis paru melaksanakan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Sortcourse*) yang telah direkomendasikan WHO. Kebijkan ini diambil berdasarkan :

1) Evaluasi program TBC paru yang dilaksanakan bersama oleh Indonesia dan WHO
2) Lokakarya Nasional Program TBC pada September 1994
3) Dokumen perencanan (*plan of action*) pada bulan September 1994

4) Rekomendasi " Komite Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Paru Nasional"

Dengan strategi DOTS, manajemen penanggulangan TBC di Indonesia ditekankan pada daerah tingkat II (Kabupaten/Kotamadya) (Dep.Kes.RI, 1999).

Sebagai kebijaksanaan operasional adalah :

1) Pelaksanan penanggulangan operasional adalah sarana pelayanan kesehatan pemerintah dengan swasta dan melibatkan peran serta masyarakat secara komprehensif dan terpadu.
2) Dalam rangka mensukseskan pelaksanaan penanggulangan TBC, prioritas ditujukan terhadap peningkatan mutu pelayanan dan penggunaan obat yang rasional dan pendekatan strategi DOTS untuk memutuskan rantai penularan serta mencegah meluasnya resistensi kuman tuberkulosis di masyarakat dengan cara mengawasi menelan obat setiap hari oleh pengawas pengobatan terutama pada 2 atau 3 bulan pengobatan pertama.
3) Target program adalah mencapai konversi minimal 80% pada akhir pengobatan fase intensif khususnya penderita baru BTA positif dan mencapai angka kesembuhan minimal 85% dari kasus BTA positif dengan pemeriksaan sediaan yang benar (angka kesalahan maksimal 5%).
4) Penderita tuberkulosis diberikan OAT secara gratis, dengan alokasi yang cukup pada unit pelayanan kesehatan pemerintah khususnya di puskesmas dan rumah sakit pemerintah, dengan suplai yang cukup teratur dan dan tidak terlambat.
5) Balai Laboratorium Kesehatan Propinsi (BLK) dan laboratorium rujukan yang ditunjuk melaksanakan pelayanan *cross check* secara rutin, pelatihan dan

pembinaan petugas mikroskopis sehingga pemeriksaan diagnosis BTA bermutu tinggi.

Strategi DOTS membantu dalam menjamin keteraturan berobat, mengurangi penularan, mengurangi resiko kambuh serta mencegah berkembangnya resistensi obat Tuberkulosis (Dep.Kes RI,1996).

Pola operasional strategi DOTS adalah :

1) Penemuan penderita secara pasif promotif dengan menggunakan Ziehl Neelsen dan pembacaaan dengan mikroskop binokuler.
2) Pembentukan kelompok Puskesmas Pelaksana (KPP) yang terdiri dari Puskesmas Rujukan Mirkoskopis (PRM) yang dikelilingi oleh 2-3 Puskesmas Satelit (PS) di sekitarnya yang mencakup kurang lebih 100.000 penduduk.
3) Setelah ditemukan penderita TBC paru, ditunjuk Pengawas Menelan Obat (PMO).

2.3.2. Penemuan penderita TBC paru di Puskesmas

Penemuan penderita tersangka TBC paru berdasarkan gejala-gejala klinis utama Tuberkulosis dan dilakukan secara pasif, artinya penjaringan tersangka penderita dilaksanakan pada mereka yang datang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan, termasuk puskesmas.

Penemuan secara pasif tersebut didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehaan maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka penderita. Cara ini biasa dikenal dengan sebutan *passive promotive case finding* (penemuan penderita secara pasif dengan promosi yang aktif).

Selain itu, semua kontak penderita TBC paru BTA pasif dengan gejala sama, harus diperiksa dahaknya. Seorang petugas kesehatan diharapkan menemukan tersangka penderita sedini mungkin, mengingat tuberkulosis adalah penyakit menular yang dapat mengakibatkan kematian. Semua tersangka penderita harus diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari berturut-turut, yaitu sewaktu-pagi-sewaktu (SPS) (Dep. Kes. RI, 2002).

2.3.3. Pengobatan Tuberkulosis Paru

Tujuan pengobatan penderita TBC paru adalah menyembuhkan penderita, mencegah kekambuhan dan menurunkan tingkat penularan. Pengobatan TBC diberikan dalam 2 tahap yaitu tahap intensif dan lanjutan.

Tahap Intensif

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT, terutama rifanpisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurang waktu 2 minggu.

Tahap Lanjutan

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Pengobatan tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persister (dorman) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

Pada saat ini pengobatan tuberkulosis paru menggunakan panduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek selama 6-8 bulan yang terdiri dari *Isoniacid* (H), *Rifampisin* (R), *Piprazinamide* (Z), *Streptomicyn* (S) dan *Etembutal* (E).

Panduan OAT yang disediakan oleh program ada 3 (tiga) macam yaitu kategori 1, kategori 2, kategori 3 dan sisipan (HRZE), yang diberikan secara gratis (Dep.Kes.RI, 2002).

Penilaian hasil pengobatan dilakukan pada akhir fase intensif dikenal dengan konversi dan pada akhir pengobaan atau sembuh.

Konversi adalah suatu kejadian perubahan hasil pemeriksaan dahak dari BTA positif menjadi BTA negatif pada akhir pengobatan fase intensif/akhir bulan ke 2 (dua) pengobatan penderita Tuberkulosis para BTA positif baru dan akhir bulan ke 3 (tiga) pengobatan pada penderita tuberkulosis BTA positif kambuh.

Angka konversi adalah presentase penderita TBC paru BTA positif yang menjadi konversi setelah menjalani masa pengobatan intensif. Angka konversi dihitung sendiri untuk tiap klasifikasi dan tipe penderita, BTA positif baru dengan pengobatan kategori 1 atau BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2.

Angka minimal yang harus dicapai adalah 80% (angka konversi yang tinggi diikuti dengan angka kesembuhan yang tinggi pula) (Dep.Kes RI, 2002).

2.3.4. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian konversi (BTA negatif)

Beberapa faktor yang berhubungan dengan kejadian konversi (BTA negatif) penderita Tuberkulosis paru BTA positif adalah sebagai berikut :

1) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan penderita berhubungan dengan pemahaman tentang penyakit TBC. Cara pengobatan, bahaya akibat tidak teratur minum obat.

2) Pengetahuan

Pengetahuan merupakah hasil "tahu" dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Sockidjo, 1997).

Pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yaitu :

- Tahu (*know*)

  Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya termasuk mengingat kembali terhadap rangsangan yang telah diterima. Untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain : menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan.

- Memahami (*comprehension*)

  Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, orang yang paham terhadap obyek atau materi-

materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan dan meramalkan.

- Aplikasi (*aplication*)

  Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya. Aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, prinsip, metode dalam situasi yang lain.

- Analisis (*analysis*)

  Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek ke dalam komponen-komponen tetapi masih ada kaitannya satu dengan lainnya.

- Sintesis (*synthesis*)

  Sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

- Evaluasi (*evaluation*)

  Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

3) Peran Penyuluhan Kesehatan

Petugas kesehatan perlu memberikan penyuluhan kesehatan kepada penderita tuberkulosis mulai dari sebelum pengobatan sampai akhir pengobatan, baik penyuluhan langsung (perorangan, kelompok) maupun penyuluhan tidak langsung

yakni melalui media cetak dan elektronik. Dalam program penanggulangan TBC penyuluhan langsung perorangan sangat penting artinya untuk menentukan keberhasilan pengobatan. Tujuan peran petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan peran serta penderita dalam pengobatan sehingga diharapkan dapat sembuh. (Dep.Kes.RI, 2002).

4) Ketersediaan obat

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) untuk penanggulangan TBC Nasional diberikan kepada penderita secara cuma-cuma dan dijamin ketersediannya (Dep.Kes.RI, 2002). Dengan demikian petugas kesehatan khususnya penanggung jawab program TBC baik di puskesmas maupun di rumah sakit harus secara rutin menyiapkan obat kepada penderita TBC.

5) Pengawas Menelan Obat

Salah satu dari komponen strategi DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung, sehingga diperlukan seorang. Pengawas Menelan Obat (PMO), Tugas PMO adalah :

- Mengawasi penderita TBC agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
- Memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat teratur.
- Mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu-waktu yang telah ditentukan

- Memberi penyuluhan pada anggota keluarga penderia TBC yang mempunyai gejala-gejala tersangka TBC untuk segera memeriksakan dari kepada petugas kesehatan. (Dep.Kes. RI,2000)

6) Kepatuhan Berobat

Kepatuhan adalah suatu perilaku dari seseoang yang secara tetap dan periodik untuk melakukan aktifitasnya. Perilaku kepatuhan berobat seseorang pada dasarnya adalah respon seseorang atau masyarakat terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakitnya, sistem pelayanan kesehatan dan pengobatannya (Notoatmojo, 1993).

Dalam program pengobaan tuberkulosis kepatuhan terkait dengan keteraturan waktu minum obat dan jumlah serta jenis obat anti tuberkulosis (OAT) yang harus diminum baik pada fase intensif maupun fase lanjutan.

7) Efek Samping Obat

Adanya efek samping obat merupakan penyebab kegagalan pengobatan (Mangunnegoro dan Suryatenggara, 1994). Efek samping obat anti tuberkulosis dibagi dalam 2 kelompok yakni :

a. Efek samping berat yaitu efek samping yang dapat menjadi sakit serius. Dalam kasus ini maka pemberian obat anti tuberkulosis harus dihentikan dan penderita harus segera dirujuk ke UPK Spesialistik.

b. Efek samping ringan yaitu hanya menyebabkan sedikit perasaan yang tidak enak. Gejala-gejala ini sering dapat ditanggulangi dengan obat-obatan simptomatik atau obat sederhana, tetapi kadang-kadang menetap untuk

beberapa waktu selama pengobatan. Dalam hal ini pemberian OAT dapat diteruskan (Dep.Kes. RI, 200).

- Isomiazid (H)

  Efek Samping Berat

  Efek samping berat berupa hepatitis yang dapat timbul pada kurang lebih 0,5% penderita. Bila terjadi ikterus, hentikan pengobatan sampai ikterus membaik. Bila tanda-tanda hepatitisnya berat maka penderita harus dirujuk UPK spesialistik.

  Efek samping ringan dapat berupa :

  - Tanda-tanda keracunan pada syaraf tepi, kesemutan, mati dan nyeri otot atau gangguan kesehatan. Ini dapat dikurangi dengan pemberian Pyridoxin (vitamin B6), dengan dosis sehari 5 mg, atau vitamin B komplek.
  - Kelainan yang menyerupai syndroma pellagia
  - Kelainan kulit yang bervariasi, antara lain gatal-gatal.

- Rifampisin (R)

  Efek samping yang berat tetapi jarang terjadi :

  - Hepolitis, tetapi sangat jarang terjadi
  - Syndroma saluran pernafasan ditandai dengan sesak nafas, kadang-kadang disertai dengan Collaps atau shock.

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

- Purpura, anemia haemolytyc yang akut, renjatan (shock) dan gagal ginjal.

Bila salah satu dari gejala ini terjadi, Rifampisis harus segera dihentikan.

Efek samping ringan yang terjadi pada pemakaian regimen rifampisin :

- Sindroma kulit seperti gatal-gatal, kemerahan
- Sindroma flu, demam, menggigil, nyeri tulang
- Sindroma perut seperti : nyeri, mual, muntah, kadang-kadang diare
- Dapat menyebabkan warna merah pada air seni, keringat, air mata, air liur. Hal ini diberhentikan kepada penderita agar jangan khawatir, karena warna merah itu terjadi karena proses metabolisme obat, tetapi tidak berbahaya dan normal kembali bila pengobatan selesai.

- Pyrazinamide (Z)

Efek samping utama yang terjadi adalah hepatitis, disamping itu dapat terjadi nyeri sendi dan kadang-kadang serangan penyakit arthritis Gout yang kemungkinan disebabkan berkurangnya ekskresi dan penimbunan asam urat : kadang-kadang terjadi reaksi hipersensitif misalnya demam, kemerahan dan reaksi kulit yang lain.

- Streptomycyn (S)

Efek samping sementara dan ringan misalnya reaksi setempat pada bekas suntikan, mati rasa sekitar mulut dan kakinya yang mendengung dapat terjadi segera setelah suntikan. Bila reaksi ini mengganggu (jarang terjadi)

dosis dapat dikurangi 0,25 gr streptomycyn dapat menembus barier placenta sehingga tidak boleh diberikan wanita hamil.

- Etambutol (E)

  Efek samping yang dapat terjadi menyebabkan gangguan penglihatan, berkurangnya ketajaman penglihatan, kabur buta warna untuk warna merah dan hijau. Gangguan buta warna untuk warna merah dan hijau. Gangguan penglihatan akan kembali normal bila obat dihentikan.

8) Merasa Sehat

Pada tahap awal (intensif) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan pada *Rifampisin*. Bila saat intensif tersebut diberikan secara tepat, penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu (Dep. Kes RI.2000). Selanjutnya penderita merasa sehat (sembuh penyakitnya) sehingga tidak perlu minum obat lagi secara teratur.

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

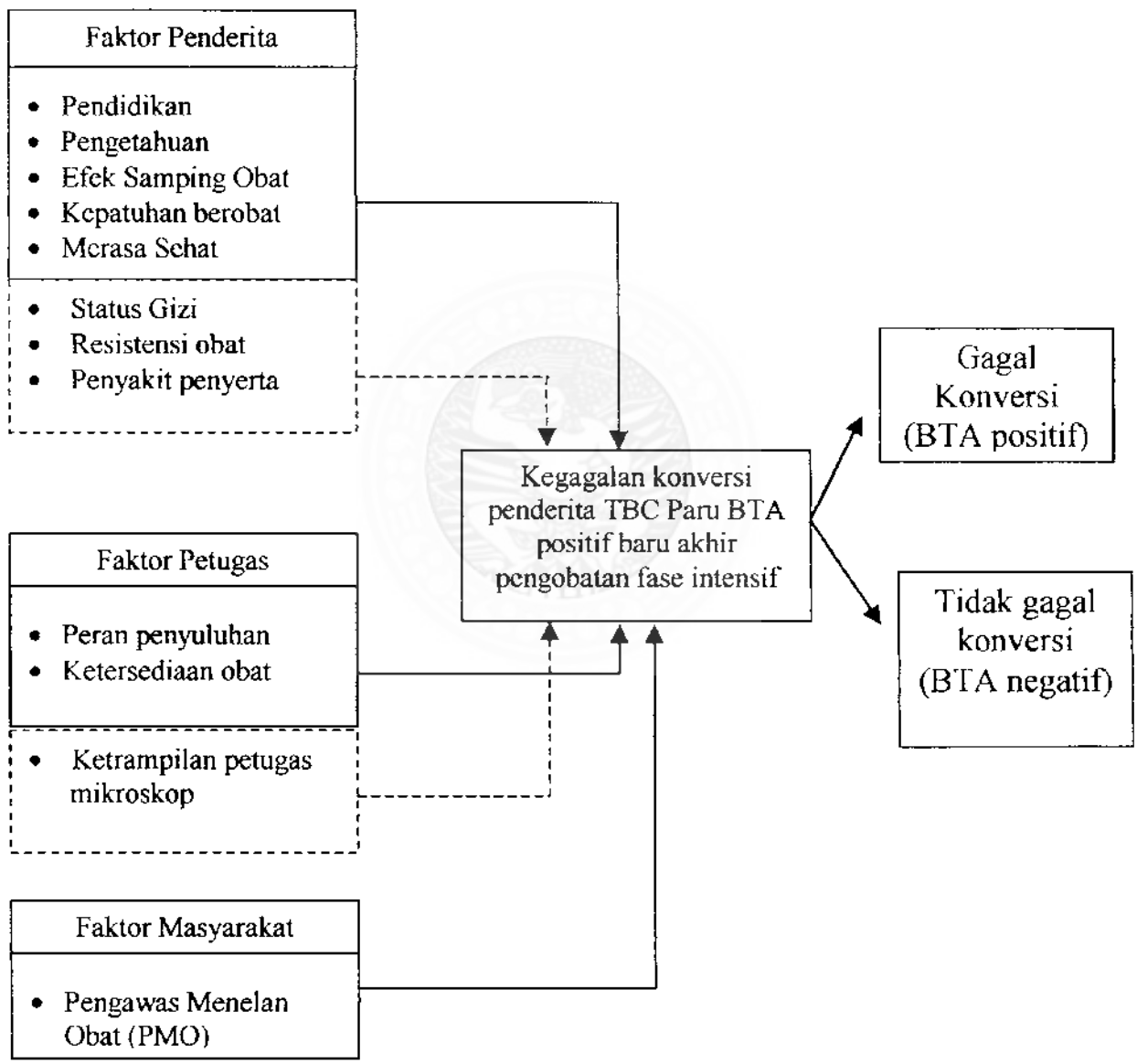
ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Konseptual



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan gambar tersebut di atas maka dapat dijelaskan alur kerangka konsep yang dimaksud sebagai berikut : terjadinya kegagalan konversi penderita TBC paru BTA positif baru pada akhir pengobatan fase intensif berhubungan dengan banyak faktor diantaranya adalah karakteristik penderita, faktor peranan petugas kesehatan dan faktor peranan masyarakat. Untuk itu yang diteliti pada penelitian ini adalah faktor karakteristik penderita meliputi : tingkat pendidikan, pengetahuan tentang penyakit TBC paru, Efek Samping Obat, kepatuhan berobat, merasa sehat dan faktor peranan petugas kesehatan meliputi : peran penyuluhan, ketersediaan OAT di puskesmas serta faktor peranan masyarakat yaitu pengawas menelan obat (PMO).

3.2. Hipotesis

Ada hubungan antara faktor karakteristik penderita TBC paru (pendidikan, pengetahuan, kepatuhan berobat, efek samping obat, merasa sehat), faktor peranan petugas (penyuluhan kesehatan, ketersediaan obat) dan faktor peranan masyarakat (pengawas menelan obat) dengan terjadinya gagal konversi BTA pada akhir pengobatan fase intensif.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

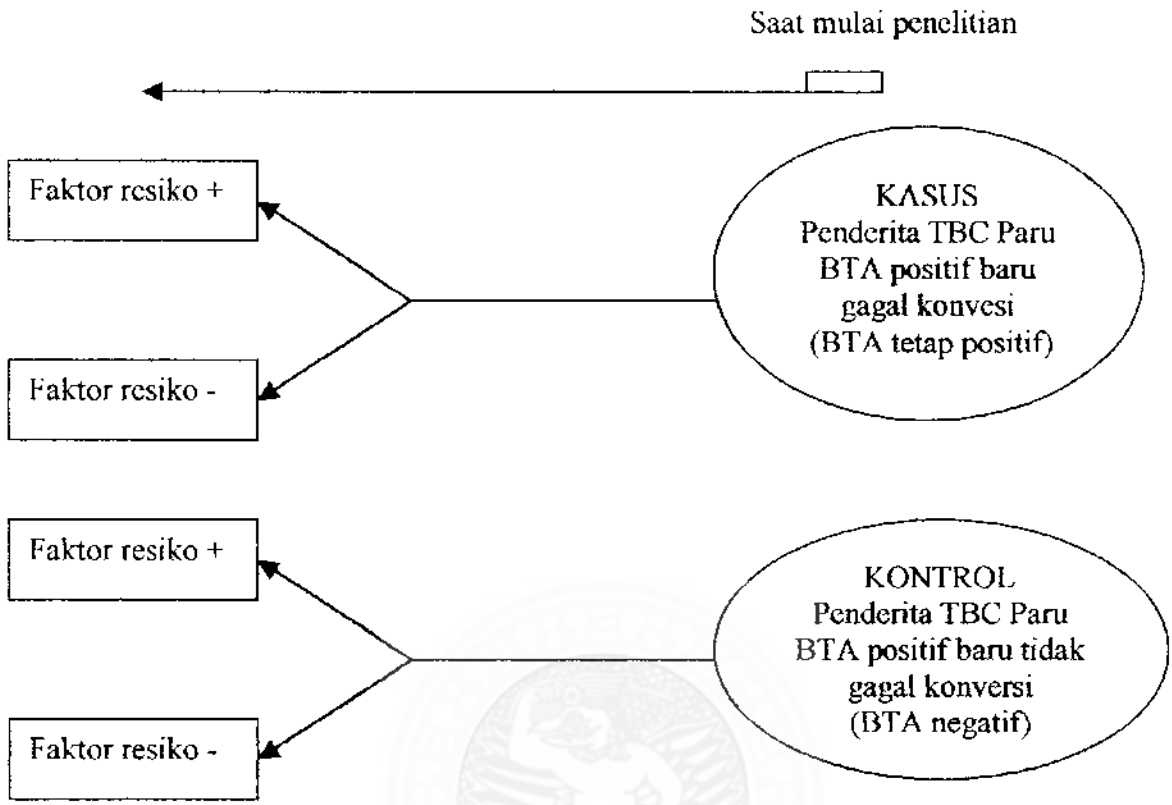
METODE PENELITIAN

4.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan rancangan studi kasus kontrol atau *retrospective study* yang merupakan penelitian epidemiologi analitik observasional (non eksperimental) yang bertujuan untuk mempelajari seberapa jauh hubungan antara faktor resiko yang diteliti dengan kegagalan konversi BTA. Pemilihan rancangan studi ini selain karena relatif murah dan mudah dilaksanakan dari pada rancangan penelitian lainnya, juga cocok untuk meneliti penyakit tuberkulosis paru dengan periode laten yang panjang, dimana peneliti tidak perlu mengikuti perkembangan penyakit pada responden sampai 2 bulan, melainkan cukup mengidentifikasinya lalu mencatat riwayat paparan mereka.

Studi kasus kontrol yang dimaksud adalah penelitian yang dimulai dengan mengidentifikasi sekelompok kasus (penderita TBC paru BTA positif) dan sekelompok kontrol (penderita TBC paru BTA negatif), kemudian ditelusuri ke belakang (*restrospectif*) untuk meneliti faktor karakteristik penderita, faktor peranan petugas dan faktor peranan masyarakat (PMO).

Alur penelitian dengan rancangan kasus kontrol dapat dilihat pada gambar sebagai berikut :



Gambar 2. Alur Penelitian

4.2. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita TBC paru BTA positif baru yang menjalani masa pengobatan jangka pendek dengan strategi DOTS, yakni sebanyak 82 penderita yang berumur 15 tahun ke atas dan pada saat penelitian masih menjalani pengobatan fase lanjutan tahun 2003.

4.3. Sampel, besar sampel, penenutan sampel dan cara pengambilan sampel

4.3.1. Sampel penelitian

Sampel terbagi menjadi dua yaitu :

1. Sampel kasus yaitu penderita TBC Paru BTA positif baru yang gagal konversi pada akhir pengobatan fase intensif (tetap BTA positif).
2. Sampel kontrol yaitu penderita TBC Paru BTA positif baru yang tidak gagal konversi pada akhir pengobatan fase intensif (telah menjadi BTA negatif).

4.3.2. Besar sampel penelitian

Besar sampel adalah total populasi yakni semua penderita TBC paru BTA positif baru yang telah menyelesaikan pengobatan fase intensif dan pada saat penelitian masih menjalani pengobatan fase lanjutan sebanyak 82 penderita terdiri dari :

- 31 penderita TBC paru BTA positif baru yang gagal konversi (tetap BTA positif) pada akhir pengobatan fase intensif, sebagai sampel kasus.
- 51 penderita TBC paru BTA positif baru yang tidak gagal konversi (telah menjadi BTA negatif) sebagai sampel kontrol.

4.3.3. Cara Penentuan Sampel

Pengambilan sampel berdasarkan data pada buku register TBC kabupaten/kota (TB-03), selanjutnya melakukan konfirmasi di Puskesmas yakni pada kartu pengobatan penderita (TB-01), sehingga memperoleh data :

1. Sampel sebagai kasus

   Yaitu penderita TBC paru BTA positif baru yang gagal konversi (tetap BTA positif) pada akhir pengobatan fase intensif dan masih menjalani pengobatan fase lanjutan.

2. Sampel sebagai kontrol

   Yaitu penderia TBC paru BTA positif baru yang tidak gagal konversi (telah menjadi BTA negatif) dan masih menjalani pengobatan fase lanjutan.

4.4. Lokasi dan waktu penelitian

4.4.1. Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Dinas Kesehatan yakni pada 9 puskesmas di Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara.

4.4.2. Waktu penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan mulai bulan Mei sampai dengan bulan Juni 2003.

4.4.3. Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner (terlampir). Sebelum melakukan pengumpulan data dilakukan pelatihan kepada pewawancara (pembantu peneliti). Pelatihan meliputi penjelasan mengenai

latar belakang penelitian, tujuan penelitian dan metodologi yang diberikan dalam bentuk teori dan praktek.

4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.5.1 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari variabel terikat dan variabel bebas. Variabel terikat adalah kegagalan konversi BTA.

Variabel bebas yaitu karakteristik penderita (pendidikan, pengetahuan, efek samping obat, kepatuhan berobat, merasa sehat). Faktor petugas (peran penyuluhan kesehatan, ketersediaan obat) dan faktor masyarakat (peranan PMO).

4.5.2 Definisi Operasional

4.5.2.1 Variabel Terikat

Kegagalan konversi adalah penderita TBC paru BTA positif baru yang telah menjalani masa pengobatan fase intensif selama 2 bulan dan BTA nya gagal konversi (tetap BTA positif). Alat ukur yang digunakan adalah pertanyaan nomor 6.

Hasil ukur dibuat dua kategori yaitu gagal konversi dan tidak gagal konversi. Gagal konversi yaitu penderita TBC paru BTA positif baru tetap BTA positif pada akhir pengobatan fase intensif. Sedangkan tidak gagal konversi yaitu penderita TBC paru BTA positif baru telah menjadi BTA negatif pada akhir pengobatan fase intensif.

4.5.2.2 Variabel Bebas

1. Pendidikan

Pendidikan adalah jenjang sekolah formal tertinggi yang dicapai responden sampai saat didiagnosis sebagai penderita penyakit TBC paru. Alat ukur yang digunakan adalah pertanyaan nomor 7.

Hasil ukur dibuat menjadi 5 (lima) yakni : tidak tamat SD, tamat SD, taman SLTP, tamat SLTA, dan tamat Akademi/PT.

2. Pengetahuan

Pengetahuan adalah gambaran pemahaman responden terhadap penyakit TBC paru, meliputi tanda-tanda penyakit TBC, penyebab TBC, cara penularan, cara pengobatan, akibat bila tidak patuh berobat, cara pencegahan. Alat ukur yang digunakan adalah pertanyaan nomor 15, dengan skor 0 – 24 dari 24 sub pertanyaan, dengan nilai median 13.

Hasil ukur dibuat dua kategori yaitu pengetahuan baik dan pengetahuan kurang. Pengetahuan baik apabila responden mempunyai jumlah skor jawaban pertanyaan di atas median, sedangkan pengetahuan kurang apabila responden mempunyai jumlah skor sama dengan atau dibawah median.

3. Efek Samping Obat (ESO)

Efek samping obat adalah keluhan subyektif penderita setelah minum OAT saat menjalani pengobatan fase intensif. Alat ukur yang digunakan adalah pertanyaan nomor 10.

Hasil ukur dibuat dua kategori, yaitu ada Efek Samping Obat (ESO) dan tidak ada Efek Samping Obat. Ada Efek Samping Obat apabila responden merasakan adanya efek samping obat saat menjalani pengobatan fase intensif, sedangkan tidak ada Efek Samping Obat apabila responden tidak merasakan adanya efek samping obat saat menjalani pengobatan fase intensif.

4. Kepatuhan Berobat

Kepatuhan berobat adalah kegiatan meminum obat Isoniazid (H), Rifampisin (R), Piramizinamid (Z) dan Etambutol (E) pada dua bulan pertama setiap hari 8 butir, diminum sekaligus dan tidak pernah lupa. Alat ukur yang digunakan adalah pertanyaan nomor 9, dengan skor 0 – 3 dari tiga sub pertanyaan.

Hasil ukur dibuat dua kategori yaitu patuh berobat dan tidak patuh berobat. Patuh berobat apabila responden setiap hari minum obat 8 butir diminum sekaligus dan tidak pernah lupa dan mempunyai jumlah skor 3; sedang tidak patuh berobat, apabila responden mempunyai jumlah skor < 3.

5. Merasa sehat

Merasa sehat adalah perasaan penderita saat minum OAT pada pengobatan fase intensif merasa sehat (sembuh penyakitnya). Alat ukur yang digunakan adalah pertanyaan nomor 11.

Hasil ukur dibuat dua kategori yaitu merasa sehat dan tidak merasa sehat. Merasa Sehat apabila responden saat minum OAT pada fase intensif merasakan sehat (sembuh penyakitnya), sedangkan tidak merasa sehat apabila responden tidak merasakan sehat (sembuh penyakitnya) pada pengobatan fase intensif.

6. Peran Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan oleh petugas adalah kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam bentuk memberi penjelasan atau pengarahan mengenai tanda-tanda penyakit TBC, penyebab, cara penularan, akibat bila tidak patuh berobat, dan penyakit TBC dapat disembuhkan dengan berobat teratur guna meningkatkan kesadaran dan motivasi berobat secara teratur. Alat ukur yang digunakan adalah pertanyaan nomor 12 dengan skor 0-9 dari 9 sub pertanyaan, dengan median 5.

Hasil ukur dibuat dua kategori, yaitu ada peran penyuluhan dan tidak ada peran penyuluhan. Ada peran penyuluhan bila nilai skor jawaban responden menyatakan ada penyuluhan di atas nilai median. Tidak ada peran penyuluhan bila skor responden menyatakan ada penyuluhan dibawah nilai median.

7. Ketersediaan Obat

Ketersediaan obat adalah suatu keadaan tersedianya OAT di puskesmas pada saat responden atau keluarga berkunjung untuk mengambil OAT pada pengobatan fase intensif. Alat ukur yang digunakan adalah pertanyaan nomor 13.

Hasil ukur dibuat dua kategori, yaitu cukup dan kurang. Cukup jika setiap kali responden berkunjung ke Puskesmas untuk mengambil OAT, tersedia baik jumlah maupun jenisnya. Kurang jika setiap kali responden berkunjung ke puskesmas untuk mengambil OAT, kurang tersedia baik jumlah maupun jenisnya.

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

8. Pengawas Menelan Obat (PMO)

Pengawas Menelan Obat (PMO) adalah orang yang ditunjuk untuk mengawasi penderita saat menelan obat selama fase intensif. Alat ukur yang digunakan adalah pertanyaan nomor 14.

Hasil ukur dibuat dua kategori yaitu diawasi dan tidak diawasi. Diawasi jika setiap kali responden minum OAT selama fase intensif mendapat pengawasan secara rutin setiap hari dari PMO. Tidak diawasi jika setiap kali responden minum OAT selama faset intensif tidak rutin setiap hari mendapat pengawasan dari PMO.

Tabel 4.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Nilai Hasil Akhir

No	Variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Alat ukur	- Skala - hasil ukur
1.	**Variabel terikat** Kegagalan konversi	Penderita TBC paru BTA positif baru yang telah menjalani masa pengobatan fase intensif selama 2 bulan dan BTA nya gagal konversi (tetap BTA positif). 1. Gagal konversi, yaitu penderita TBC paru BTA positif baru yang tetap BTA positif pada akhir pengobatan fase intensif (kasus) 2. Tidak gagal konversi, yaitu penderita TBC paru BTA positif baru telah manjadi BTA negatif (-) pada akhir pengobatan fase intensif (kontrol).	Pemeriksaan spesimen dahak akhir bulan kedua	Hasil pemeriksaan laboratorium Kuesioner no. 6	Nominal : 1. gagal konversi 2. tidak gagal konversi

2.	**Variabel Bebas**				
	1. Pendidikan	- Jenjang sekolah formal tertinggi yang dicapai responden sampai pada saat didiagnosis sebagai penderita TBC	- Wawancara	- Kuesioner no. 7	Nominal 1 = tidak tamat SD 2 = Tamat SD 3 = Tamat SLTP 4 = Tamat SLTA 5 = Tamat Akademi/PT
	2. Pengetahuan	- Gambaran pemahaman responden tentang penyakit TBC, tanda-tanda penyakit TBC, penyebab penyakit TBC, cara penularan penyakit TBC, cara pencegahan penyakit TBC, cara minum obat, akibat bila tidak patuh berobat.	- Wawancara	- Kuesioner no. 15	Ordinal 1 = baik 2 = kurang
	3. Kepatuhan berobat	- Kegiatan minum obat HRZE pada dua bulan pertama sebanyak 8 butir perhari, diminum sekaligus dan tidak pernah lupa.	- Wawancara	- Kuesioner no. 9	Nominal 1 = patuh 2 = tidak patuh
	4. Efek Samping Obat (ESO)	- keluhan subyektif penderita setelah minum OAT saat menjalani pengobatan fase intensif	- Wawancara	- Kuesioner no. 10	Nominal 1 = tidak ada ESO 2 = ada Eso
	5. Merasa Sehat	- Penderita saat minum obat pada fase intensif merasa sehat (sembuh penyakitnya)	- Wawancara	- Kuesioner no. 11	Nominal 1 = merasa sehat 2 = tidak merasa sehat
	6. Peranan Penyuluhan Kesehatan	- Kegiatan penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kepada penderita tentang penyakit TBC,	- Wawancara	- Kuesioner no. 12	Nominal 1 = ada peranan 2= tidak ada peranan

		tanda-tanda penyakit TBC, penyebab penyakit TBC, cara penularan penyakit TBC, cara pencegahan penyakit TBC, cara minum obat, akibat bila tidak patuh berobat.			
	7. Ketersediaan obat	- suatu keadaan tersedianya OAT di puskesmas pada saat responden atau keluarga berkunjung untuk mengambil OAT pada pengobatan fase intensif	- Wawancara	- Kuesioner no. 13	Ordinal 1 = cukup 2 = kurang
	8. Pengawas Menelan Obat	- Orang yang ditunjuk mengawasi penderita saat menelan obat setiap hari pada fase intensif	- Wawancara	- Kuesioner no. 14	Nominal 1 = diawasi 2 = tidak diawasi

4.6 Tehnik dan Instrumen Pengambilan data

1. Data Primer

Data primer (1. Karakteristik penderita yaitu : pendidikan, pengetahuan, kepatuhan berobat, efek samping obat, merasa sehat, 2. Faktor petugas yaitu peranan penyuluhan kesehatan, ketersediaan OAT, 3. Faktor masyarakat yaitu peranan Pengawas Menelan Obat) yang dikumpulkan dengan cara menggunakan kuesioner yang telah disediakan dengan melakukan wawancara langsung pada responden.

2. Data sekunder

Data sekunder (antara lain 1. Keadaan geografis, 2. Tingkat pendidikan penduduk, 3. Mata pencaharian penduduk, 4. Sarana kesehatan, 5. Tenaga pengelola program TBC paru, 6. Data OAT, 7. Data penderita TBC paru) dikumpulkan melalui Dinas Kesehatan Kota Kendari.

4.7 Tehnik Analisis Data

4.7.1 Pengolahan data

Data yang telah dikumpulkan kemudian diolah dengan bantuan perangkat lunak komputer program SPSS 10.00 for windows dan disajikan dalam bentuk tabel dan grafik.

4.7.2 Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk memudahkan interprestasi dan menguji hipotesis penelitian. Tahapan analisis data ini adalah sebagai berikut :

1) Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk mendeskripsikan variabel bebas yaitu faktor karakteristik penderita (pendidikan, pengetahuan, kepatuhan berobat, efek samping obat, merasa sehat) faktor petugas kesehatan (peran penyuluhan kesehatan, ketersediaan obat, merasa sehat), faktor masyarakat (Pengawas Menelan Obat) dan variabel terikat (kegagalan konversi), untuk memperoleh gambaran sampel dengan cara membentuk tabel dan grafik distribusi frekuensi.

2) Analisis Bivariat

Oleh karena kategori pada variabel terikat ada dua (konversi BTA positif dan BTA negatif) maka regresi logistik yang digunakan adalah Regresi Logistik Dichotomous.

Analisis ini digunakan untuk melihat hubungan dua variabel yaitu variabel terikat dan variabel bebas dengan menggunakan uji regresi logistik sederhana. Fungsi dan analisis ini adalah sebagai *screening* sebelum dilakukan analisis multivariat. Jika variabel yang diuji mempunyai nilai signifikansi kurang dari atau sama dengan 0,25 ($p \leq 0,25$) maka variabel tersebut dianalisis lebih lanjut pada analisis multivariat, sedangkan variabel yang mempunyai nilai signifikansi lebih besar dari 0,25 tidak dianalisis lebih lanjut (gugur).

3) Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan berdasarkan hasil analisis bivariat pada variabel bebas yang mempunyai nilai signifikansi kurang dari atau sama dengan 0,25. Pada analisis variabel dikatakan bermakna jika nilai signifikansi kurang dari atau sama dengan 0,05 ($p \leq 0,05$). Metode yang digunakan pada regresi logistik multivariat adalah *Backward Stepwise Wald,* yaitu analisis yang membuang variabel yang paling tidak bermakna satu persatu sampai diperoleh variabel yang bermakna pada $p \leq 0,05$.

4.7.3 Tenaga Peneliti

1. Peneliti : Mahasiswa Magister-FETP Program Pascasarjana Unair Surabaya
2. Pembantu peneliti : 3 orang terdiri dari tamatan Akademi Penilik Kesehatan (sanitarian)

BAB 5
HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Deskripsi Lokasi Penelitian

Kota Kendari merupakan salah satu wilayah di Propinsi Sulawesi Tenggara yang berada di bagian Selatan garis Khatulistiwa terletak pada 3° 54' 30" – 4° 3' 11" Lintang Selatan dan 120° 39' 6" Bujur Timur, dengan luas wilayah 267,98 Km^2. Secara geografis Kota Kendari merupakan ibukota propinsi dengan luas wilayah 36,65 Km^2, dan dengan suhu udara berkisar 25° C – 27° C, serta terletak di ujung Tenggara pulau Sulawesi. Secara administrasi Kota Kendari terbagi menjadi 4 kecamatan terdiri dari 9 Puskesmas dan 51 kelurahan. Batas wilayah Kota Kendari meliputi :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Soropia Kabupaten Kendari
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Moramo Kabupaten Kendari
- Sebelah Timur berbatasan dengan Laut Banda
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Ranomeeto Kabupaten Kendari.

Penduduk Kota Kendari tahun 2002 berjumlah 204.239 jiwa terdiri dari 102.814 laki-laki dan 101.425 perempuan. Kepadatan penduduk tahun 2002 adalah 762 jiwa /Km^2 dengan kepadatan hunian 4,3 jiwa per kepala keluarga serta laju pertumbuhan sebesar 1,92 %. Struktur umur penduduk kota Kendari tahun 2002 adalah 125.466 jiwa atau 61,4 % usia dewasa (15 tahun keatas), sedangkan penduduk usia muda (0 – 14 tahun) sebanyak 78.773 jiwa (38,6 %).

Berdasarkan data administrasi tingkat pendidikan penduduk Kota Kendari tahun 2002 terdiri dari tidak atau belum pernah sekolah 3.431 (2,53 %), belum tamat SD 20.999 (15,46 %), tamat SD 29.853 (21,98 %), tamat SLTP (18,71 %), tamat SLTA 43.699 (32,18 %) dan tamat akademi atau perguruan tinggi sebanyak 12.411 (9,14 %).

Penelitian ini mencakup 82 penderita TBC paru BTA positif baru yang telah menyelesaikan pengobatan fase intensif pada 9 puskesmas di Kota Kendari, dan terbagi atas 31 penderita TBC paru yang mengalami gagal konversi (BTA tetap positif) sebagai kasus dan 51 penderita TBC paru yang telah berhasil konversi (BTA negatif) sebagai kontrol pada akhir pengobatan fase intensif.

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

5.2 Analisis Hasil Penelitian

5.2.1 Karakteristik Responden

5.2.1.1 Umur, jenis kelamin dan pekerjaan responden

Umur, jenis kelamin dan pekerjaan responden merupakan variabel tambahan dalam penelitian ini yang hanya dianalisa secara diskriptif untuk menambah informasi tentang karakteristik penderita TBC paru BTA positif baru di kota Kendari tahun 2003.

a. Umur Responden

Berikut ini adalah distribusi umur responden berdasarkan pada perhitungan kuartil. Dasar perhitungan kuartil digunakan karena pengkategorian umur yang baku belum ada ketentuannya. Umur yang paling muda dari hasil penelitian adalah 16

tahun sedangkan yang paling tua adalah 70 tahun. Hasil perhitungan kuartil selengkapnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.1 Distribusi umur responden di Kota Kendari tahun 2003

No.	Distribusi umur	Jumlah	Persen
1.	16 – 24 tahun	21	25,6
2.	25 – 33 tahun	21	25,6
3.	34 46 tahun	21	25,6
4.	47 – 70 tahun	19	23,2
Jumlah		**82**	**100**

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa distribusi umur pada semua kategori adalah hampir sama yaitu sebesar 21 orang (25,6 %) sedangkan untuk kategori 47 sampai 70 tahun sebesar 19 orang (23,2 %).

b. Jenis Kelamin

Berikut adalah distribusi jenis kelamin responden dari hasil penelitian yang selengkapnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.2 Distribusi jenis kelamin responden di Kota Kendari tahun 2003

No.	Distribusi jenis kelamin	Jumlah	Persen
1.	Laki-laki	47	69,5
2.	Perempuan	25	30,5
Jumlah		**82**	**100**

Tabel di atas menunjukkan pada penderita TBC yang paling banyak adalah yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 47 orang (69,5 %).

c. Pekerjaan

Berikut adalah distribusi pekerjaan responden dari hasil penelitian yang selengkapnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.3 Distribusi pekerjaan responden di Kota Kendari tahun 2003

No.	Distribusi pekerjaan	Jumlah	Persen
1.	Petani	20	24,39
2.	Pedagang	17	20,73
3.	Pegawai swasta	13	15,85
4.	Buruh	4	4,88
5.	Tidak bekerja	28	34,15
Jumlah		**82**	**100**

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak bekerja sebanyak 28 orang (34,15 %)

Jika diamati lebih lanjut mengenai distribusi pekerjaan responden dengan kegagalan konversi BTA dapat dilihat selengkapnya pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.4 Distribusi penderita TBC paru menurut pekerjaan di Kota Kendari 2003

Pekerjaan	Kasus		Kontrol		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Petani	5	16,1	15	29,4	20	24,4
Pedagang	6	19,4	11	21,6	17	20,7
Pegawai swasta	4	12,9	9	17,7	13	15,9
Buruh	3	9,7	1	1,9	4	4,9
Tidak bekerja	13	41,9	15	29,4	28	34,1
Jumlah	**31**	**100**	**51**	**100**	**82**	**100**

Tabulasi di atas menunjukkan bahwa pada responden yang tidak bekerja yang terjadi kegagalan konversi sebanyak 13 orang (41,9 %) sedangkan pada kelompok kontrol lebih banyak terjadi pada responden yang bekerja sebagai petani dan tidak bekerja yaitu sebesar 15 (29,4 %)

5.2.1.2 Tingkat Pendidikan Responden

Pendidikan responden pada penelitian ini digolongkan menjadi tidak pernah sekolah, tidak tamat SD, tamat SMP, tamat SLTA, tamat akademi dan perguruan tinggi. Penggolongan ini didasarkan pada hasil pengamatan lapangan dan demografi setempat yaitu masih ada penduduk yang belum pernah mengenyam pendidikan formal, dan ada beberapa penduduk yang tidak menamatkan pendidikan sampai jenjang sekolah dasar. Hasil selengkapnya mengenai distribusi pendidikan responden pada penderita TBC dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

Tabel 5.5 Tingkat Pendidikan Responden di Kota Kendari tahun 2003

No.	Distribusi pendidikan	Jumlah	Persen
1.	Tidak tamat SD	11	13,4
2.	Tamat SD	18	22
3.	Tamat SLTP	27	32,9
4.	Tamat SLTA	24	29,3
5.	Tamat akademi/PT	2	2,4
Jumlah		**82**	**100**

Dari hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah tamat SLTP sebanyak 27 orang (32,9%) sedangkan hanya 2 responden (2,4 %) yang

berpendidikan akhir akademi. Namun hasil penelitian tidak menunjukkan responden yang tidak pernah sekolah.

5.2.1.3 Pengetahuan responden

Pengetahuan responden dihitung berdasarkan skor yang dijawab oleh responden atas 24 pertanyaan tentang penyakit TBC, dengan skor terendah 0 dan skor tertinggi 24 dari setiap responden. Kemudian responden dikelompokkan menjadi 2 kategori, yaitu ketegori pengetahuan kurang apabila responden mempunyai jumlah nilai kurang atau sama dengan nilai median dan pengetahuan baik apabila responden memperoleh nilai lebih besar dari nilai median. Dari 82 responden yang telah diwawancarai menunjukkan tingkat pengetahuan pada kategori baik sebanyak 46 orang (56,1 %) sedangkan yang mempunyai tingkat pengetahuan pada kategori kurang sebanyak 36 orang (43,9 %). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.6 Distribusi Pengetahuan Responden di Kota Kendari tahun 2003

No.	Distribusi Pengetahuan	Jumlah	Persen
1.	Kurang	36	43,9
2.	Baik	46	56,1
Jumlah		**82**	**100**

Sedangkan distribusi responden menurut skor tingkat pengetahuan tentang TBC paru dengan kegagalan konversi dapat dilihat selengkapnya pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.7 Distribusi penderita TBC paru menurut skor pengetahuan di Kota Kendari 2003

Nilai Skor Pengetahuan	Kasus		Kontrol		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1						
2						
3						
4						
5						
6	2	6,5			2	2,4
7	3	9,7			3	3,7
8	6	19,4	2	3,9	8	9,8
9	4	12,9	9	17,7	13	15,9
10	5	16,1	3	5,9	8	9,8
11	2	6,5	6	11,8	8	9,8
12			4	7,8	4	4,9
13						
14	2	6,5	4	7,8	6	7,3
15	2	6,5	8	15,7	10	12,2
16	4	12,9	3	5,9	7	8,5
17	1	3,2	2	3,9	3	3,7
18			1	1,9	1	1,2
19			3	5,9	3	3,7
20			2	3,9	2	2,4
21			2	3,9	2	2,4
22			2	3,9	2	2,4
23						
24						
Jumlah	**31**	**100**	**51**	**100**	**82**	**100**

Tabel di atas menunjukkan bahwa skor pengetahuan responden tertinggi pada kelompok kasus adalah 17 dan kelompok kontrol adalah 22. Sedangkan hasil perhitungan statistik dengan menggunakan uji t diperoleh nilai rata-rata untuk kelompok kasus sebesar 10,58 $\pm$ 3,43 dan untuk kelompok kontrol sebesar 13,73 $\pm$ 4,09. Kemudian hasil uji homogenitas varians (F hitung) diperoleh nilai

1,662 dengan signifikansi 0,201 ($p \geq 0,05$). Dengan demikian data mempunyai varians yang homogen. Oleh karena varians data homogen maka nilai t hitung yang digunakan adalah *equal varians assumed* sebesar 3,578 dengan signifikansi 0,001 ($p \leq 0,05$), sehingga ada perbedaan skor pengetahuan antara kelompok kasus dan kontrol.

5.2.1.4 Efek Samping Obat

Penelitian mengenai efek samping obat ini ditanyakan kepada responden langsung, apakah pada saat mengkonsumsi OAT mereka merasakan adanya efek samping yang cukup mengganggu atau hanya efek samping ringan saja. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 35 orang (42,7 %) menyatakan ada efek samping obat sedangkan 47 orang (57,3 %) lainnya menyatakan tidak ada efek samping obat. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut ini :

Tabel 5.8 Distribusi Efek Samping Obat yang dikeluhkan Responden di Kota Kendari tahun 2003

No.	Distribusi Efek Samping Obat	Jumlah	Persen
1.	Ada efek samping	35	42,7
2.	Tidak ada efek samping	47	57,3
Jumlah		**82**	**100**

Jenis efek samping obat yang dialami oleh responden terdiri dari 10 jenis, dimana setiap responden dapat mengalami beberapa efek samping. Pada kelompok kasus jumlah responden yang menyatakan ada efek samping ada 18 orang. Sedangkan

pada kelompok kontrol ada 17 orang. Angka yang disajikan pada tabel 5.8 menunjukkan banyaknya responden yang mendapat efek samping obat. Berikut adalah tabel yang menyajikan jenis efek samping yang dialami responden :

Tabel 5.9 Distribusi jenis efek samping obat penderita TBC paru di Kota Kendari 2003

Jenis efek samping obat	Kasus		Kontrol		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Gatal seluruh tubuh	18	100	8	47,1	26	74,3
Lemas	17	94,4	7	41,2	24	68,6
Mual	18	100	4	23,5	22	62,8
Sakit kepala	18	100	1	5,8	19	54,3
Demam	13	72,2	2	11,7	15	42,8
Muntah	13	72,2	0	0	13	37,1
Kesemutan	5	27,7	2	11,7	7	20
Rasa tak enak	4	22,2	3	17,6	7	20
Penglihatan berkurang	2	11,1	1	5,8	3	8,5
Gangguan pendengaran	1	5,6	0	0	1	2,8
Jumlah responden	**18**		**17**		**35**	

Dari tabel di atas jenis efek samping yang sering dikeluhkan oleh responden, dari total responden yang mengalami efek samping obat (35 responden) terdapat 26 responden (74,3%) adalah gatal-gatal seluruh tubuh. Pada kelompok kasus jenis efek samping yang sering dikeluhkan oleh responden adalah gatal seluruh tubuh 18 responden (100%), mual 18 responden (100%) dan sakit kepala 18 responden (100%), sedangkan pada kelompok kontrol jenis efek samping yang sering dirasakan responden adalah gatal seluruh tubuh yakni sebayak 8 responden (47, 1%)

5.2.1.9 Kepatuhan Responden

Kepatuhan berobat pada penelitian ini mencakup kerutinan minum obat, kelengkapan jumlah obat yang diminum, dan tidak pernah absen dalam minum obat setiap hari. Responden dikatakan patuh jika hasil jawaban pada pengumpulan kuesioner mendapat skor 3 dan yang tidak patuh apabila skor yang diperoleh kurang dari 3. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.10 dibawah ini :

Tabel 5.10 Distribusi Kepatuhan Berobat Responden di Kota Kendari tahun 2003

No.	Distribusi Kepatuhan	Jumlah	Persen
1.	Tidak patuh	35	42,7
2.	Patuh	47	57,3
Jumlah		**82**	**100**

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden menggunakan kuesioner pada 82 responden diperoleh hasil sebagian besar responden patuh terhadap aturan minum obat yaitu sebanyak 47 orang (57,3 %) dan sisanya 35 orang atau 42,7 termasuk kategori tidak patuh.

5.2.1.10 Merasa Sehat

Dalam penelitian ini variabel merasa sehat dibagi menjadi dua kategori yaitu merasa sehat sehingga penderita tidak teratur minum obat dan merasa tidak sehat.

Berdasarkan hasil pengumpulan data dari 82 responden, maka sebagian besar jawaban responden menyatakan merasa tidak sehat sebanyak 46 orang (56,1 %)

sedangkan responden yang menyatakan merasa sehat sebanyak 36 orang (43,9 %). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut ini :

Tabel 5.11 Distribusi Merasa Sehat Menurut Jawaban Responden di Kota Kendari tahun 2003

No.	Distribusi Kepatuhan	Jumlah	Persen
1.	Merasa sehat	36	43,9
2.	Merasa tidak sehat	46	56,1
	Jumlah	**82**	**100**

Sedangkan distribusi responden menurut waktu mulai merasakan sehat saat pengobatan fase intensif di Kota Kendari tahun 2003 dapat dilihat selengkapnya pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.12 Distribusi responden menurut waktu mulai merasakan sehat pada pengobatan fase intensif di Kota Kendari tahun 2003

Waktu mulai merasa sehat	Kasus		Kontrol		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Minggu I	0	0	0	0	0	0
Minggu II	0	0	0	0	0	0
Minggu III	0	0	0	0	0	0
Minggu IV	10	43,48	5	38,5	15	41,7
Minggu V	11	47,83	6	46,2	17	47,2
Minggu VI	2	8,69	2	15,3	4	11,1
Minggu VII	0	0	0	0	0	0
Minggu VIII	0	0	0	0	0	0
Jumlah	**23**	**100**	**13**	**100**	**36**	**100**

Dari tabel di atas terlihat bahwa responden mulai merasakan sehat pada minggu keempat minum OAT pada pengobatan fase intensif, dan sebagian besar

yaitu 17 responden (47,2 %) dari total responden merasakan sehat saat menjalani pengobatan fase intensif pada minggu ke V.

Tabulasi di atas juga menunjukkan pada kelompok kasus sebagian besar merasa sehat pada minggu kelima sebanyak 11 orang (47,8 %) sedangkan pada kelompok kontrol adalah pada minggu kelima sebanyak 6 orang (46,2 %). Waktu mulai merasa sehat baik kasus maupun kontrol dirasakan oleh responden pada minggu keempat, kelima dan keenam. Sedangkan dari 36 responden yang merasa sehat 17 responden (47,2%) mulai merasa sehat minggu kelima dan 12 responden (41,7%) mulai merasa sehat minggu keempat dan 4 (11,1%) responden minggu keenam.

5.2.1.11 Peran Penyuluhan

Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan peran penyuluhan adalah kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam memberi pengarahan tentang penyakit TBC paru. Setiap responden diberi 9 pertanyaan. Hasil pengukuran dibagi menjadi 2 kategori yaitu peranan petugas kesehatan tidak ada bila responden mempunyai nilai dibawah atau sama dengan nilai media. Dan kategori ada peranan petugas kesehatan, bila responden mempunyai skor nilai di atas nilai median. Tabel selengkapnya berdasarkan hasil pengumpulan data dari 82 responden adalah sebagai berikut :

Tabel 5.13 Distribusi Peran Penyuluhan Menurut Jawaban Responden di Kota Kendari tahun 2003

No.	Distribusi Peran Penyuluhan	Jumlah	Persen
1.	Tidak ada peran penyuluhan	30	36,6
2.	Ada peran penyuluhan	52	63,4
Jumlah		**82**	**100**

Berdasarkan tabel di atas sebagian besar jawaban responden menyatakan peran penyuluhan pada kategori ada peranannya sebesar 52 (63,4%) sedangkan responden yang menyatakan tidak ada peranan sebanyak 30 orang (36,6 %).

5.2.1.12 Ketersediaan OAT

Ketersediaan obat adalah ketersediaan obat pada saat responden atau keluarga berkunjung ke Puskesmas untuk mengambil OAT pada pengobatan fase intensif. Dinyatakan cukup jika setiap kali responden berkunjung ke puskesmas untuk mengambil OAT, tersedia baik jenis maupun jumlahnya. Sedangkan kurang jika setiap kali responden berkunjung ke puskesmas untuk mengambil OAT selalu dalam keadaan kurang baik jumlah maupun jenisnya.

Hasil penelitian menunjukkan responden yang menyatakan ketersediaan obat pada kategori kurang ada 6 orang (7,3 %) sedangkan sebagian besar responden menyatakan ketersediaan dalam jumlah cukup ada 76 orang (92,7 %). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.14 Distribusi Ketersediaan OAT Responden di Kota Kendari tahun 2003

No.	Distribusi Ketersediaan Obat	Jumlah	Persen
1.	Kurang	6	7,3
2.	Banyak	76	92,7
	Jumlah	**82**	**100**

Pada pengobatan fase intensif responden diharapkan mengambil OAT secara rutin di puskesmas. Dari 82 responden 48 responden (58,54 %) mengambil OAT sendiri di puskesmas, masing–masing 36 responden (70,6%) dari kelompok tidak gagal konversi dan 12 responden (38,7%) dari kelompok gagal konversi. Sedangkan 34 responden (41,46 %) dibantu oleh anggota keluarga di dalam satu rumah, yakni masing – masing 15 responden (29,4%) dari kelompok tidak gagal konversi dan 19 responden (61,3%) dari kelompok gagal konversi. Hasil selengkapnya mengenai ditribusi tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.15 Distribusi responden menurut yang mengambil OAT di puskesmas pada pengobatan fase intensif di Kota Kendari tahun 2003

Yang mengambil obat TBC paru	Kasus		Kontrol		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Penderita TBC paru	12	38,7	36	70,6	48	58,5
Penderita dengan anggota keluarga	19	61,3	15	29,4	34	41,5
Tetangga / orang lain	0	0	0	0	0	0
Jumlah	**31**	**100**	**51**	**100**	**82**	**100**

Sedangkan hasil jawaban responden mengenai waktu pengambilan obat di puskesmas dapat dilihat pada tabel 5.16 berikut ini :

Tabel 5.16 Distribusi responden menurut waktu pengambilan OAT di kota Kendari tahun 2003

Waktu pengambilan obat	Kasus		Kontrol		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Setiap hari	0	0	0	0	0	0
Setiap 3 hari	3	6,1	2	3,9	5	6,1
Setiap 7 hari	25	84,1	44	86,3	69	84,1
Setiap 14 hari	3	9,8	5	9,8	8	9,8
Setiap bulan	0	0	0	0	0	0
Jumlah	**31**	**100**	**51**	**100**	**82**	**100**

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa pada kelompok kasus sebagian besar mengambil OAT setiap 7 hari sekali sebanyak 25 orang (84,1 %). Sedangkan pada kelompok kontrol obat juga diambil setiap 7 hari sekali sebanyak 44 orang atau (86,3 %). Dari masing – masing kelompok kasus maupun kontrol tidak ada satu responden pun yang mengambil obat setiap hari dan setiap bulan.

5.2.1.13 Pengawas Minum Obat

Variabel pengawas minum obat yang dimaksud dalam penelitian ini adalah peran pengawasan yang dilakukan petugas kesehatan dan pihak keluarga atau orang lain untuk mengingatkan dan mengawasi keteraturan minum obat penderita TBC. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan diawasi oleh PMO sebanyak 54 orang (65,9 %) sedangkan yang menyatakan tidak diawasi

oleh PMO sebanyak 28 orang (34,1 %). Hasil selengkapnya mengenai distribusi jawaban responden mengenai pengawas minum obat dapat dilihat pada tabel 5.17 berikut ini :

Tabel 5.17 Distribusi Pengawas Minum Obat Responden di Kota Kendari tahun 2003

No.	Distribusi Pengawas Minum Obat	Jumlah	Persen
1.	Tidak diawasi	28	34,1
2.	Diawasi	54	65,9
Jumlah		**82**	**100**

Sedangkan distribusi resoponden menurut status PMO pada fase pengobatan intensif dapat dilihat selengkapnya pada tabel 5.18 dibawah ini :

Tabel 5.18 Distribusi pengawas minum obat (PMO) responden TBC paru di puskesmas pada pengobatan fase intensif di Kota Kendari tahun 2003

Status PMO	Kasus		Kontrol		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Ibu	4	12,9	4	7,8	8	9,8
Ayah	5	16,1	5	9,8	10	12,2
Suami	3	9,7	5	7,8	8	9,8
Istri	8	25,8	18	35,3	26	31,7
Kakak	6	19,4	12	23,5	18	21,9
Anak	5	16,1	4	7,8	9	10,9
Petugas kesehatan	0	0	3	5,9	3	3,7
Jumlah	**31**	**100**	**51**	**100**	**82**	**100**

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa pada kelompok kasus, yang paling banyak berperan menjadi PMO adalah istri yaitu 8 responden (25,8 %) dan tidak ada

satupun dari petugas kesehatan. Sedangkan pada kelompok kontrol yang paling banyak berperan juga istri yaitu sebanyak 18 orang (35,3 %).

5.3 Hubungan Variabel Bebas dengan Variabel Terikat

5.3.1 Hubungan Variabel Pendidikan terhadap Kegagalan Konversi BTA

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara kegagalan konversi dengan tingkat pendidikan menunjukkan pada kelompok kasus (BTA positif) tingkat pendidikan yang paling banyak menunjukkan kegagalan konversi adalah tamat SD sebanyak 12 orang (66,7%), sedangkan pada kelompok kontrol kelompok yang paling banyak berhasil dalam konversi dari BTA positif menjadi BTA negatif adalah SLTP sebanyak 21 orang (84%). Kelompok akademi dan PT tidak tampak karena digabungkan dengan tamatan SLTA. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.19 Hubungan tingkat pendidikan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Pendidikan	Kegagalan konversi				Total	%
	Kasus	%	Kontrol	%		
Tidak tamat SD	6	54,5	5	45,5	11	13,4
Tamat SD	12	66,7	6	33,3	18	22
Tamat SLTP	6	22,2	21	77,8	27	32,9
Tamat SLTA	7	26,9	19	73,1	26	31,7
Jumlah	**31**	**37,8**	**51**	**62,2**	**82**	**100**

Sedangkan hasil pengujian regresi logistik sederhana dapat dilihat pada tabel 5.20 dibawah ini :

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

Tabel 5.20 **Hasil uji regresi logistik sederhana variabel pendidikan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003**

Variabel	B	Sig	Exp (B)	CI 95%	
				Bawah	Atas
Pendidikan		0,013			
Tamat SD	1,181	0,115	3,257	0,749	14,159
Tamat SLTP	1,692	0,011	5,429	1,467	20,083
Tamat SLTA	-0,254	0,691	0,776	0,221	2,719
Konstanta	-0.999	0,024	0,368		

Berdasarkan hasil pengujian regresi logistik bivariat dapat dilihat bahwa nilai probabilitas atau signifikansi sebesar 0,013 ($p < 0,25$). Oleh karena nilai signifikansi ini lebih kecil dari 0.25, maka variabel pendidikan dapat dilanjutkan ke pengujian regresi logistik berganda.

5.3.2 Hubungan Variabel Pengetahuan terhadap Kegagalan Konversi BTA

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara kegagalan konversi dengan tingkat pengetahuan menunjukkan pada kelompok kasus (BTA positif) tingkat pengetahuan yang paling banyak menunjukkan kegagalan konversi adalah pada kategori kurang sebanyak 22 orang (47,8%), sedangkan pada kelompok kontrol kelompok yang paling banyak berhasil dalam konversi dari BTA positif menjadi BTA negatif adalah pada kategori baik sebanyak 27 orang (75%). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel 5.21 berikut ini :

Tabel 5.21 Hubungan tingkat pengetahuan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Pengetahuan	Kegagalan konversi				Total	%
	Kasus	%	Kontrol	%		
Kurang	22	47,8	24	52,2	46	56,1
Baik	9	25	27	75	36	43,9
Jumlah	**31**	**37,8**	**51**	**62,2**	**82**	**100**

Sedangkan hasil pengujian regresi logistik sederhana dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.22 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel pengetahuan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Variabel	B	Sig	Exp (B)	CI 95%	
				Bawah	Atas
Pengetahuan kurang	1,012	0,037	2,750	1,063	7,115
Konstanta	-1,099	0,004	0,333		

Berdasarkan hasil pengujian regresi logistik bivariat dapat dilihat bahwa nilai probabilitas atau signifikansi sebesar 0,037 ($p < 0,25$). Oleh karena nilai signifikansi ini lebih kecil dari 0.25, maka variabel pengetahuan dapat dilanjutkan ke pengujian regresi logistik berganda.

5.3.3 Hubungan Variabel Efek Samping Obat terhadap Kegagalan Konversi BTA

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara kegagalan konversi dengan variabel efek samping obat menunjukkan pada kelompok kasus (BTA positif) yang paling banyak menunjukkan kegagalan konversi adalah yang menyatakan ada efek samping

obat sebanyak 18 orang (51,4 %), sedangkan pada kelompok kontrol kelompok yang paling banyak berhasil dalam konversi dari BTA positif menjadi BTA negatif adalah yang menyatakan tidak ada efek samping obat sebanyak 34 orang (72,3%). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.23 Hubungan efek samping obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Efek samping obat	Kegagalan konversi				Total	%
	Kasus	%	Kontrol	%		
Ada	18	51,4	17	48,6	35	42,7
Tidak ada	13	27,7	34	72,3	47	57,3
Jumlah	**31**	**37,8**	**51**	**62,2**	**82**	**100**

Sedangkan hasil pengujian regresi logistik sederhana dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.24 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel efek samping obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Variabel	B	Sig	Exp (B)	CI 95%	
				Bawah	Atas
Ada efek samping	1,019	0,030	2,769	1,103	6,954
Konstanta	-0,961	0,003	0,382		

Berdasarkan hasil pengujian regresi logistik bivariat dapat dilihat bahwa nilai probabilitas atau signifikansi sebesar 0,030 ($p < 0,25$). Oleh karena nilai signifikansi ini lebih kecil dari 0.25, maka variabel efek samping obat dapat dilanjutkan ke pengujian regresi logistik berganda.

5.3.4 Hubungan Variabel Kepatuhan terhadap Kegagalan Konversi BTA

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara kegagalan konversi dengan variabel kepatuhan menunjukkan pada kelompok kasus (BTA positif) yang paling banyak menunjukkan kegagalan konversi adalah tidak patuh sebanyak 22 orang (62,9 %), sedangkan pada kelompok kontrol kelompok yang paling banyak berhasil dalam konversi dari BTA positif menjadi BTA negatif adalah pada kategori patuh sebanyak 38 orang (80,9%). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.25 Hubungan kepatuhan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Kepatuhan	Kegagalan konversi				Total	%
	Kasus	%	Kontrol	%		
Tidak patuh	22	62,9	13	37,1	35	42,7
Patuh	9	19,1	38	80,9	47	57,3
Jumlah	**31**	**37,8**	**51**	**62,2**	**82**	**100**

Sedangkan hasil pengujian regresi logistik sederhana dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.26 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel kepatuhan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Variabel	B	Sig	Exp (B)	CI 95%	
				Bawah	Atas
Tidak patuh	1,966	0,000	7,145	2,631	19,403
Konstanta	-1,440	0,000	0,237		

Berdasarkan hasil pengujian regresi logistik bivariat dapat dilihat bahwa nilai probabilitas atau signifikansi sebesar 0,000 ($p < 0,25$). Oleh karena nilai signifikansi

ini lebih kecil dari 0.25, maka variabel kepatuhan dapat dilanjutkan ke pengujian regresi logistik berganda.

5.3.5 Hubungan Variabel Merasa Sehat terhadap Kegagalan Konversi BTA

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara kegagalan konversi dengan variabel merasa sehat menunjukkan pada kelompok kasus (BTA positif) yang paling banyak menunjukkan kegagalan konversi adalah yang menyatakam merasa sehat sebanyak 23 orang (63,9%), sedangkan pada kelompok kontrol kelompok yang paling banyak berhasil dalam konversi dari BTA positif menjadi BTA negatif adalah yang menyatakan merasa tidak sehat sebanyak 38 orang (80,9%). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.27 Hubungan merasa sehat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Merasa sehat	Kegagalan konversi				Total	%
	Kasus	%	Kontrol	%		
Merasa sehat	23	63,9	13	36,1	36	43,9
Merasa tidak sehat	8	17,4	38	82,6	46	56,1
Jumlah	**31**	**37,8**	**51**	**62,2**	**82**	**100**

Sedangkan hasil pengujian regresi logistik sederhana dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.28 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel merasa sehat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Variabel	B	Sig	Exp (B)	CI 95%	
				Bawah	Atas
Merasa sehat	1,966	0,000	7,145	2,631	19,403
Konstanta	-1,440	0,000	0,237		

Berdasarkan hasil pengujian regresi logistik bivariat dapat dilihat bahwa nilai probabilitas atau signifikansi sebesar 0,000 ($p < 0,25$). Oleh karena nilai signifikansi ini lebih kecil dari 0.25, maka variabel merasa sehat dapat dilanjutkan ke pengujian regresi logistik berganda.

5.3.6 Hubungan Variabel Peran Penyuluhan terhadap Kegagalan Konversi BTA

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara kegagalan konversi dengan variabel peran penyuluhan menunjukkan pada kelompok kasus (BTA positif) yang paling banyak menunjukkan kegagalan konversi adalah yang menyatakan tidak ada peran penyuluhan sebanyak 21 orang (70%), sedangkan pada kelompok kontrol kelompok yang paling banyak berhasil dalam konversi dari BTA positif menjadi BTA negatif adalah yang menyatakan ada peran penyuluhan sebanyak 42 orang (80,8%). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.29 Hubungan peran penyuluhan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Peran Penyuluhan	Kegagalan konversi				Total	%
	Kasus	%	Kontrol	%		
Tidak ada peran	21	70	9	30	30	36,6
Ada peran	10	19,2	42	80,8	52	63,4
Jumlah	**31**	**37,8**	**51**	**62,2**	**82**	**100**

Sedangkan hasil pengujian regresi logistik sederhana dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.30 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel peran penyuluhan terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Variabel	B	Sig	Exp (B)	CI 95%	
				Bawah	Atas
Tidak ada peran	2,282	0,000	9,800	3,457	27,775
Konstanta	-1,435	0,000	0,238		

Berdasarkan hasil pengujian regresi logistik bivariat dapat dilihat bahwa nilai probabilitas atau signifikansi sebesar 0,000 ($p < 0,25$). Oleh karena nilai signifikansi ini lebih kecil dari 0.25, maka variabel peran penyuluhan dapat dilanjutkan ke pengujian regresi logistik berganda.

5.3.7 Hubungan Variabel Ketersediaan Obat terhadap Kegagalan Konversi BTA

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara kegagalan konversi dengan variabel ketersediaan obat menunjukkan pada kelompok kasus (BTA positif) yang paling

banyak menunjukkan kegagalan konversi adalah yang menyatakan obat tersedia banyak sebesar 29 orang (38,2 %), sedangkan pada kelompok kontrol kelompok yang paling banyak berhasil dalam konversi dari BTA positif menjadi BTA negatif adalah yang menyatakan obat banyak tersedia sebesar 47 orang (61,8%). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.31 Hubungan ketersediaan obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Ketersediaan Obat	Kegagalan konversi				Total	%
	Kasus	%	Kontrol	%		
Kurang tersedia	2	33,3	4	66,7	6	7,3
Banyak tersedia	29	38,2	47	61,8	76	92,7
Jumlah	**31**	**37,8**	**51**	**62,2**	**82**	**100**

Sedangkan hasil pengujian regresi logistik sederhana dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.32 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel ketersediaan obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Variabel	B	Sig	Exp (B)	CI 95%	
				Bawah	Atas
Kurang tersedia	-0,210	0,815	0,810	0,140	4,707
Konstanta	-0,483	0,041	0,617		

Berdasarkan hasil pengujian regresi logistik bivariat dapat dilihat bahwa nilai probabilitas atau signifikansi sebesar 0,810 ($p > 0,25$). Oleh karena nilai signifikansi ini lebih besar dari 0.25, maka variabel peran penyuluhan tidak dapat dilanjutkan ke pengujian regresi logistik berganda.

5.3.8 Hubungan Variabel Pengawas Minum Obat (PMO) terhadap Kegagalan Konversi BTA

Berdasarkan hasil tabulasi silang antara kegagalan konversi dengan variabel pengawas minum obat menunjukkan pada kelompok kasus (BTA positif) yang paling banyak menunjukkan kegagalan konversi adalah yang menyatakan tidak diawasi sebesar 20 orang (71,4%), sedangkan pada kelompok kontrol kelompok yang paling banyak berhasil dalam konversi dari BTA positif menjadi BTA negatif adalah yang menyatakan diawasi sebesar 43 orang (79,6%). Hasil selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.33 Hubungan pengawas minum obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Pengawas Minum Obat	Kegagalan konversi				Total	%
	Kasus	%	Kontrol	%		
Tidak diawasi	20	71,4	8	28,6	28	34,1
Diawasi	11	20,4	43	79,6	54	65,9
Jumlah	**31**	**37,8**	**51**	**62,2**	**82**	**100**

Sedangkan hasil pengujian regresi logistik sederhana dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.34 Hasil uji regresi logistik sederhana variabel pengawasan minum obat terhadap kegagalan konversi penderita TBC di Kota Kendari 2003

Variabel	B	Sig	Exp (B)	CI 95%	
				Bawah	Atas
Tidak diawasi	2,280	0,000	9,773	3,406	28,037
Konstanta	-1,363	0,000	0,256		

Berdasarkan hasil pengujian regresi logistik bivariat dapat dilihat bahwa nilai probabilitas atau signifikansi sebesar 0,000 (p < 0,25). Oleh karena nilai signifikansi ini lebih kecil dari 0.25, maka variabel pengawas minum obat dapat dilanjutkan ke pengujian regresi logistik berganda.

5.4 Analisis regresi logistik berganda

Setelah diuji dengan regresi logistik bivariat yang berfungsi untuk melihat variabel mana yang berpengaruh. Apabila variabel tersebut mempunyai nilai signifikansi kurang dari 0.25 (p < 0.25) maka dilanjutkan ke uji regresi logistik multivariat. Varibael yang masuk dalam regrsi logistik berganda adalah pendidikan, pengetahuan, efek samping obat, kepatuhan, merasa sehat, peran penyuluhan dan pengawas minum obat (PMO). Nilai kemaknaan pada uji regresi logistik multivariat ini adalah 0,05. Jika variabel mempunyai nilai kemaknaan kurang dari 0,05 maka ada pengaruh variabel tersebut terhadap kegagalan konversi BTA. Metode yang digunakan pada regresi logistik berganda ini adalah metode backward.

Hasil pengujian uji regresi logistik berganda dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5. 35 Hasil analisis regresi logistik secara multivariat

Variabel	B	P	OR	CI 95%	
				Bawah	Atas
Pengetahuan kurang	1,890	0,026	6,620	1,249	35,069
Tidak patuh	2,045	0,015	7,730	1,488	40,162
Merasa sehat	1,902	0,010	6,697	1,583	28,322
Tidak ada penyuluhan	1,924	0,013	6,848	1,505	31,154
Tidak diawasi PMO	1,758	0,017	5,800	1,371	24,544
Pengetahuan kurang * Tidak ada peran penyuluhan	2,360	0,014	10,596	1,623	69,163
Pengetahuan kurang * Tidak diawasi	3,184	0,000	24,145	4,096	142,333
Tidak patuh * Merasa sehat	2,696	0,003	14,815	2,502	87,721
Tidak patuh * Tidak ada penyuluhan	1,712	0,045	5,539	1,037	29,583
Konstanta	-5,029	0,000			

Tabel di atas menunjukkan untuk variabel pengetahuan diperoleh hasil adalah sebagai berikut :

- Ada hubungan variabel pengetahuan terhadap kegagalan konversi BTA karena nilai probabilitas hasil perhitungan sebesar 0,026 ($p < 0,05$).
- Nilai OR variabel pengetahuan adalah 6,620, dengan nilai interval kepercayaan pada batas bawah sebesar 1.249 dan batas atas sebesar 35.069. Oleh karena batas bawah interval kepercayaan melewati angka satu maka variabel pengetahuan pada kategori kurang merupakan faktor resiko kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru. Atau dengan kata lain responden yang mempunyai pengetahuan kurang mempunyai resiko sebesar 6.620 kali lebih besar dibandingkan dengan pengetahuan pada kategori baik untuk terjadi kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru akhir pengobatan fase intensif.

Untuk variabel kepatuhan diperoleh hasil adalah sebagai berikut :

- Ada hubungan variabel kepatuhan terhadap kegagalan konversi BTA karena nilai probabilitas hasil perhitungan sebesar 0,015 ($p < 0,05$).
- Nilai OR variabel kepatuhan adalah 7,730, dengan nilai interval kepercayaan pada batas bawah sebesar 1,448 dan batas atas sebesar 40.162. Oleh karena batas bawah interval kepercayaan melewati angka satu maka variabel kepatuhan pada kategori tidak patuh merupakan faktor resiko kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru. Atau dengan kata lain responden yang tidak patuh mempunyai resiko sebesar 7.730 kali lebih besar dibandingkan dengan responden patuh untuk terjadi kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru akhir pengobatan fase intensif.

Untuk variabel merasa sehat diperoleh hasil adalah sebagai berikut :

- Ada hubungan variabel merasa sehat terhadap kegagalan konversi BTA karena nilai probabilitas hasil perhitungan sebesar 0,010 ($p < 0,05$).
- Nilai OR variabel merasa sehat adalah 6,697, dengan nilai interval kepercayaan pada batas bawah sebesar 1,583 dan batas atas sebesar 28,322. Oleh karena batas bawah interval kepercayaan melewati angka satu maka variabel merasa sehat pada kategori merasa sehat merupakan faktor resiko kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru. Atau dengan kata lain responden merasa sehat mempunyai resiko sebesar 6,697 kali lebih besar dibandingkan dengan responden yang merasa tidak sehat untuk terjadi kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru pada akhir pengobatan fase intensif.

Untuk variabel peran penyuluhan diperoleh hasil adalah sebagai berikut :

- Ada hubungan variabel peran penyuluhan terhadap kegagalan konversi BTA karena nilai probabilitas hasil perhitungan sebesar 0,013 ($p < 0,05$).
- Nilai OR variabel peran penyuluhan adalah 6,848 dengan nilai interval kepercayaan pada batas bawah sebesar 1,505 dan batas atas sebesar 31,154. Oleh karena batas bawah interval kepercayaan melewati angka satu maka variabel peran penyuluhan pada kategori tidak ada peran penyuluhan merupakan faktor resiko kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru. Atau dengan kata lain tidak adanya peran penyuluhan mempunyai resiko sebesar 6,848 kali lebih besar dibandingkan dengan ada peran penyuluhan untuk terjadi kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru akhir pengobatan fase intensif.

Untuk variabel pengawas minum obat diperoleh hasil adalah sebagai berikut :

- Ada hubungan variabel pengawas minum obat terhadap kegagalan konversi BTA karena nilai probabilitas hasil perhitungan sebesar 0,017 ($p < 0,05$).
- Nilai OR variabel pengawas minum obat adalah 5,800 dengan nilai interval kepercayaan pada batas bawah sebesar 1,371 dan batas atas sebesar 24,544. Oleh karena batas bawah interval kepercayaan melewati angka satu maka variabel pengawas minum obat pada kategori tidak diawasi merupakan faktor resiko kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru. Atau dengan kata lain penderita yang tidak diawasi PMO mempunyai resiko sebesar 5,800 kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang diawasi terhadap terjadinya kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru akhir pengobatan fase intensif.

Untuk variabel interaksi pengetahuan dengan peran penyuluhan diperoleh hasil adalah sebagai berikut :

- Ada hubungan interaksi variabel pengetahuan kurang dan tidak ada penyuluhan terhadap kegagalan konversi BTA karena nilai probabilitas hasil perhitungan sebesar 0,014 ($p < 0,05$).
- Nilai OR interaksi variabel pengetahuan kurang dengan tidak ada peran penyuluhan adalah 10,596 dengan nilai interval kepercayaan pada batas bawah sebesar 1,623 dan batas atas sebesar 69,163. Oleh karena batas bawah interval kepercayaan melewati angka satu maka variabel interaksi pengetahuan kurang dengan tidak ada peran penyuluhan merupakan faktor resiko kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru. Atau dengan kata lain penderita yang mempunyai pengetahuan kurang dan tidak ada peran penyuluhan mempunyai resiko sebesar 10,596 kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang mempunyai pengetahuan baik dan ada peran penyuluhan terhadap terjadinya kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru akhir pengobatan fase intensif.

Untuk variabel interaksi pengetahuan dengan PMO diperoleh hasil adalah sebagai berikut :

- Ada hubungan interaksi variabel pengetahuan kurang dan tidak diawasi terhadap kegagalan konversi BTA karena nilai probabilitas hasil perhitungan sebesar 0,000 ($p < 0,05$).
- Nilai OR interaksi variabel pengetahuan kurang dengan tidak diawasi PMO adalah 24,145 dengan nilai interval kepercayaan pada batas bawah sebesar 4,096

dan batas atas sebesar 142,333. Oleh karena batas bawah interval kepercayaan melewati angka satu maka variabel interaksi pengetahuan kurang dengan tidak diawasi PMO merupakan faktor resiko kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru. Atau dengan kata lain penderita yang mempunyai pengetahuan kurang dan tidak ada diawasi PMO mempunyai resiko sebesar 24,145 kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang mempunyai pengetahuan baik dan diawasi PMO terhadap terjadinya kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru akhir pengobatan fase intensif.

Untuk variabel interaksi kepatuhan dengan merasa sehat diperoleh hasil adalah sebagai berikut :

- Ada hubungan interaksi variabel kepatuhan kurang dan merasa sehat terhadap kegagalan konversi BTA karena nilai probabilitas hasil perhitungan sebesar 0,003 ($p < 0,05$).
- Nilai OR interaksi variabel kepatuhan pada kategori kurang dengan merasa sehat adalah 14,815 dengan nilai interval kepercayaan pada batas bawah sebesar 2,502 dan batas atas sebesar 87,721. Oleh karena batas bawah interval kepercayaan melewati angka satu maka variabel interaksi kepatuhan pada kategori kurang dengan merasa sehat merupakan faktor resiko kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru. Atau dengan kata lain penderita yang mempunyai kepatuhan kurang dan merasa sehat mempunyai resiko sebesar 14,815 kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang mempunyai kepatuhan baik dan merasa sakit

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

terhadap terjadinya kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru akhir pengobatan fase intensif.

Untuk variabel interaksi kepatuhan dengan peran penyuluhan diperoleh hasil adalah sebagai berikut :

- Ada hubungan interaksi variabel kepatuhan kurang dan tidak ada peran penyuluhan terhadap kegagalan konversi BTA karena nilai probabilitas hasil perhitungan sebesar 0,045 ($p < 0,05$).
- Nilai OR interaksi variabel kepatuhan kurang dengan tidak ada peran penyuluhan adalah 5,539 dengan nilai interval kepercayaan pada batas bawah sebesar 1,037 dan batas atas sebesar 29,583. Oleh karena batas bawah interval kepercayaan melewati angka satu maka variabel interaksi kepatuhan pada kategori kurang dengan tidak ada peran penyuluhan merupakan faktor resiko kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru. Atau dengan kata lain penderita yang mempunyai kepatuhan kurang dan tidak ada peran penyuluhan mempunyai resiko sebesar 5,539 kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang mempunyai kepatuhan baik dan ada peran penyuluhan terhadap terjadinya kegagalan konversi BTA pada penderita TBC paru akhir pengobatan fase intensif.

Sedangkan variabel pendidikan, dan efek samping, interaksi kepatuhan dengan pengetahuan, interaksi merasa sehat dengan pengetahuan, interaksi kepatuhan dengan PMO, interaksi merasa sehat dengan peran penyuluhan, interaksi merasa sehat dengan PMO, interaksi PMO dengan peran penyuluhan tidak berhubungan

dengan kegagalan konversi BTA penderita TBC paru. Tabel selengkapnya yang menunjukkan variabel yang tidak berhubungan dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.36 Hasil uji regresi logistik berganda untuk variabel yang tidak berhubungan

Variabel	Score	P
Pendidikan	6,103	0,107
Pendidikan SD	2,949	0,086
Pendidikan SLTP	0,30	0,084
Pendidikan SLTA	4,889	0,027
Ada efek samping	0,869	0,351
Kepatuhan kurang *pengetahuan kurang	0,001	0,970
Merasa sehat*pengetahuan kurang	0,386	0,535
Kepatuhan kurang*tidak diawasi PMO	1,163	0,281
Merasa sehat * tidak ada peran penyuluhan	0,372	0,542
Merasa sehat * tidak diawsi PMO	1,097	0,295
Tidak diawasi PMO * tidak ada peran penyuluhan	1,296	0,255

Pada tabel diatas dapat dilihat bahwa mulai variabel pendidikan sampai dengan interaksi variabel tidak diawasi PMO dengan tidak ada peran penyuluhan menunjukkan nilai signifikansi diatas dari 0,05 ($p < 0,05$). Dengan demikian variabel – variabel tersebut tidak berhubungan dengan kegagalan konversi.

BAB 6
PEMBAHASAN PENELITIAN

BAB 6

PEMBAHASAN PENELITIAN

6.1 Hubungan faktor pendidikan dengan kegagalan konversi BTA

Tingkat pendidikan formal dari seseorang dapat dikatakan sebagai modal dasar baginya untuk lebih mudah memahami sesuatu yang disampaikan kepadanya. Makin tinggi tingkat pendidikan formal penderita TBC paru diharapkan ia akan lebih mudah menerima dan mengerti tentang apa itu penyakit TBC paru dan segala akibatnya baik melalui penyuluhan maupun media massa, sehingga tidak mengalami gagal konversi.

Berdasarkan hasil pengujian regresi logistik berganda menunjukkan bahwa nilai p = 0,107 (p > 0,05) yang berarti tidak ada hubungan yang antara pendidikan dengan kegagalan konversi. Hal ini berbeda dengan pernyataan Zoebir (1980) bahwa tingkat pendidikan akan mempengaruhi tingkat kegagalan dalam pengobatan, yakni makin rendah tingkat pendidikan pendertia akan menyebabkan kurangnya pengertian penderita terhadap penyakit dan bahayanya, sehingga mempengaruhi kepatuhan penderita untuk berobat. Dengan ketidak patuhan penderita dalam pengobatan maka akan berpengaruh pula terhadap terjadinya gagal konversi pada akhir pengobatan fase intensif.

Ketidak bermaknaan secara statistik ini menunjukkan bahwa meskipun tingkat pendidikan formal responden tergolong tinggi namun jika tidak patuh berobat, maka akan berpengaruh pada terjadinya gagal konversi. Sebaliknya meskipun pendidikan

formal penderita tergolong rendah, namun jika patuh berobat setiap hari selama fase intensif akan menyebabkan tidak gagal konversi.

6.2 Hubungan Pengetahuan dengan kegagalan konversi BTA

Pengetahuan seseorang akan sesuatu adalah sangat penting dan merupakan dasar dari sikap serta tindakannya dalam menolak atau menerima sesuatu hal yang baru. Demikian juga halnya dengan pengetahuan penderita tentang penyakit TBC paru yang harus diterima dan dimengerti oleh penderita.

Berdasarkan hasil uji regresi logistik berganda diperoleh Odds Ratio 6,620 dengan (95% CI : 1,249 - 35,059) dan nilai p : 0,026 (p<0,05). Oleh karena itu dengan kurangnya pengetahuan penderita tentang penyakit TBC paru mempunyai resiko 6,62 kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang mempunyai pengetahuan baik terhadap terjadinya gagal konversi BTA pada penderita TBC paru BTA positif baru akhir pengobatan fase intensif.

Hasil penelitian ini sejalan dengan apa yang sudah dilakukan oleh Nazahar (1997) di Poli Rumah Sakit Persahabatan, yang menyatakan bahwa responden mempunyai pengetahuan kurang maka 2,63 kali lebih sering kurang patuh datang kontrol ulang sesuai anjuran dokter dibandingkan dengan responden yang mempunyai pengetahuan baik, dan hasil uji statistik menunjukkan hubungan yang bermakna ($p < 0.05$). Atau juga penelitian yang dilakukan oleh Senewe (1997) di Kota Admnistratif Depok, bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan berobat.

Meskipun variabel terikat pada masing – masing penelitian tersebut berbeda yaitu kepatuhan kontrol ulang dan kepatuhan berobat namun dapat digaris bawahi bahwa tingkat pengetahuan mempengaruhi perilaku seseorang untuk patuh berobat dan selanjutnya kepatuhan berobat ini akan berakibat dalam keberhasilan konversi BTA penderita TBC paru. Semakin tinggi atau baik tingkat pengetahuan responden tentang gejala atau tanda – tanda penyakit TBC, penyebab penyakit TBC, akibat bila tidak patuh minum obat, dan penyakit TBC dapat disembuhkan jika berobat maka akan memungkinkan mereka melaksanakan pengobatan sesuai dengan petunjuk dokter. Pengetahuan ini tidak selalu diperoleh responden dari bangku sekolah. Namun bisa juga dari pendidikan informal yaitu lewat penyuluhan, brosur di puskesmas, media massa dan informasi lain yang diterimanya dari berbagai sumber. Pengetahuan sendiri nantinya akan membentuk sikap dan selanjutnya sebagai komponen pembentuk perilaku. Jika sudah menjadi suatu perilaku maka pengetahuan yang benar akan melahirkan perilaku yang benar.

6.3 Hubungan Efek Samping Obat dengan Kegagalan Konversi

Keluhan efek samping yang diakibatkan oleh OAT pada umumnya adalah keluhan efek samping yang minor atau ringan. Dari hasil pengujian regresi logistik berganda diperoleh hasil $p = 0{,}351$ ($p > 0{,}05$) berarti tidak ada hubungan yang antara efek samping OAT dengan kegagalan konversi BTA penderita TBC paru akhir pengobatan fase intensif.

Hasil penelitian ini berbeda dengan teori yang dikemukakan oleh Mangunnegoro dan Satyatenggara (1994) bahwa dengan adanya gejala efek samping OAT akan merupakan salah satu penyebab kegagalan dalam pengobatan. Perbedaan ini mungkin disebabkan baik pada kelompok kasus maupun kelompok kontrol yang mengalami gejala efek samping karena minum OAT bukan merupakan gejala efek samping berat (mayor) dan hanya berlangsung sementara, sehingga penderita tidak merasa terganggu dalam menjalani pengobatannya. Dengan demikian sesuai anjuran dari Depkes (1997), apabila terdapat gejala samping yang masih dalam kategori ringan (minor) maka tidak perlu menghentikan pengobatan.

6.4 Hubungan Kepatuhan Berobat dengan Kegagalan Konversi

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden menggunakan kuesioner pada 82 responden diperoleh hasil sebagian besar responden patuh terhadap aturan minum obat yaitu sebanyak 47 orang (57,3 %) dan sisanya 35 orang atau (42,7%) termasuk kategori tidak patuh.

Berdasarkan hasil uji regresi logistik berganda diperoleh Odds Ration 7,730 dengan (95% CI : 1,448 - 40,162) dan nilai p = 0,15 (p > 0,05). Oleh karena itu penderita yang tidak patuh berobat mempunyai resiko 7,730 kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang patuh berobat terhadap terjadinya gagal konversi BTA pada penderita TBC paru BTA positif baru akhir pengobatan fase intensif.

Melihat dari besarnya angka faktor resiko seperti pada tabel 5.25 maka variabel kepatuhan merupakan faktor resiko terbesar yang menyebabkan kegagalan konversi BTA. Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang sudah dilakukan oleh Becker (1977) bahwa ketidakpatuhan berobat mempunyai hubungan yang erat dengan gagalnya informasi yang disampaikan petugas kesehatan.

Kepatuhan berobat pada penelitian ini menyangkut aspek jumlah serta jenis OAT yang diminum, keteraturan waktu minum obat yang harus diminum pada fase intensif. Gagal dan tidaknya konversi BTA sangat ditentukan pengobatan. Sedangkan pengobatan dapat berhasil dipengaruhi oleh kepatuhan. Namun variabel kepatuhan tidak berdiri sendiri melainkan dipengaruhi sakit dan penyakitnya, sistem pelayanan kesehatan dan pengobatannya (Notoatmojo, 1993).

6.5 Hubungan Variabel Merasa Sehat dengan Kegagalan Konversi

Berdasarkan hasil pengumpulan data dari 82 responden, maka sebagian besar jawaban responden menyatakan merasa tidak sehat sebanyak 46 orang (56,1 %) sedangkan responden yang menyatakan merasa sehat sebanyak 36 orang (43,9 %).

Berdasarkan hasil uji regresi logistik berganda diperoleh Odds Ratio 6,397 dengan (95% CI : 1,583 - 28,322) dan nilai p = 0,010 (p> 0,05). Oleh karena itu penderita yang merasa sehat mempunyai resiko 6,697 kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang tidak merasa sehat terhadap terjadinya gagal konversi BTA pada penderita TBC paru BTA positif baru akhir pengobatan fase intensif.

Hasil penelitian ini sependapat dengan pernyataan Toman K (1979) yaitu penderita TBC beranggapan bahwa bila gejala penyakitnya telah hilang dan badan telah merasa enak, ini berarti penyakitnya telah sembuh. Hal ini dapat menyebabkan penderita tidak lagi patuh minum OAT sehingga berakibat terjadinya gagal konversi.

6.6 Hubungan Variabel Peran Peyuluhan dengan Kegagalan Konversi

Penyuluhan kesehatan kepada penderita TBC paru sangat penting artinya untuk menentukan keberhasilan pengobatan dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan peran serta penderita dalam pengobatan sehingga diharapkan mengalami konversi dan sembuh.

Hasil pengujian regresi logistik berganda diperoleh Odds Ratio 6,848 dengan (95 CI : 1,505 - 31,154) dengan nilai p = 1,013 ($p<0,05$). Oleh karena itu penderita yang menyatakan tidak ada peranan penyuluhan kesehatan mempunyai resiko 6,848 lebih besar dibandingkan dengan penderita yang menyatakan ada peranan penyuluhan kesehatan oleh petugas terhadap terjadinya gagal konversi BTA pada penderita TBC paru BTA positif baru akhir pengobatan fase intensif.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Mangunnegoro dan Setyatenggara (1994) yang menyatakan bahwa kegagalan dalam pengobatan disebabkan oleh kurangnya motivasi dokter. Disamping dokter juga peran petugas kesehatan yang lain di puskesmas juga penting. Tidak semua penderita TBC mengetahui akan penyakit TBC secara benar, pengobatan secara benar untuk itulah peran petugas kesehatan sangat diperlukan agar penderita TBC dapat mengerti dan

sekaligus dapat menjalani proses penyembuhan penyakit TBC dengan benar. Melihat hasil tabulasi silang nampak bahwa petugas kesehatan telah melakukan penyuluhan dengan baik dan hasil dari penyuluhan tersebut menyebabkan banyak responden yang berhasil dalam konversi BTA dari positif menjadi negatif.

6.7 Hubungan Variabel Ketersediaan Obat dengan Kegagalan Konversi

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) diberikan kepada penderita TBC paru secara cuma-cuma dan dijamin ketersediannya di pusat pelayanan kesehatan masyarakat (puskesmas), dengan tujuan agar penderita TBC paru tidak putus obat dan diharapkan mencapai angka konversi dahak minimal 80% dan kesembuhan 85% (Depkes RI 2000).

Hasil uji regresi logistik sederhana diperoleh nilai signifikansi p = 0,0810 (p> 0,25), yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara ketersediaan obat dengan kegagalan konversi pada akhir pengobatan fase intensif. Dengan demikian pada penelitian ini kurangnya ketersediaan OAT di puskesmas tidak mempunyai faktor resiko terhadap kegagalan konversi.

Hal tersebut di atas dapat terjadi karena jika penderita atau anggota keluarga ke puskesmas untuk mengambil OAT dan mengalami kekurangan, maka petugas TBC paru puskesmas (juru TBC) berusaha mencarikan OAT, dan paling lambat satu hari penderita TBC sudah mendapat OAT yang cukup, baik jumlah maupun jenisnya, sehingga penderita tetap teratur minum OAT setiap hari, dan tidak sampai pada putus

OAT. Dengan tetap penderita patuh minum obat, maka akan menghasilkan kejadian konversi akhir pengobatan fase intensif.

6.8 Hubungan Variabel Pengawas Minum Obat dengan Kegagalan Konversi

Guna lebih menjamin keteraturan dalam pengobatan maka perlu adanya Pengawas Minum Obat (PMO) secara melekat, baik oleh petugas kesehatan ataupun melibatkan pihak keluarga atau yang lain sesuai dengan kondisi setempat. Hal ini dilakukan agar lebih menjamin lancarnya kesinambungan program pemberantasan TBC paru, sehingga perlu adanya supervisi yang merupakan salah satu komponen DOTS, yaitu pengawasan yang dilakukan disetiap jenjang (Depkes RI, 1997).

Berdasarkan hasil uji regresi logistik berganda diperoleh Odds Ratio 5,800 dengan (95% CI : 1,371 - 24,544) dan nilai p = 0,017 (p < 0,05). Dengan demikian penderita yang tidak diawasi PMO mempunyai resiko 5,800 kali lebih besar dibandingkan penderita yang diawasi PMO terhadap terjadinya gagal konversi BTA pada penderita TBC paru BTA positif baru akhir pengobatan fase intensif.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Marzuki (2000) di kabupaten Aceh Besar dan Oesman (2000) di kabupaten Aceh Utara yaitu responden yang menyatakan tidak ada PMO akan cenderung tidak patuh berobat dibanding dengan responden yang ada PMO dan secara statistik menunjukkan hasil yang sangat bermakna dengan nilai masing-masing 0,2 dan 0,00 (p<0,05).

6.9 Hubungan Interaksi Variabel Pengetahuan dengan Peran penyuluhan terhadap Kegagalan Konversi

Interaksi antar variabel dalam suatu penelitian dapat terjadi karena eratnya kaitan antara variabel-variabel tersebut. Dalam penelitian ini variabel yang berinteraksi adalah pengetahuan dengan peran penyuluhan. Dengan pengetahuan maka responden dapat menjadi tahu, mengerti akan suatu informasi. Sedangkan media untuk mendapatkan pengetahuan tentang penyakit TBC tersebut diperoleh dari penyuluhan yang dilakukan oleh petugas. Jika responden tidak mendapat penyuluhan dan kemudian pengetahuannya sendiri kurang maka akan resiko untuk terjadi kegagalan konversinya adalah 10,596 kali dibandingkan dengan penderita yang mempunyai pengetahuan baik dan mendapatkan penyuluhan. Nilai Odds ratio ini lebih besar dibandingkan dengan nilai Odds ratio untuk variabel pengetahuan atau peran penyuluhan sendiri. Dengan demikian dengan adanya kaitan atau interaksi antara variabel menjadikan faktor resiko semakin besar.

6.10 Hubungan Interaksi Variabel Pengetahuan dengan PMO terhadap Kegagalan Konversi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa antara variabel pengetahuan dengan PMO terdapat interaksi dengan nilai signifikansi sebesar 0,000 ($p < 0,05$). Sedangkan nilai Odds Rationya adalah 24,815 dengan (95% CI : 4,096 - 142,333). Dengan demikian penderita yang tidak diawasi PMO dan yang mempunyai pengetahuan kurag mempunyai resiko 24,815 kali lebih besar dibandingkan penderita yang diawasi PMO dan yang mempunyai pengetahuan baik terhadap terjadinya gagal

konversi BTA pada penderita TBC paru BTA positif baru akhir pengobatan fase intensif.

Pengetahuan yang rendah merupakan faktor resiko terhadap terjadinya kegagalan konversi, namun pengetahuan sendiri akan menjadikan kegagalan konversi semakin besar apabila tidak ada fungsi atau peran sosial yang mendukung. Salah satu peran atau fungsi sosial yang mendukung tersebut adalah pengawas minum obat. Pengawas minum obat dapat dilakukan pihak keluarga dan petugas kesehatan. Dengan adanya pengawas minum obat adanya keterbatasan faktor internal dari pihak penderita seperti faktor pengetahuan dapat diatasi. Dan sebaliknya apabila faktor internal dari penderita yang kurang jika tidak didukung oleh pengawas dari lingkungan sosial akan mengakibatkan semain besarnya resiko terhadap kegagalan konversi.

6.11 Hubungan Interaksi Variabel Kepatuhan dengan Merasa Sehat terhadap Kegagalan Konversi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa antara variabel kepatuhan dengan merasa sehat terdapat interaksi dengan nilai signifikansi sebesar 0,003 ($p < 0,05$). Sedangkan nilai Odds Rationya adalah 14,815 dengan (95% CI : 2,502 - 87,721). Dengan demikian penderita yang tidak patuh dan yang merasa sehat mempunyai resiko 14,815 kali lebih besar dibandingkan penderita yang patuh dan yang merasa sehat terhadap terjadinya gagal konversi BTA pada penderita TBC paru BTA positif baru akhir pengobatan fase intensif.

Kepatuhan penderita dalam minum obat merupakan kunci sebuah keberhasilan pengobatan. Namun kepatuhan akan menghasilkan kegagalan konversi jika penderita sudah merasa sehat. Pada pengobatan TBC yang diperlukan adalah kesadaran penderita bahwa fase pengobatan yang dilalui adalah sebuah fase yang saling berkaitan antara satu dengan yang lainnya. Atau dengan kata lain keberhasilan pengobatan pada fase pertama yang tidak diikuti kepatuhan pengobatan pada fase lanjutan akan mengakibatkan penderita gagal untuk mengkonversi. Faktor yang menyebabkan hal tersebut adalah adanya perasaan sehat dari penderita ketika mereka menjalani pengobatan pada fase intensif.

6.12 Hubungan Interaksi Variabel Kepatuhan dengan Peran penyuluhan terhadap Kegagalan Konversi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa antara variabel kepatuhan dengan peran penyuluhan terdapat interaksi dengan nilai signifikansi sebesar 0,045 ($p < 0,05$). Sedangkan nilai Odds Rationya adalah 5,539 dengan (95% CI : 1,037 - 29,583). Dengan demikian penderita yang tidak patuh dan tidak ada peran penyuluhan mempunyai resiko 5,539 kali lebih besar dibandingkan penderita yang patuh dan yang mendapat penyuluhan terhadap terjadinya gagal konversi BTA pada penderita TBC paru BTA positif baru akhir pengobatan fase intensif.

Banyak faktor yang menyebabkan penderita dari patuh kemudian tidak patuh. Dengan demikian yang diperlukan adalah peran berbagai pihak agar penderita dapat menjalani pengobatannya dengan baik. Untuk itu peran penyuluhan sebagai salah satu

media informasi dan keterlibatan petugas akan keberhasilan pengobatan sangat berperanan. Jika selama ini penyuluhan yang diadakan lebih ditekankan dalam rangka pencapaian program atau keberhasilan program maka selanjutnya diperlukan kesadaran dari penyuluh bahwa dalam melaksanakan penyuluhan juga merupakan kewajiban, tanggung jawab akan kesehatan masyarakat.

6.13 Keterbatasan Penelitian

Secara metodologis penelitian ini adalah penelitian case control. Dalam sebuah penelitian *case control* masih relatif lemah dalam menjawab sebuah hubungan causalitas antara penyakit dan faktor – faktor yang menyebabkan dibandingkan dengan metode cohort. Disamping itu pada antara kelompok kontrol dengan kelompok kasus tidak dilakukan *mathcing* pada karakteristik maupun perlakuaannya. Hal ini disebabkan jumlah penderita TBC paru terbatas dan apabila dilakukan *mathcing* maka akan semakin memperkecil jumlah sampel.

Pada penelitian ini data – data primer dikumpulkan dari penderita saja atau berdasarkan persepsi penderita. Sedangkan keterlibatan petugas penyuluh kesehatan atau pengawas menelan obat (PMO) tidak diamati atau diwawancarai. Sehingga kemungkinan masih terdapat bias atau kesalahan dalam mengungkap peran petugas atau pun peran dari PMO.

BAB 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- Faktor karakteristik penderita yakni variabel pengetahuan, kepatuhan berobat dan merasa sehat ada hubungannya dengan kegagalan konversi BTA, dimana responsen yang mempunyai pengetahuan kurang tentang penyakit TBC mempunyai resiko 6,620 kali lebih besar dibanding penderita yang mempunyai pengetahuan cukup untuk gagal konversi. Penderita yang tidak patuh berobat mempunyai resiko 7,730 kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang patuh berobat untuk terjadi gagal konversi. Penderita yang merasa sehat mempunyai resiko 6,697 kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang tidak merasa sehat untuk terjadi gagal konversi. Sedangkan variabel pendidikan dan efek samping obat tidak ada hubungannnya dengan gagal konversi.
- Faktor peranan petugas yakni variabel penyuluhan kesehatan ada hubungannya dengan kegagalan konversi, dimana penderita TBC paru yang kurang mendapatkan penyuluhan mempunyai resiko 6,648 kali lebih besar dibandingkan dengan penderita yang mendapat penyuluhan cukup untuk terjadi gagal konversi.
- Faktor peranan masyarakat yakni variabel pengawas menelan obat ada hubungannya dengan kegagalan konversi, dimana penderita yang tidak diawasi oleh PMO secara rutin setiap hari mempunyai resiko 5,800 kali lebih besar

dibandingkan dengan penderita yang diawasi rutin setiap hari oleh PMO untuk terjadi gagal konversi.

- Interaksi antar variabel yakni variabel pengetahuan dengan peran penyuluhan, pengetahuan dengan PMO, kepatuhan dengan merasa sehat dan kepatuhan dengan peran panyuluhan mempunyai hubungan dengan kegagalan konversi, dengan nilai Odds Ratio masing –masing sebesar 10,596 ; 24,145 ; 14,815 dan 5,539.

7.2. Saran-saran

Dari hasil pembahasan dan kesimpulan, maka dapat diformulasikan saran-saran sebagai berikut :

- Untuk pengelola program, dalam mengatasi masalah pemahaman penderita tentang penyakit TBC paru yang masih kurang, perlu dilakukan pemberian informasi yang lebih intensif tidak hanya kepada penderita, tetapi dengan melibatkan pengawas menelan obat atau keluarga, sehingga penderita dapat berdiskusi dengan pendampingnya (PMO) bila ada masalah selama pengobatan. Disamping itu dalam pemberian penjelasan kepada penderita dan pendampingnya tidak hanya dilakukan dengan penyuluhan langsung saja, tetapi perlu dilakukan penyuluhan melalui berbagai metode (penyuluhan kelompok atau penyuluhan massa), yang materinya juga terkait dengan pentingnya tetap patuh minum obat jika merasa sehat (sembuh penyakitnya) dan saat mengalami efek samping obat pada pengobatan fase intensif. Untuk itu setiap penderita atau pendampingnya

perlu diberikan *leaflet* atau *booklet* tentang penyakit TBC yang dapat dijadikan pedoman bagi penderita dan pendampingnya, sehingga apa yang pernah disampaikan oleh petugas akan selalu diingatnya, dan apabila lupa dapat membuka *leaflet* atau *booklet* yang pernah diterimanya.

- Untuk Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), agar membantu jajaran kesehatan kota Kendari dalam upaya sosialisasi kegiatan pembarantasan penyakit TBC paru kepada masyarakat melalui berbagai media cetak dan elektronik serta pelatihan pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan kesadaran penderita TBC paru untuk tidak gagal konversi pada akhir bulan kedua pengobatan, sehingga cakupan angka konversi dapat mencapai minimal 80% sesuai target program nasional.
- Untuk para penentu kebijakan, khususnya Pemerintah Daerah (Gubernur, Bupati/Walikota, DPRD Tk I dan DPRD Tk II) agar mempunyai komitmen yang sama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya dalam penanggulangan penyakit TBC paru melalui penyediaan dana (anggaran) yang memadai.
- Untuk peneliti lain, perlu dilakukan suatu penelitian analitik yang lebih lanjut seperti kasus kohor atau studi experimental, dengan menggunakan desain dan instrumen/alat ukur serta obyek penelitian yang lebih akurat atau lebih baik tentang kegagalan konversi penderita TBC paru, pada akhir pengobatan fase intensif.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

1. Azrul Azwar.1988. *Pengantar Epedemiologi.* PT. Bina Rupa Aksara, Jakarta.

2. Bahar.1990.*Tuberkulosis Paru dalam Ilmu Penyakit Dalam.*FKUI, Jakarta.

3. Depkes RI.1995.*Pedoman Penemuan dan Pengobatan Penderita Tuberkulosis Paru.*Ditjen PPM dan PLP Depkes RI. Jakarta.

4. Depkes RI. 1996. *Pedoman Penyakit Tuberkulosis dan Penanggulangannya.* Ditjen PPM dan PLP Depkes RI. Jakarta.

5. Depkes RI. 1997. *Pedoman Penyakit Tuberkulosis dan Penanggulangannya.* Ditjen PPM dan PLP Depkes. Jakarta.

6. Depkes RI. 1999.*Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis.*Ditjen PPM dan PlP Depkes. Jakarta.

7. Depkes RI. 2000. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis.* Depkes RI, Jakarta.

8. Depkes RI. 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis.*Depkes RI. Jakarta.

9. Depkes RI. 1999. *Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis.*Depkes RI. Jakarta.

10. Depkes RI.1998. *Prosedur Tetap Penanggulangan TB Paru Nasional Secara Terpadu.* Jakarta.

11. Dinas Kesehatan Kota Kendari. 2002. *Profil Kesehatan Kota Kendari tahun 2001.*Kendari.

12. Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Tenggara. 2002. *Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Tenggara tahun 2001.* Kendari.

13. Gustanul, 1997, *Faktor Resiko Yang Berperan Terhadap Kejadian Konversi Dahak Setelah Pengobatan Fase Awal dan Putus Berobat (D.O) Pada Penderita Tuberkulosis Paru BTA Positif di Kabupaten Klaten.* Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada.

14. Hans L Rieder, 1999, *Epidemiologi Basic of Tuberculosis Control*, International Union Againts Tuberculosis and Lung Disease 68, Boulevard Saints-Michel, 75006 Paris.

15. Komi Kanai. 1990. *Introduction to Tuberculosis and Mycobacterium.*

16. Moh. Nazir. 1988. *Metode Penelitian.* Jakarta. Graha Indonesia.

17. Muis A.N, 2001. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Untuk Berobat Teratur di Dua Kabupaten Propinsi Jawa Tengah dan Sulawesi Tengah.* Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga.

18. Soedarsono. 2001. *Pelaksanaan Tuberkulosis paru Dalam Strategi DOTS.* Seminar Penatalaksanaan dan Diagnosas Tuberkulosis, Hepatitis di Tropical Disease Center Universitas Airlangga Surabaya.2001.

19. Soekidjo Notoatmodjo.1993. *Metode Penelitian Kesehatan.*PT. Rineka Cipta. Jakarta.

20. Universitas Airlangga. 2000. *Pedoman Penulisan Tesis Magister.* Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya. Surabaya.

21. Wingyohadi. 1986. *Faktor-Faktor Mempengaruhi Drop Out Pengobatan Panduan Obat Jangka Panjang TB Paru di Kabupaten Sidoarjo.* Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga.

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

LAMPIRAN 1
KUESIONER PENELITIAN

Lampiran 1

KUISIONER PENELITIAN

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEGAGALAN KONVERSI (BTA POSITIF) PADA AKHIR PENGOBATAN FASE INTENSIF PENDERITA TUBERKULOSIS PARU BTA POSITIF BARU DI KOTA KENDARI PROPINSI SULAWESI TENGGARA

1. IDENTITAS RESPONDEN

Tanggal Wawancara : ..... Puskesmas : .....

1. No Responden : .....
2. Nama Responden : .....
3. Alamat Responden : .....
4. Umur Responden : .....
5. Jenis Kelamin : .....
6. Hasil pemeriksaan laboratorium akhir bulan kedua ☐ 1. BTA (-)
   ☐ 2. BTA (+)
7. Pendidikan : ☐ 1. Tidak pernah sekolah
   ☐ 2. Tidak Tamat SD
   ☐ 3. Tamat SD
   ☐ 4. Tamat SLTP
   ☐ 5. Tamat SLTA
   ☐ 6. Tamat Akademi/PT
8. Pekerjaan : ☐ 1. Pegawai Negeri/ABRI
   ☐ 2. Pegawai Swasta
   ☐ 3. Petani
   ☐ 4. Pedagang

☐ 5. Buruh

☐ 6. Pelajar/mahasiswa

☐ 7. Pensiun

☐ 8. Tidak bekerja

☐ 9. Lain-lain .....

9. Kepatuhan minum obat (2 bulan pertama)

9.1	Apakah setiap hari responden menelan obat sebanyak 8 butir	☐ 1. Tidak ☐ 2. Ya	, nilai (0) , nilai (1)
9.2	Apakah obat yang diminum setiap hari terdiri dari 4 jenis OAT	☐ 1. Tidak ☐ 2. Ya	, nilai (0) , nilai (1)
9.3	Apakah OAT yang diminum setiap hari sekaligus semuanya (8 butir)	☐ 1. Tidak ☐ 2. Ya	, nilai (0) , nilai (1)
9.4	Selama minum OAT fase intensif apakah responden tidak pernah lupa minum obat	☐ 1. Tidak ☐ 2. Ya	, nilai (0) , nilai (1)

Jumlah nilai : .....

10. Efek Samping Obat

10.1. Apakah selama pengobatan fase intensif responden pernah mengalami efek samping obat ☐ 1. Tidak ☐ 2. Ya

10. 2. Jika responden merasakan adanya efek samping keluhan apa saya yang dirasakan :

1. Rasa tidak enak ☐
2. Mual ☐
3. Lemas ☐
4. Gatal seluruh tubuh ☐
6. Demam ☐

7. Kesemutan ☐

8. Gangguan pendengaran ☐

9. Muntah ☐

10. Bercak-bercak kemerahan ☐

11. Nyeri pada tulang ☐

12. Menggigil ☐

13. Diare ☐

11. Merasa Sehat

11.1. Apakah setelah minum OAT pada saat fase intensif responden merasa sehat (sembuh penyakitnya) ☐ 1. Tidak ☐ 2. Ya

11.2. Kapan responden mulai merasa sehat (sembuh penyakitnya saat pengobatan fase intensif)

1. Minggu ke 1 ☐

2. Minggu ke 2 ☐

3. Minggu ke 3 ☐

4. Minggu ke 4 ☐

5. Minggu ke 5 ☐

6. Minggu ke 6 ☐

7. Minggu ke 7 ☐

8. Minggu ke 8 ☐

12. Peranan Penyuluhan Kesehatan

12.1 Apakah responden mendapat penyuluhan kesehatan dari petugas tentang apa itu ☐ Tidak Nilai (0) ☐ Ya Nilai (1)

	penyakit TBC		
12.2	Apakah responden mendapat penyuluhan kesehatan dari petugas tentang gejala atau tanda-tanda penyakit TBC	☐ Tidak ☐ Ya	Nilai (0) Nilai (1)
12.3	Apakah responden mendapat penyuluhan kesehatan dari petugas tentang penyebab penyakit TBC	☐ Tidak ☐ Ya	Nilai (0) Nilai (1)
12.4	Apakah responden mendapat penyuluhan kesehatan dari petugas tentang cara penularan penyakit TBC	☐ Tidak ☐ Ya	Nilai (0) Nilai (1)
12.5	Apakah responden mendapat penyuluhan kesehatan dari petugas tentang cara pencegahan penyakit TBC	☐ Tidak ☐ Ya	Nilai (0) Nilai (1)
12.6	Apakah responden mendapat penyuluhan kesehatan dari petugas tentang penyakit TBC dapat disembuhkan	☐ Tidak ☐ Ya	Nilai (0) Nilai (1)
12.7	Apakah responden mendapat penyuluhan kesehatan dari petugas tentang lama pengobatan fase intensif	☐ Tidak ☐ Ya	Nilai (0) Nilai (1)
12.8	Apakah responden mendapat penyuluhan kesehatan dari petugas tentang jumlah dan jenis obat yang diminum selama fase intensif	☐ Tidak ☐ Ya	Nilai (0) Nilai (1)
12.9	Apakah responden mendapat penyuluhan kesehatan dari petugas gejala efek samping obat	☐ Ya ☐ Tidak	Nilai (0) Nilai (1)

Jumlah nilai : .....

13. Ketersediaan Obat

13.1. Apakah OAT tersedia cukup baik jumlah dan jenisnya saat responden mengambil obat di puskesmas ☐ 1. Tidak ☐ 2. Ya

13.2. Siapakah yang selalau mengambil OAT di puskesmas

1. Penderita TBC paru sendiri ☐
2. Penderita dengan anggota keluarga ☐
3. Tetangga /orang lain ☐

13.4. Setiap berapa hari sekali mengambil obat TBC paru di puskesmas

1. Setiap hari ☐
2. Setiap 3 hari ☐
3. Setiap 7 hari ☐
4. Setiap 14 hari ☐
5. Setiap bulan ☐
6. Lain – lain .....hari ..... ☐

14. Pengawas Menelan Obat (PMO)

14.1. Apakah rutin setiap hari PMO mengawasi responden minum obat selama fase intensif

☐ 1. Tidak
☐ 2. Ya

14.2. Siapakah yang menjadi PMO pada pengobatan fase insentif

1. Petugas Kesehatan ☐
2. Ayah ☐
3. Ibu ☐
4. Suami ☐
5. Istri ☐
6. Kakak ☐
7. Adik ☐
8. Anak ☐
9. Tokoh Masyarakat ☐
10. Kader Kesehatan ☐

15. Pengetahuan Responden tentang penyakit TBC Paru

15.1.	Penyakit TBC termasuk penyakit yang menular	B	-	S
15.2.	Penyakit TBC disebabkan oleh sejenis kuman penyakit	B	-	S
15.3.	Penderita TBC paru pada saat batuk mengeluarkan kuman penyakit yang dapat menular kepada orang lain	B	-	S
15.4.	Penderita TBC pada saat batuk sebaiknya menutup mulut agar kuman penyakit tidak menulari pada orang lain	B	-	S
15.5.	Kuman yang menjadi penyebab penyakit TBC dapat dimatikan dengan minum OAT secara teratur	B	-	S
15.6.	Penderita TBC dapat sembuh penyakitnya jika minum OAT secara teratur dan cukup jumlahnya.	B	-	S
15.7.	Batuk terus-menerus dan berdahak termasuk tanda-tanda penyakit TBC	B	-	S
15.8.	Dahak bercampur darah juga termasuk tanda-tanda penyakit TBC	B	-	S
15.9.	Sesak napas dan nyeri dada juga termasuk tanda-tanda penyakit TBC	B	-	S
15.10	Orang yang sering berkeringat malam hari tanpa aktivitas kegiatan juga termasuk tanda-tanda penyakit TBC	B	-	S
15.11	Penderita TBC paru BTA positif baru dianjurkan minum OAT selama 6 bulan	B	-	S
15.12	Waktu pengobatan penderita TBC adalah 2 bulan setiap hari minum obat dan 4 bulan 3 kali seminggu minum obat	B	-	S
15.13	Jumlah obat yang diminum penderita TBC pada pengobatan dua bulan pertama adalah 8 butir	B	-	S
15.14	Jumlah jenis obat yang diminum setiap hari oleh penderita TBC pada pengobatan 2 bulan pertama adalah 4 jenis	B	-	S
15.15	Cara minum obat yang dianjurkan kepada penderita TBC pada pengobatan 2 bulan pertama adalah sekaligus dimium	B	-	S
15.16	Pada pengobatan 2 bulan pertama penderita TBC harus minum obat setiap hari selama 60 hari dan tidak boleh lupa	B	-	S
15.17	Penderita TBC yang tidak minum obat teratur menyebabkan penyakitnya tidak bisa disembuhkan sehingga menular kepada anggota keluarga maupun orang lain disekitarnya	B	-	S
15.18	Penderita TBC yang segera minum obat dan patuh maka penyakitnya akan sembuh dan tidak menularkan kepada keluarga dan orang lain	B	-	S
15.19	Terjadinya gangguan penglihatan merupakan salah satu tanda adanya efek samping obat	B	-	S

15.20	Penderita TBC yang mengalami mual dan muntah juga merupakan tanda-tanda adanya efek samping obat	B	-	S
15.21	Timbulnya gatal-gatal pada kulit penderita TBC yang sedang minum OAT juga merupakan tanda adanya efek samping	B	-	S
15.22	Pada akhir pengobatan dua bulan pertama pendeita TBC harus memeriksakan dahaknya di laboratorium puskesmas	B	-	S
15.23	Penderita TBC dikatakan sembuh hanya jika hasil pemeriksaan dahak akhir pengobatan menjadi negatif	B	-	S
15.24	Penderita TBC dikatakan konversi jika hasil pemeriksaan dahak akhir bulan kedua telah menjadi negatif	B	-	S

Jumlah nilai : .....

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

LAMPIRAN 2
SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN DARI DINAS KESEHATAN KOTA KENDARI

ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga

PEMERINTAH KOTA KENDARI
DINAS KESEHATAN
Jln. Drs. H. Abd. Silondae No. 8 Komp. Walikota Kendari Telp. 324456

SURAT KETERANGAN

Nomor : 800.3/404

Yang bertanda tangan di bawah ini , Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari , menerangkan bahwa mahasiswa Magister FETP program pasca sarjana Universitas Airlangga :

Nama : La Djabo Buton , SKM.
NIM : 090110304 . L
Program study : Ilmu Kesehatan Masyarakat .
Asal Instansi : Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Tenggara .
Judul Tesis : Faktor – faktor yang berhubungan dengan kegagalan konversi (BTA +) pada akhir pengobatan fase instensif penderita Tuberkulosis paru BTA+ baru di kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara tahun 2003 .

Benar telah melaksanakan penelitian tesis sesuai judul tersebut di wilayah kerja semua puskesmas di kota kendari , dari tanggal 16 Mei s/d 7 Juni 2003 .

Demikian surat keterangan ini diberikan pada yang bersangkutan untuk digunakan sebagaimana perlunya .

Kendari , 7 Juni 2003
An. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kendari
Ka. Sub. Din. P2P & BLS

PEMERINTAH KOTA KENDARI
DINAS KESEHATAN

(MARSIDIN L, BSc. SE)
NIP : 140 057 082

LAMPIRAN 3
PRINT OUT PENGOLAHAN DATA STATISTIK DENGAN PROGRAM SPPS.10.00

DATA TABULASI HASIL PENELITIAN
PADA KELOMPOK KONTROL

No.	Pddk	Tahu	Patuh	Merasa sehat	Efek samping obat	Peran penyuluhan	Ketersediaan obat	PMO
1	2	2	1	2	1	1	2	2
2	2	1	2	2	2	2	1	2
3	2	2	2	2	2	2	2	2
4	4	1	2	1	2	2	2	1
5	5	2	2	1	2	2	2	2
6	2	2	1	2	1	2	2	2
7	4	2	2	2	1	2	2	2
8	5	1	2	2	2	2	2	2
9	4	1	2	1	2	2	2	2
10	3	2	1	1	1	2	2	1
11	4	1	2	2	2	2	2	2
12	3	2	1	1	2	1	2	2
13	4	1	2	1	2	2	2	2
14	4	1	2	2	1	2	2	2
15	5	2	2	2	2	2	2	2
16	4	2	1	2	2	2	2	2
17	5	2	2	2	2	2	2	2
18	5	2	1	2	2	2	2	2
19	4	1	2	1	1	2	2	2
20	5	2	2	2	2	2	1	2
21	4	2	2	2	2	2	2	2
22	5	2	2	2	2	2	2	2
23	4	2	1	2	1	1	2	1
24	5	1	2	2	2	2	2	2
25	5	2	2	2	1	2	2	1
26	4	1	1	2	2	2	2	2
27	5	2	2	2	2	2	2	2
28	5	1	2	1	2	2	2	2
29	3	2	2	2	1	1	2	2
30	4	1	2	2	2	1	2	2
31	5	1	2	2	2	2	2	2
32	4	2	2	2	2	2	2	2
33	5	1	2	2	2	2	2	2
34	4	2	2	1	1	1	2	1
35	4	2	2	2	1	2	2	2
36	4	1	2	2	2	2	1	2
37	5	2	1	2	1	2	2	2
38	5	2	1	2	2	2	2	2
39	4	1	2	2	2	2	2	2
40	5	1	2	2	2	2	2	2
41	4	2	1	2	1	1	2	2
42	4	1	1	2	2	2	2	2
43	5	1	2	2	1	2	2	1
44	3	2	2	2	2	2	1	2
45	4	1	2	2	2	2	2	1
46	5	1	2	1	2	2	2	2
47	4	2	2	1	1	2	2	1
48	5	1	2	2	1	2	2	2
49	3	1	2	2	1	1	2	2
50	3	1	1	1	2	1	2	2
51	2	2	2	1	2	2	2	2

DATA TABULASI HASIL PENELITIAN
PADA KELOMPOK KASUS

No.	Pddk	Tahu	Patuh	Merasa sehat	Efek samping obat	Peran penyuluhan	Ketersediaan obat	PMO
1	2	2	1	1	2	2	2	1
2	6	1	2	2	1	1	2	2
3	3	2	2	1	1	2	2	2
4	3	1	2	1	2	1	2	2
5	5	1	2	2	2	2	2	1
6	6	1	1	1	1	1	2	2
7	3	1	1	1	2	2	2	1
8	4	1	1	2	1	1	2	2
9	4	1	1	1	1	2	2	1
10	2	2	1	1	1	1	2	2
11	2	1	1	1	1	1	2	1
12	3	1	1	2	2	1	2	1
13	5	1	1	1	1	1	2	1
14	3	1	1	1	2	1	2	1
15	5	1	2	1	1	2	1	1
16	2	1	1	2	2	1	2	2
17	5	1	1	1	1	1	2	1
18	4	1	2	1	1	1	2	1
19	4	1	1	2	1	1	2	1
20	4	1	2	1	1	2	2	1
21	3	2	1	1	2	1	2	1
22	3	1	2	1	1	1	2	1
23	3	1	1	1	1	1	2	1
24	2	2	1	2	2	1	1	2
25	3	1	1	1	2	1	2	1
26	3	2	1	1	1	2	2	2
27	5	1	2	1	1	2	2	1
28	2	2	1	1	2	1	2	2
29	3	2	1	1	2	1	2	1
30	4	1	1	1	1	2	2	2
31	3	2	1	2	2	1	2	1

Keterangan :

Pendidikan
1 Tidak pernah sekolah
2 Tidak tamat SD
3 Tamat SD
4 Tamat SLTP
5 Tamat SLTA
6 Tamat Akademi/PT

Pengetahuan
1. Kurang
2. Baik

Kepatuhan
1. Tidak patuh
2. Patuh

Merasa Sehat
1. Merasa sehat
2. Merasa tidak sehat

Efek Samping Obat
1. Ada efek samping obat
2. Tidak ada efek samping obat

Peran Penyuluhan
1. Tidak ada penyuluhan
2. Ada penyuluhan

Ketersediaan Obat
1. Kurang
2. Cukup

PMO
1. Tidak diawasi PMO
2. Diawasi PMO

Frequencies

Frequency Table

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16 - 24 tahun	21	25.6	25.6	25.6
	25 - 33 tahun	21	25.6	25.6	51.2
	34 - 46 tahun	21	25.6	25.6	76.8
	46 - 70 tahun	19	23.2	23.2	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak tamat SD	11	13.4	13.4	13.4
	tamat SD	18	22.0	22.0	35.4
	tamat SLTP	27	32.9	32.9	68.3
	tamat SLTA	24	29.3	29.3	97.6
	tamat Akademi/PT	2	2.4	2.4	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	46	56.1	56.1	56.1
	baik	36	43.9	43.9	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Efek samping obat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ada	35	42.7	42.7	42.7
	tidak	47	57.3	57.3	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Kepatuhan berobat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak patuh	35	42.7	42.7	42.7
	patuh	47	57.3	57.3	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Merasa sehat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	merasa sehat	36	43.9	43.9	43.9
	merasa tidak sehat	46	56.1	56.1	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Peran penyuluhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	30	36.6	36.6	36.6
	ada	52	63.4	63.4	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Ketersediaan obat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	6	7.3	7.3	7.3
	cukup	76	92.7	92.7	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

PMO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak diawasi	28	34.1	34.1	34.1
	awasi	54	65.9	65.9	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Kegagalan konversi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak gagal konversi	51	62.2	62.2	62.2
	Gagal konversi	31	37.8	37.8	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

Crosstabs

Pendidikan * Kegagalan konversi

Crosstab

			Kegagalan konversi		
			Gagal konversi	Tidak gagal konversi	Total
Pendidikan	tidak tamat SD	Count	6	5	11
		Expected Count	4.2	6.8	11.0
		% within Pendidikan	54.5%	45.5%	100.0%
	tamat SD	Count	12	6	18
		Expected Count	6.8	11.2	18.0
		% within Pendidikan	66.7%	33.3%	100.0%
	tamat SLTP	Count	6	21	27
		Expected Count	10.2	16.8	27.0
		% within Pendidikan	22.2%	77.8%	100.0%
	tamat SLTA	Count	7	19	26
		Expected Count	9.8	16.2	26.0
		% within Pendidikan	26.9%	73.1%	100.0%
Total		Count	31	51	82
		Expected Count	31.0	51.0	82.0
		% within Pendidikan	37.8%	62.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.786[a]	3	.008
Likelihood Ratio	11.782	3	.008
Linear-by-Linear Association	6.726	1	.010
N of Valid Cases	82		

a. 1 cells (12.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.16.

Pengetahuan * Kegagalan konversi

Crosstab

			Kegagalan konversi		
			Gagal konversi	Tidak gagal konversi	Total
Pengetahuan	kurang	Count	22	24	46
		Expected Count	17.4	28.6	46.0
		% within Pengetahuan	47.8%	52.2%	100.0%
	baik	Count	9	27	36
		Expected Count	13.6	22.4	36.0
		% within Pengetahuan	25.0%	75.0%	100.0%
Total		Count	31	51	82
		Expected Count	31.0	51.0	82.0
		% within Pengetahuan	37.8%	62.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.475[b]	1	.034		
Continuity Correction[a]	3.557	1	.059		
Likelihood Ratio	4.578	1	.032		
Fisher's Exact Test				.041	.029
Linear-by-Linear Association	4.421	1	.036		
N of Valid Cases	82				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.61.

Efek samping obat * Kegagalan konversi

Crosstab

			Kegagalan konversi		
			Gagal konversi	Tidak gagal konversi	Total
Efek samping obat	ada	Count	18	17	35
		Expected Count	13.2	21.8	35.0
		% within Efek samping obat	51.4%	48.6%	100.0%
	tidak	Count	13	34	47
		Expected Count	17.8	29.2	47.0
		% within Efek samping obat	27.7%	72.3%	100.0%
Total		Count	31	51	82
		Expected Count	31.0	51.0	82.0
		% within Efek samping obat	37.8%	62.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.820[b]	1	.028		
Continuity Correction[a]	3.862	1	.049		
Likelihood Ratio	4.824	1	.028		
Fisher's Exact Test				.039	.025
Linear-by-Linear Association	4.761	1	.029		
N of Valid Cases	82				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.23.

Kepatuhan berobat * Kegagalan konversi

Crosstab

			Kegagalan konversi		
			Gagal konversi	Tidak gagal konversi	Total
Kepatuhan berobat	tidak patuh	Count	22	13	35
		Expected Count	13.2	21.8	35.0
		% within Kepatuhan berobat	62.9%	37.1%	100.0%
	patuh	Count	9	38	47
		Expected Count	17.8	29.2	47.0
		% within Kepatuhan berobat	19.1%	80.9%	100.0%
Total		Count	31	51	82
		Expected Count	31.0	51.0	82.0
		% within Kepatuhan berobat	37.8%	62.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16.299[b]	1	.000		
Continuity Correction[a]	14.494	1	.000		
Likelihood Ratio	16.661	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	16.101	1	.000		
N of Valid Cases	82				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.23.

Merasa sehat * Kegagalan konversi

Crosstab

			Kegagalan konversi		Total
			Gagal konversi	Tidak gagal konversi	
Merasa sehat	merasa sehat	Count	23	13	36
		Expected Count	13.6	22.4	36.0
		% within Merasa sehat	63.9%	36.1%	100.0%
	merasa tidak sehat	Count	8	38	46
		Expected Count	17.4	28.6	46.0
		% within Merasa sehat	17.4%	82.6%	100.0%
Total		Count	31	51	82
		Expected Count	31.0	51.0	82.0
		% within Merasa sehat	37.8%	62.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	18.570[b]	1	.000		
Continuity Correction[a]	16.645	1	.000		
Likelihood Ratio	19.149	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	18.343	1	.000		
N of Valid Cases	82				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.61.

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Peran penyuluhan * Kegagalan konversi

Crosstab

			Kegagalan konversi		
			Gagal konversi	Tidak gagal konversi	Total
Peran penyuluhan	tidak	Count	21	9	30
		Expected Count	11.3	18.7	30.0
		% within Peran penyuluhan	70.0%	30.0%	100.0%
	ada	Count	10	42	52
		Expected Count	19.7	32.3	52.0
		% within Peran penyuluhan	19.2%	80.8%	100.0%
Total		Count	31	51	82
		Expected Count	31.0	51.0	82.0
		% within Peran penyuluhan	37.8%	62.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	20.855[b]	1	.000		
Continuity Correction[a]	18.752	1	.000		
Likelihood Ratio	21.183	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	20.601	1	.000		
N of Valid Cases	82				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.34.

Ketersediaan obat * Kegagalan konversi

Crosstab

			Kegagalan konversi		
			Gagal konversi	Tidak gagal konversi	Total
Ketersediaan obat	kurang	Count	2	4	6
		Expected Count	2.3	3.7	6.0
		% within Ketersediaan obat	33.3%	66.7%	100.0%
	cukup	Count	29	47	76
		Expected Count	28.7	47.3	76.0
		% within Ketersediaan obat	38.2%	61.8%	100.0%
Total		Count	31	51	82
		Expected Count	31.0	51.0	82.0
		% within Ketersediaan obat	37.8%	62.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.055[b]	1	.814		
Continuity Correction[a]	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.056	1	.813		
Fisher's Exact Test				1.000	.591
Linear-by-Linear Association	.054	1	.816		
N of Valid Cases	82				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.27.

PMO * Kegagalan konversi

Crosstab

			Kegagalan konversi		
			Gagal konversi	Tidak gagal konversi	Total
PMO	tidak diawasi	Count	20	8	28
		Expected Count	10.6	17.4	28.0
		% within PMO	71.4%	28.6%	100.0%
	awasi	Count	11	43	54
		Expected Count	20.4	33.6	54.0
		% within PMO	20.4%	79.6%	100.0%
Total		Count	31	51	82
		Expected Count	31.0	51.0	82.0
		% within PMO	37.8%	62.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	20.444[b]	1	.000		
Continuity Correction[a]	18.330	1	.000		
Likelihood Ratio	20.652	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	20.195	1	.000		
N of Valid Cases	82				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.59.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases[a]		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	82	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak gagal konversi	0
Gagal konversi	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding (1)	(2)	(3)
Pendidikan	tidak tamat SD	11	1.000	.000	.000
	tamat SD	18	.000	1.000	.000
	tamat SLTP	27	.000	.000	1.000
	tamat SLTA	26	.000	.000	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table[a,b]

	Observed		Predicted: Kegagalan konversi		Percentage Correct
			Tidak gagal konversi	Gagal konversi	
Step 0	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.498	.228	4.778	1	.029	.608

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	DIDIK	11.786	3	.008
		DIDIK(1)	1.514	1	.219
		DIDIK(2)	8.170	1	.004
		DIDIK(3)	4.157	1	.041
	Overall Statistics		11.786	3	.008

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	11.782	3	.008
	Block	11.782	3	.008
	Model	11.782	3	.008

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	96.966	.134	.182

Classification Table[a]

			Predicted		
			Kegagalan konversi		
	Observed		Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 1	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	40	11	78.4
		Gagal konversi	13	18	58.1
	Overall Percentage				70.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	DIDIK			10.860	3	.013	
	DIDIK(1)	1.181	.750	2.480	1	.115	3.257
	DIDIK(2)	1.692	.667	6.424	1	.011	5.429
	DIDIK(3)	-.254	.640	.158	1	.691	.776
	Constant	-.999	.442	5.100	1	.024	.368

Variables in the Equation

		95.0% C.I.for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1[a]	DIDIK		
	DIDIK(1)	.749	14.159
	DIDIK(2)	1.467	20.083
	DIDIK(3)	.221	2.719
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: DIDIK.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases[a]		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	82	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak gagal konversi	0
Gagal konversi	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
Pengetahuan	kurang	46	1.000
	baik	36	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table[a,b]

Observed			Predicted		
			Kegagalan konversi		
			Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 0	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.498	.228	4.778	1	.029	.608

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	TAHU(1)	4.475	1	.034
	Overall Statistics		4.475	1	.034

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	4.578	1	.032
	Block	4.578	1	.032
	Model	4.578	1	.032

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	104.171	.054	.074

Classification Table[a]

			Predicted		
			Kegagalan konversi		
	Observed		Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 1	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	TAHU(1)	1.012	.485	4.350	1	.037	2.750
	Constant	-1.099	.385	8.147	1	.004	.333

Variables In the Equation

		95.0% C.I.for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1[a]	TAHU(1)	1.063	7.115
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: TAHU.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases[a]		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	82	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak gagal konversi	0
Gagal konversi	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
Efek samping obat	ada	35	1.000
	tidak	47	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table[a,b]

Observed			Predicted		
			Kegagalan konversi		
			Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 0	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.498	.228	4.778	1	.029	.608

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	EFEK_SMP(1)	4.820	1	.028
	Overall Statistics		4.820	1	.028

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	4.824	1	.028
	Block	4.824	1	.028
	Model	4.824	1	.028

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	103.924	.057	.078

Classification Table[a]

			Predicted		
			Kegagalan konversi		
	Observed		Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 1	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	34	17	66.7
		Gagal konversi	13	18	58.1
	Overall Percentage				63.4

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	EFEK_SMP(1)	1.019	.470	4.701	1	.030	2.769
	Constant	-.961	.326	8.692	1	.003	.382

Variables in the Equation

		95.0% C.I.for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1[a]	EFEK_SMP(1)	1.103	6.954
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: EFEK_SMP.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases[a]		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	82	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak gagal konversi	0
Gagal konversi	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
Kepatuhan berobat	tidak patuh	35	1.000
	patuh	47	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table[a,b]

Observed			Predicted		
			Kegagalan konversi		
			Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 0	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.498	.228	4.778	1	.029	.608

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	PATUH(1)	16.299	1	.000
	Overall Statistics		16.299	1	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	16.661	1	.000
	Block	16.661	1	.000
	Model	16.661	1	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	92.087	.184	.250

Classification Table[a]

			Predicted		
			Kegagalan konversi		
	Observed		Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 1	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	38	13	74.5
		Gagal konversi	9	22	71.0
	Overall Percentage				73.2

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	PATUH(1)	1.966	.510	14.884	1	.000	7.145
	Constant	-1.440	.371	15.096	1	.000	.237

Variables in the Equation

		95.0% C.I.for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1[a]	PATUH(1)	2.631	19.403
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: PATUH.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases[a]		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	82	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak gagal konversi	0
Gagal konversi	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
Merasa sehat	merasa sehat	36	1.000
	merasa tidak sehat	46	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table[a,b]

Observed			Predicted		
			Kegagalan konversi		
			Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 0	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.498	.228	4.778	1	.029	.608

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	MR_SEHAT(1)	18.569	1	.000
	Overall Statistics		18.569	1	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	19.149	1	.000
	Block	19.149	1	.000
	Model	19.149	1	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	89.599	.208	.284

Classification Table[a]

			Predicted		
			Kegagalan konversi		
	Observed		Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 1	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	38	13	74.5
		Gagal konversi	8	23	74.2
	Overall Percentage				74.4

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	MR_SEHAT(1)	2.129	.521	16.676	1	.000	8.403
	Constant	-1.558	.389	16.044	1	.000	.211

Variables in the Equation

		95.0% C.I.for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1[a]	MR_SEHAT(1)	3.025	23.341
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: MR_SEHAT.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases[a]		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	82	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak gagal konversi	0
Gagal konversi	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
Peran penyuluhan	tidak	30	1.000
	ada	52	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table[a,b]

Observed			Predicted		
			Kegagalan konversi		
			Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 0	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.498	.228	4.778	1	.029	.608

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	PRN_PLH(1)	20.854	1	.000
	Overall Statistics		20.854	1	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	21.183	1	.000
	Block	21.183	1	.000
	Model	21.183	1	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	87.565	.228	.310

Classification Table[a]

			Predicted		
			Kegagalan konversi		
	Observed		Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 1	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	42	9	82.4
		Gagal konversi	10	21	67.7
	Overall Percentage				76.8

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	PRN_PLH(1)	2.282	.532	18.437	1	.000	9.800
	Constant	-1.435	.352	16.634	1	.000	.238

Variables in the Equation

		95.0% C.I.for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1[a]	PRN_PLH(1)	3.457	27.775
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: PRN_PLH.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases[a]		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	82	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak gagal konversi	0
Gagal konversi	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
Ketersediaan obat	kurang	6	1.000
	cukup	76	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table[a,b]

Observed			Predicted		
			Kegagalan konversi		
			Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 0	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.498	.228	4.778	1	.029	.608

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	SEDIA_OB(1)	.055	1	.814
	Overall Statistics		.055	1	.814

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.056	1	.813
	Block	.056	1	.813
	Model	.056	1	.813

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	108.693	.001	.001

Classification Table[a]

			Predicted		
			Kegagalan konversi		
	Observed		Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 1	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	SEDIA_OB(1)	-.210	.898	.055	1	.815	.810
	Constant	-.483	.236	4.181	1	.041	.617

Variables in the Equation

		95.0% C.I.for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1[a]	SEDIA_OB(1)	.140	4.707
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: SEDIA_OB.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases[a]		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	82	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak gagal konversi	0
Gagal konversi	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
PMO	tidak diawasi	28	1.000
	awasi	54	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table[a,b]

Observed			Predicted		
			Kegagalan konversi		
			Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 0	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.498	.228	4.778	1	.029	.608

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	PMO(1)	20.444	1	.000
	Overall Statistics		20.444	1	.000

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	20.652	1	.000
	Block	20.652	1	.000
	Model	20.652	1	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Sneil R Square	Nagelkerke R Square
1	88.096	.223	.303

Classification Table[a]

			Predicted		
			Kegagalan konversi		
	Observed		Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 1	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	43	8	84.3
		Gagal konversi	11	20	64.5
	Overall Percentage				76.8

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	PMO(1)	2.280	.538	17.971	1	.000	9.773
	Constant	-1.363	.338	16.280	1	.000	.256

Variables in the Equation

		95.0% C.I.for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1[a]	PMO(1)	3.406	28.037
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: PMO.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases[a]		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	82	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak gagal konversi	0
Gagal konversi	1

Categorical Variables Codings

			Parameter coding		
		Frequency	(1)	(2)	(3)
Pendidikan	tidak tamat SD	11	1.000	.000	.000
	tamat SD	18	.000	1.000	.000
	tamat SLTP	27	.000	.000	1.000
	tamat SLTA	26	.000	.000	.000
Pengetahuan	kurang	46	1.000		
	baik	36	.000		
Efek samping obat	ada	35	1.000		
	tidak	47	.000		
PMO	tidak diawasi	28	1.000		
	awasi	54	.000		
Merasa sehat	merasa sehat	36	1.000		
	merasa tidak sehat	46	.000		
Peran penyuluhan	tidak	30	1.000		
	ada	52	.000		
Kepatuhan berobat	tidak patuh	35	1.000		
	patuh	47	.000		

Block 0: Beginning Block

Classification Table[a,b]

Observed			Predicted		
			Kegagalan konversi		
			Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 0	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.498	.228	4.778	1	.029	.608

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	DIDIK	11.786	3	.008
		DIDIK(1)	1.514	1	.219
		DIDIK(2)	8.170	1	.004
		DIDIK(3)	4.157	1	.041
		TAHU(1)	4.475	1	.034
		EFEK_SMP(1)	4.820	1	.028
		PATUH(1)	16.299	1	.000
		MR_SEHAT(1)	18.569	1	.000
		PRN_PLH(1)	20.854	1	.000
		PMO(1)	20.444	1	.000
	Overall Statistics		46.488	9	.000

Block 1: Method = Backward Stepwise (Wald)

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	63.883	9	.000
	Block	63.883	9	.000
	Model	63.883	9	.000
Step 2[a]	Step	-2.459	1	.117
	Block	61.424	8	.000
	Model	61.424	8	.000
Step 3[a]	Step	-6.511	3	.089
	Block	54.913	5	.000
	Model	54.913	5	.000

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	44.866	.541	.737
2	47.325	.527	.718
3	53.836	.488	.665

Classification Table[a]

			Predicted		
			Kegagalan konversi		
	Observed		Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 1	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	47	4	92.2
		Gagal konversi	5	26	83.9
	Overall Percentage				89.0
Step 2	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	48	3	94.1
		Gagal konversi	8	23	74.2
	Overall Percentage				86.6
Step 3	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	45	6	88.2
		Gagal konversi	5	26	83.9
	Overall Percentage				86.6

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	DIDIK			6.309	3	.098	
	DIDIK(1)	1.607	1.530	1.102	1	.294	4.987
	DIDIK(2)	.041	1.409	.001	1	.977	1.041
	DIDIK(3)	-1.882	1.210	2.420	1	.120	.152
	TAHU(1)	2.884	1.067	7.303	1	.007	17.894
	EFEK_SMP(1)	1.270	.837	2.301	1	.129	3.562
	PATUH(1)	2.097	1.008	4.323	1	.038	8.141
	MR_SEHAT(1)	2.120	.889	5.686	1	.017	8.327
	PRN_PLH(1)	1.838	.916	4.026	1	.045	6.286
	PMO(1)	2.212	.864	6.549	1	.010	9.134
	Constant	-6.178	1.609	14.748	1	.000	.002
Step 2[a]	DIDIK			5.436	3	.143	
	DIDIK(1)	1.243	1.456	.729	1	.393	3.466
	DIDIK(2)	-.220	1.378	.026	1	.873	.802
	DIDIK(3)	-1.647	1.078	2.334	1	.127	.193
	TAHU(1)	2.686	1.071	6.295	1	.012	14.678
	PATUH(1)	2.157	.993	4.713	1	.030	8.642
	MR_SEHAT(1)	2.029	.831	5.954	1	.015	7.606
	PRN_PLH(1)	1.928	.903	4.557	1	.033	6.874
	PMO(1)	2.275	.837	7.394	1	.007	9.730
	Constant	-5.387	1.427	14.240	1	.000	.005
Step 3[a]	TAHU(1)	1.890	.851	4.936	1	.026	6.620
	PATUH(1)	2.045	.841	5.917	1	.015	7.730
	MR_SEHAT(1)	1.902	.736	6.680	1	.010	6.697
	PRN_PLH(1)	1.924	.773	6.196	1	.013	6.848
	PMO(1)	1.758	.736	5.704	1	.017	5.800
	Constant	-5.029	1.174	18.348	1	.000	.007

Variables in the Equation

		95.0% C.I.for EXP(B)	
		Lower	Upper
Step 1[a]	DIDIK		
	DIDIK(1)	.248	100.126
	DIDIK(2)	.066	16.469
	DIDIK(3)	.014	1.631
	TAHU(1)	2.209	144.960
	EFEK_SMP(1)	.690	18.390
	PATUH(1)	1.128	58.755
	MR_SEHAT(1)	1.458	47.550
	PRN_PLH(1)	1.044	37.862
	PMO(1)	1.679	49.704
	Constant		
Step 2[a]	DIDIK		
	DIDIK(1)	.200	60.161
	DIDIK(2)	.054	11.940
	DIDIK(3)	.023	1.593
	TAHU(1)	1.800	119.690
	PATUH(1)	1.233	60.566
	MR_SEHAT(1)	1.491	38.806
	PRN_PLH(1)	1.171	40.348
	PMO(1)	1.888	50.158
	Constant		
Step 3[a]	TAHU(1)	1.249	35.069
	PATUH(1)	1.488	40.162
	MR_SEHAT(1)	1.583	28.322
	PRN_PLH(1)	1.505	31.154
	PMO(1)	1.371	24.544
	Constant		

a. Variable(s) entered on step 1: DIDIK, TAHU, EFEK_SMP, PATUH, MR_SEHAT, PRN_PLH, PMO.

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 2[a]	Variables	EFEK_SMP(1)	2.453	1	.117
	Overall Statistics		2.453	1	.117
Step 3[b]	Variables	DIDIK	6.103	3	.107
		DIDIK(1)	2.949	1	.086
		DIDIK(2)	.030	1	.864
		DIDIK(3)	4.889	1	.027
		EFEK_SMP(1)	.869	1	.351
	Overall Statistics		8.228	4	.084

a. Variable(s) removed on step 2: EFEK_SMP.

b. Variable(s) removed on step 3: DIDIK.

LAMPIRAN 4
PRINT OUT PENGOLAHAN STATISTIK DENGAN UJI t

T-Test

Group Statistics

	Kegagalan konversi	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Skor pengetahuan	Tidak gagal konversi	51	13.73	4.09	.57
	Gagal konversi	31	10.58	3.43	.62

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Skor pengetahuan	Equal variances assumed	1.662	.201
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Skor pengetahuan	Equal variances assumed	3.578	80	.001	3.14
	Equal variances not assumed	3.735	72.006	.000	3.14

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
Skor pengetahuan	Equal variances assumed	.88	1.40	4.89
	Equal variances not assumed	.84	1.47	4.82

LAMPIRAN 5
PRINT OUT PENGOLAHAN DATA STATISTIK DENGAN PROGRAM SPPS.10.00 UNTUK INTERAKSI ANTAR VARIABEL

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases[a]		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	82	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	82	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		82	100.0

a. If weignt is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak gagal konversi	0
Gagal konversi	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
PMO	tidak diawasi	28	1.000
	awasi	54	.000
Pengetahuan	kurang	46	1.000
	baik	36	.000
Merasa sehat	merasa sehat	36	1.000
	merasa tidak sehat	46	.000
Peran penyuluhan	tidak	30	1.000
	ada	52	.000
Kepatuhan berobat	tidak patuh	35	1.000
	patuh	47	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table[a,b]

			Predicted		
			Kegagalan konversi		
	Observed		Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 0	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	51	0	100.0
		Gagal konversi	31	0	.0
	Overall Percentage				62.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	-.498	.228	4.778	1	.029	.608

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	PATUH(1) by TAHU(1)	18.101	1	.000
		MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	13.713	1	.000
		PRN_PLH(1) by TAHU(1)	20.331	1	.000
		PMO(1) by TAHU(1)	22.649	1	.000
		MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	22.649	1	.000
		PATUH(1) by PRN_PLH(1)	19.919	1	.000
		PATUH(1) by PMO(1)	20.879	1	.000
		MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	18.101	1	.000
		MR_SEHAT(1) by PMO(1)	20.029	1	.000
		PMO(1) by PRN_PLH(1)	18.641	1	.000
	Overall Statistics		44.421	10	.000

Block 1: Method = Backward Stepwise (Wald)

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	58.672	10	.000
	Block	58.672	10	.000
	Model	58.672	10	.000
Step 2[a]	Step	-.146	1	.703
	Block	58.527	9	.000
	Model	58.527	9	.000
Step 3[a]	Step	-.129	1	.719
	Block	58.397	8	.000
	Model	58.397	8	.000
Step 4[a]	Step	-.226	1	.635
	Block	58.172	7	.000
	Model	58.172	7	.000
Step 5[a]	Step	-.596	1	.440
	Block	57.576	6	.000
	Model	57.576	6	.000
Step 6[a]	Step	-.789	1	.374
	Block	56.787	5	.000
	Model	56.787	5	.000
Step 7[a]	Step	-1.326	1	.249
	Block	55.461	4	.000
	Model	55.461	4	.000

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	50.076	.511	.696
2	50.222	.510	.695
3	50.351	.509	.694
4	50.577	.508	.692
5	51.172	.504	.687
6	51.961	.500	.680
7	53.288	.492	.669

Classification Table[a]

	Observed		Predicted		
			Kegagalan konversi		
			Tidak gagal konversi	Gagal konversi	Percentage Correct
Step 1	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	46	5	90.2
		Gagal konversi	5	26	83.9
	Overall Percentage				87.8
Step 2	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	46	5	90.2
		Gagal konversi	5	26	83.9
	Overall Percentage				87.8
Step 3	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	46	5	90.2
		Gagal konversi	6	25	80.6
	Overall Percentage				86.6
Step 4	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	46	5	90.2
		Gagal konversi	5	26	83.9
	Overall Percentage				87.8
Step 5	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	44	7	86.3
		Gagal konversi	4	27	87.1
	Overall Percentage				86.6
Step 6	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	46	5	90.2
		Gagal konversi	8	23	74.2
	Overall Percentage				84.1
Step 7	Kegagalan konversi	Tidak gagal konversi	46	5	90.2
		Gagal konversi	8	23	74.2
	Overall Percentage				84.1

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 1[a]	PATUH(1) by TAHU(1)	-.694	1.605	.187	1	.666
	MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	.724	1.113	.423	1	.515
	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	2.949	1.210	5.944	1	.015
	PMO(1) by TAHU(1)	2.719	1.147	5.621	1	.018
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	3.544	1.605	4.878	1	.027
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	1.957	1.110	3.105	1	.078
	PATUH(1) by PMO(1)	-.771	2.014	.147	1	.702
	MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	-1.828	1.795	1.037	1	.309
	MR_SEHAT(1) by PMO(1)	.664	1.274	.272	1	.602
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	2.097	2.145	.956	1	.328
	Constant	-3.112	.707	19.378	1	.000
Step 2[a]	PATUH(1) by TAHU(1)	-.567	1.595	.126	1	.722
	MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	.770	1.105	.486	1	.486
	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	2.864	1.187	5.825	1	.016
	PMO(1) by TAHU(1)	2.779	1.147	5.866	1	.015
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	3.197	1.310	5.957	1	.015
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	1.888	1.113	2.876	1	.090
	MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	-1.446	1.481	.953	1	.329
	MR_SEHAT(1) by PMO(1)	.457	1.179	.150	1	.699
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	1.490	1.439	1.071	1	.301
	Constant	-3.099	.710	19.077	1	.000
Step 3[a]	MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	.613	1.019	.362	1	.547
	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	2.674	1.059	6.380	1	.012
	PMO(1) by TAHU(1)	2.750	1.140	5.824	1	.016
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	3.001	1.167	6.614	1	.010
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	1.747	1.034	2.857	1	.091
	MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	-1.210	1.284	.888	1	.346
	MR_SEHAT(1) by PMO(1)	.545	1.141	.228	1	.633
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	1.498	1.439	1.085	1	.298
	Constant	-3.046	.672	20.542	1	.000

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.
Step 4[a]	MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	.756	.971	.606	1	.436
	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	2.681	1.059	6.408	1	.011
	PMO(1) by TAHU(1)	2.965	1.040	8.134	1	.004
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	3.231	1.088	8.821	1	.003
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	1.646	1.029	2.561	1	.110
	MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	-1.279	1.302	.964	1	.326
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	1.732	1.364	1.611	1	.204
	Constant	-3.047	.679	20.104	1	.000
Step 5[a]	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	2.722	1.044	6.802	1	.009
	PMO(1) by TAHU(1)	3.276	.965	11.531	1	.001
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	3.234	1.070	9.139	1	.003
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	1.466	.992	2.185	1	.139
	MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	-1.111	1.288	.743	1	.389
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	1.723	1.354	1.619	1	.203
	Constant	-2.925	.644	20.602	1	.000
Step 6[a]	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	2.509	1.007	6.208	1	.013
	PMO(1) by TAHU(1)	3.210	.948	11.470	1	.001
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	2.805	.938	8.939	1	.003
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	1.249	.939	1.770	1	.183
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	1.509	1.326	1.295	1	.255
	Constant	-2.855	.622	21.058	1	.000
Step 7[a]	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	2.360	.957	6.082	1	.014
	PMO(1) by TAHU(1)	3.184	.905	12.374	1	.000
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	2.696	.907	8.625	1	.003
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	1.712	.855	4.010	1	.045
	Constant	-2.762	.589	21.961	1	.000

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

Variables in the Equation

		Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 1[a]	PATUH(1) by TAHU(1)	.500	.021	11.621
	MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	2.064	.233	18.296
	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	19.089	1.783	204.383
	PMO(1) by TAHU(1)	15.171	1.602	143.656
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	34.601	1.490	803.290
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	7.077	.803	62.390
	PATUH(1) by PMO(1)	.462	.009	23.961
	MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	.161	.005	5.420
	MR_SEHAT(1) by PMO(1)	1.943	.160	23.594
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	8.143	.122	545.720
	Constant	.045		
Step 2[a]	PATUH(1) by TAHU(1)	.567	.025	12.934
	MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	2.160	.248	18.831
	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	17.536	1.713	179.522
	PMO(1) by TAHU(1)	16.099	1.699	152.526
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	24.459	1.877	318.701
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	6.608	.745	58.582
	MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	.235	.013	4.294
	MR_SEHAT(1) by PMO(1)	1.579	.157	15.923
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	4.435	.264	74.500
	Constant	.045		
Step 3[a]	MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	1.847	.251	13.604
	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	14.498	1.820	115.467
	PMO(1) by TAHU(1)	15.643	1.676	145.992
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	20.111	2.042	198.047
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	5.736	.757	43.491
	MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	.298	.024	3.693
	MR_SEHAT(1) by PMO(1)	1.724	.184	16.145
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	4.473	.267	75.018
	Constant	.048		

Variables in the Equation

		Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
			Lower	Upper
Step 4[a]	MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	2.129	.318	14.274
	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	14.600	1.832	116.377
	PMO(1) by TAHU(1)	19.394	2.528	148.789
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	25.310	3.001	213.475
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	5.188	.691	38.975
	MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	.278	.022	3.575
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	5.651	.390	81.941
	Constant	.048		
Step 5[a]	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	15.206	1.967	117.559
	PMO(1) by TAHU(1)	26.460	3.995	175.265
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	25.389	3.119	206.684
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	4.333	.620	30.282
	MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	.329	.026	4.112
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	5.603	.394	79.650
	Constant	.054		
Step 6[a]	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	12.297	1.708	88.529
	PMO(1) by TAHU(1)	24.773	3.866	158.749
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	16.529	2.628	103.964
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	3.486	.554	21.941
	PMO(1) by PRN_PLH(1)	4.523	.336	60.862
	Constant	.058		
Step 7[a]	PRN_PLH(1) by TAHU(1)	10.596	1.623	69.163
	PMO(1) by TAHU(1)	24.145	4.096	142.333
	MR_SEHAT(1) by PATUH(1)	14.815	2.502	87.721
	PATUH(1) by PRN_PLH(1)	5.539	1.037	29.583
	Constant	.063		

a. Variable(s) entered on step 1: PATUH * TAHU , MR_SEHAT * TAHU , PRN_PLH * TAHU , PMO * TAHU , MR_SEHAT * PATUH , PATUH * PRN_PLH , PATUH * PMO , MR_SEHAT * PRN_PLH , MR_SEHAT * PMO , PMO * PRN_PLH .

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 2[a]	Variables	PATUH(1) by PMO(1)	.147	1	.701
	Overall Statistics		.147	1	.701
Step 3[b]	Variables	PATUH(1) by TAHU(1)	.126	1	.723
		PATUH(1) by PMO(1)	.086	1	.770
	Overall Statistics		.274	2	.872
Step 4[c]	Variables	PATUH(1) by TAHU(1)	.201	1	.654
		PATUH(1) by PMO(1)	.002	1	.963
		MR_SEHAT(1) by PMO(1)	.229	1	.632
	Overall Statistics		.509	3	.917
Step 5[d]	Variables	PATUH(1) by TAHU(1)	.024	1	.876
		MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	.613	1	.433
		PATUH(1) by PMO(1)	.011	1	.918
		MR_SEHAT(1) by PMO(1)	.471	1	.492
	Overall Statistics		1.094	4	.895
Step 6[e]	Variables	PATUH(1) by TAHU(1)	.022	1	.883
		MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	.374	1	.541
		PATUH(1) by PMO(1)	.163	1	.687
		MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	.765	1	.382
		MR_SEHAT(1) by PMO(1)	.480	1	.488
	Overall Statistics		1.873	5	.866
Step 7[f]	Variables	PATUH(1) by TAHU(1)	.001	1	.970
		MR_SEHAT(1) by TAHU(1)	.386	1	.535
		PATUH(1) by PMO(1)	1.163	1	.281
		MR_SEHAT(1) by PRN_PLH(1)	.372	1	.542
		MR_SEHAT(1) by PMO(1)	1.097	1	.295
		PMO(1) by PRN_PLH(1)	1.296	1	.255
	Overall Statistics		3.386	6	.759

a. Variable(s) removed on step 2: PATUH * PMO .

b. Variable(s) removed on step 3: PATUH * TAHU .

c. Variable(s) removed on step 4: MR_SEHAT * PMO .

d. Variable(s) removed on step 5: MR_SEHAT * TAHU .

e. Variable(s) removed on step 6: MR_SEHAT * PRN_PLH .

f. Variable(s) removed on step 7: PMO * PRN_PLH .