

TUBERCULOESIS, PULMONARY

KK.
TKM 12/04
Suk
h

TESIS

HUBUNGAN KINERJA PENGAWAS MENELAN OBAT (PMO) DENGAN HASIL PENGOBATAN PENDERITA TB PARU TAHAP INTENSIF DENGAN STRATEGI DOTS

DI KOTA BANJARMASIN
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN TAHUN 2002



M I I R
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

SUKAMTO

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2002

**HUBUNGAN KINERJA PENGAWAS MENELAN OBAT (PMO)
DENGAN HASIL PENGobatan PENDERITA TB PARU
TAHAP INTENSIF DENGAN STRATEGI DOTS**

**DI KOTA BANJARMASIN
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN TAHUN 2002**

TESIS

**Untuk memperoleh Gelar Magister
Dalam Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga**



Oleh

**SUKAMTO
NIM. 099910091L**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2002**

UCAPAN TERIMA KASIH

Saya panjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang atas segala limpahan rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Terima kasih tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya ucapkan kepada pembimbing ketua Dr., Sunarjo, dr., MS., M.Sc., dan pembimbing kedua Susilowati Andajani, dr., MS., yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan dorongan, bimbingan dan saran dalam penyelesaian tesis ini.

Saya ucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada Pemerintah Republik Indonesia cq Menteri Kesehatan melalui Proyek Intersifikasi Pemberantasan Penyakit Menular (ICDC-Project Loan No. 1523-INO), yang telah memberikan bantuan finansial, sehingga meringankan beban saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Dengan selesainya tesis ini, perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga Prof. Dr., Med., dr., Puruhito, Sp.B., Sp.BTKV., yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan Program Pascasarjana di Universitas Airlangga.
2. Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr., Sp.P (K) yang telah memberikan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Magister serta memberikan masukan dan saran pada penyelesaian tesis ini.
3. Mantan Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Prof. H. Eddy Pranowo Soedibjo, dr., MPH dan ketua minat Magister Epidemiologi Lapangan (FETP) dr., Djohar Nuswantoro, MPH., yang memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan Program Magister minat FETP serta memberikan masukan dan saran pada penyelesaian tesis ini.
4. Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Prof. Dr. H.R. Soedibyo H.P., dr., DTM., atas kesempatan untuk menjadi mahasiswa Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat.

5. Seluruh staf pengajar pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah memberikan tambahan ilmu dan wawasan kepada saya.
6. Mantan Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan dr. Suwandi Makmur, MM., dan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan dr. Zairullah Azhar, MM., MSc., yang telah memberikan ijin kepada saya untuk mengikuti pendidikan Program Magister.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin dr. H. Sri Yanto, M.Kes., beserta staf Subdin Pemberantasan Penyakit, atas ijin melakukan penelitian dan bantuannya dalam pelaksanaan penelitian tesis ini.
8. Rekan-rekan yang telah banyak membantu dan memberikan dorongan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan tesis ini.
9. Ibu dan Bapak saya, keluarga/kerabat serta Saudara-saudara saya yang penuh perhatian, pengorbanan lahir dan batin, dan do'a restunya sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan ini.
10. Istriku Isna Maslihah dan anak-anakku Faisal, Taufiq dan Lestari yang selalu berdo'a, memberikan semangat dan perhatian kepada saya, sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini.
11. Semua pihak yang turut membantu penyelesaian tesis ini.

Semoga Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang senantiasa memberikan pahala atas segala bantuan dan budi baik Bapak/Ibu/Sdr(i), amin.

Surabaya, 27 Maret 2003

Penulis

RINGKASAN

Pada tahun 1993, WHO mencanangkan kedaruratan global penyakit TB, karena pada sebagian besar negara di dunia penyakit TB tidak terkendali. Ini disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan, terutama penderita dengan BTA positif. Pada tahun 1995, diperkirakan setiap tahun di dunia terjadi sekitar 9 juta penderita baru TB dengan kematian 3 juta orang. Di beberapa negara berkembang kematian TB merupakan 25% dari seluruh kematian, yang sebenarnya dapat dicegah. Diperkirakan 95% penderita TB berada di negara berkembang, dan 75% penderita TB adalah kelompok usia produktif (Departemen Kesehatan, 2000).

Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), tahun 1995 di Indonesia menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit kardio vaskuler dan penyakit pernafasan pada semua kelompok umur, dan nomor satu (1) dari golongan penyakit infeksi (Departemen Kesehatan, 1999).

Program penanggulangan penyakit TB Paru dengan strategi DOTS di Kota Banjarmasin mulai dilaksanakan pada tahun 1996/1997. Penemuan penderita TB Paru BTA (+) pada tahun 1998 sebanyak 264 kasus dan setelah mendapat pengobatan terjadi konversi 76%. Penemuan penderita TB Paru BTA (+) pada tahun 1999 sebanyak 242 kasus dan angka konversi mencapai 74%. Penemuan penderita TB Paru BTA (+) pada tahun 2000 sebanyak 311 kasus dan angka konversi mencapai 77%. Seterusnya Penemuan penderita TB Paru BTA (+) pada tahun 2001 sebanyak 252 kasus dan angka konversi mencapai 75%.

Pengobatan penderita tuberkulosis paru bertujuan untuk menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, mencegah resistensi dan memutuskan rantai penularan. Obat diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan jenis yang tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termasuk kuman persisten) dapat dibunuh. Pengobatan dilakukan dengan

pengawasan langsung oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO), untuk menjamin kepatuhan penderita menelan obat (Departemen Kesehatan RI., 2000).

Pengobatan penderita tuberkulosis paru diberikan dalam 2 tahap yaitu tahap intensif dan tahap lanjutan. Pada tahap awal (intensif) penderita mendapat obat setiap hari. Bila pada tahap ini diberikan secara tepat, penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu, dan sebagian besar penderita BTA positif menjadi negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif. Pengawasan yang ketat dalam tahap intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan obat (Departemen Kesehatan, 2000).

Pengawasan pengobatan, sebaiknya mengikut sertakan keluarga sebagai pengawas pengobatan, agar penderita dapat berobat secara kontinyu (Mangunnegoro dan Suryatenggara, 1994). Menurut Departemen Kesehatan RI(1997) untuk menjamin kesembuhan, mencegah *resistensi*, keteraturan pengobatan dan mencegah *drop out*/lalai perlu diadakan pengawasan dan pengendalian pengobatan dengan pendekatan DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) oleh pengawas pengobatan setiap hari.

Kinerja pengawas menelan obat (PMO) adalah hasil kerja yang dicapai oleh PMO melalui aktivitas kerja yang telah ditentukan menurut kriteria yang berlaku bagi pekerjaan tersebut. Beberapa variabel yang mempengaruhi prestasi atau kinerja, menurut Gibson et al. (1995) adalah :

- 1) variabel *individu*, yang terbagi menjadi tiga yakni, (1) kemampuan dan ketrampilan : mental, fisik; (2) latar belakang : keluarga, tingkat sosial, pengalaman; (3) demografi : umur, asal-usul dan jenis kelamin.
- 2) variabel *organisasi* yang meliputi : sumber daya, kepemimpinan, imbalan struktur dan desain pekerjaan.
- 3) variabel *psikologis*, yang meliputi : persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi.

Keadaan tersebut di atas menarik untuk dikaji dengan mencari faktor yang berhubungan dengan hasil pengobatan penderita TB Paru dengan strategi DOTS

dengan menitikberatkan pada salah satu komponen DOTS yaitu pengobatan dengan pengawasan langsung oleh PMO.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kinerja Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan hasil pengobatan tahap intensif penderita TB Paru BTA positif dengan strategi DOTS di Kota Banjarmasin, selanjutnya akan diperoleh informasi yang akurat dalam memilih PMO untuk masing-masing penderita TB Paru.

Desain penelitian adalah kasus-kontrol dengan dilakukan matching kelompok umur, jenis kelamin dan tempat pengobatan penderita. Sampel adalah penderita tuberkulosis paru BTA positif yang berumur ≥ 15 tahun, yang mendapat pengobatan OAT kategori 1 yang telah menyelesaikan pengobatan tahap intensif yang berobat di 20 Puskesmas sejak bulan Juni 2002 samapai dengan November 2002, sebanyak 86 penderita yang terdiri 43 orang kasus dan 43 orang kontrol.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja PMO yang kurang, 4 kali lebih besar untuk tidak terjadi konversi dibanding dengan kinerja PMO yang baik. PMO yang mempunyai pengetahuan kurang, 4 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan pengetahuan baik. PMO yang tidak mempunyai hubungan keluarga dengan penderita, 3 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan PMO yang mempunyai hubungan keluarga dengan penderita. PMO yang baru, 3 kali lebih besar mempunyai kinerja kurang dibandingkan PMO yang lama. Penderita yang mempunyai pengetahuan kurang, 4 kali lebih besar mempunyai PMO kinerja kurang dibandingkan pengetahuan baik.

PMO baik apabila PMO dan penderita mempunyai pengetahuan yang baik tentang penyakit TB Paru, mempunyai hubungan keluarga dengan penderita dan sebelumnya PMO pernah menjadi PMO.

Kinerja PMO mempunyai hubungan yang bermakna dengan hasil pengobatan tahap intensif. Kinerja PMO dipengaruhi oleh pengetahuan PMO dan hubungan keluarga dengan penderita. Orang yang ditunjuk/ditugaskan menjadi PMO adalah orang yang mempunyai pengetahuan yang baik tentang penyakit TB Paru dan masih mempunyai hubungan keluarga dengan penderita TB Paru.

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis control program using DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) in Banjarmasin had commenced in 1996/1997. The numbers of pulmonary tuberculosis cases from 1998 to 2001 were respectively 264, 242, 311, and 252, with respective conversion rate of 76%, 74%, 77%, and 75%. These figures remained less than the minimum rate established by the Department of Health, Republic of Indonesia, which was 80%.

The objective of this study was to disclose correlation between the performance of *Pengawas Menelan Obat* (PMO) (Drug Consumption Controller) and results of intensive therapy in patients with positive BTA pulmonary tuberculosis in Banjarmasin, in order to obtain accurate information in selecting PMO for each patient.

This study used case control design by matching age, sex, and location of treatment of the patients. Samples were positive BTA pulmonary tuberculosis patients aged of ≥ 15 years who received anti-tuberculosis therapy category 1 and accomplished intensive treatment in 20 community health centers between June and November 2002. Case samples were individuals whose results of sputum final examination at intensive stage showed positive BTA, while control samples were those the who showed negative BTA. Case and control samples consisted of 43 individuals each.

Results showed that PMO with unsatisfactory performance had no contribution to conversion four times higher than those with satisfactory performance. PMO with inadequate knowledge had chance four times higher to have unsatisfactory performance than those with adequate knowledge. PMO who were not relatives of the patients had chance three times higher to have unsatisfactory performance than those who were relatives of the patients. Junior PMO had chance three times higher to have unsatisfactory performance than senior PMO, and patients with inadequate knowledge had chance four times higher to have PMO with unsatisfactory performance than those with adequate knowledge.

PMO was found to have satisfactory performance when they had adequate knowledge on pulmonary tuberculosis, being the relatives of the patients, or had previous experience as PMO.

In conclusion, PMO performance has significant correlation with results of intensive therapy. It is recommended that in order to have PMO with satisfactory performance, PMO should be recruited from the patients' relatives and from those who have previous experience as PMO. Intensive and continuous training should also be provided to the PMO and the patients.

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasarat Gelar	iii
Persetujuan	iv
Penetapan Panitia	v
Ucapan terima kasih	vi
Ringkasan	viii
Abstrak	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan	6
1.3.1. Umum	6
1.3.2. Khusus	6
1.4. Manfaat	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Epidemiologi Penyakit Tuberkulosis.....	8
2.2. Penemuan, Penegakkan Diagnosis dan Klasifikasi Penyakit Tuberkulosis	10
2.3. Pengobatan Penderita Tuberkulosis Paru	17
2.4. Pengawas Menelan Obat (PMO)	23

2.5. Kemajuan Hasil Pengobatan	25
2.6. Kinerja PMO	31
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
3.1. Kerangka Konseptual	35
3.2. Hipotesis	36
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1. Rancangan Penelitian	38
4.2. Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel	39
4.3. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel.....	43
4.4. Instrumen Penelitian	56
4.5. Lokasi dan Waktu Penelitian	56
4.6. Prosedur Pengumpulan Data	56
4.7. Analisa Data	57
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1. Gambaran Daerah Penelitian	59
5.2. Gambaran Hasil Penelitian	65
5.2.1. Distribusi Berdasarkan Waktu	65
5.2.2. Distribusi Berdasarkan Tempat	66
5.2.3. Distribusi Berdasarkan Orang	69
5.2.4. Analisis Univariat	86
5.2.5. Analisis Regresi Logistik	96
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1. Karakteristik PMO	99
6.2. Karakteristik Penderita	103

6.3. Analisis Statistik	108
6.4. Keterbatasan Penelitian	114
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1. Kesimpulan	115
7.2. Saran	116
DAFTAR PUSTAKA	117
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Paduan OAT Kategori 1	19
Tabel 2.2.	Paduan OAT Kategori 2	20
Tabel 2.3.	Paduan OAT Kategori 3	21
Tabel 2.4.	Paduan OAT Sisipan	22
Tabel 4.1.	Daftar Variabel, Definisi Operasional, Skala dan Kategori Kelompok	51
Tabel 5.1.	Sebaran Penduduk Menurut Jenis Kelamin, Kelompok Umur, di Kota Banjarmasin Tahun 2001	60
Tabel 5.2.	Sebaran Penduduk menurut tingkat pendidikan yang ditamatkan di Kota Banjarmasin Tahun 2002.	61
Tabel 5.3.	Sepuluh Jenis Penyakit Terbanyak pada penderita rawat jalan di Puskesmas Kota Banjarmasin Tahun 2001.	63
Tabel 5.4.	Jumlah Sarana Kesehatan di Kota Banjarmasin Tahun 2002	64
Tabel 5.5.	Jenis Tenaga Kesehatan Yang Berada di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu di Kota Banjarmasin Tahun 2002	65
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Kecamatan dan Puskesmas Tempat Berobat Penderita TB Paru di Kota Banjarmasin Tahun 2002	67
Tabel 5.7.	Sebaran Sampel Berdasarkan Jarak Rumah Penderita ke Puskesmas Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	68
Tabel 5.8.	Sebaran Sampel Berdasarkan Isi Penyuluhan Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	68
Tabel 5.9.	Sebaran Kinerja Pengawas Menelan Obat (PMO) Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	69
Tabel 5.10	Sebaran PMO Berdasarkan Golongan Umur Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	72

Tabel 5.11	Sebaran PMO Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	72
Tabel 5.12	Sebaran PMO Berdasarkan Status Perkawinan Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	73
Tabel 5.13	Sebaran PMO Berdasarkan Tingkat Pendidikan Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	74
Tabel 5.14	Sebaran PMO Berdasarkan Pekerjaan Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	74
Tabel 5.15	Sebaran PMO Berdasarkan Pengetahuan Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	76
Tabel 5.16	Sebaran PMO Berdasarkan Pengalaman Jadi PMO Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	76
Tabel 5.17.	Sebaran PMO Berdasarkan Keterkaitan PMO dengan Penderita Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	77
Tabel 5.18.	Sebaran PMO Berdasarkan Jarak Rumah PMO dengan Penderita Pada Kelompok Kasus dan Kontrol Di Kota Banjarmasin Tahun 2002	77
Tabel 5.19.	Sebaran Umur Penderita pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.	78
Tabel 5.20.	Sebaran Penderita Berdasarkan Jenis Kelamin pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.	79
Tabel 5.21.	Sebaran Penderita Menurut Status Perkawinan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.	79
Tabel 5.22.	Sebaran Penderita Menurut Tingkat Pendidikan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002	80
Tabel 5.23.	Sebaran Penderita Berdasarkan Pekerjaan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.	81
Tabel 5.24.	Sebaran Penderita Berdasarkan Pengetahuan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.	82

Tabel 5.25.	Sebaran Penderita Berdasarkan Kedudukan dalam Keluarga pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.	83
Tabel 5.26.	Sebaran Penderita Berdasarkan Kepatuhan Berobat pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002	84
Tabel 5.27.	Sebaran Sampel Berdasarkan Pengalaman Minum OAT sebelumnya pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.	85
Tabel 5.28.	Sebaran Penderita Berdasarkan Penyakit Lain yang diderita pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.	85
Tabel 5.29.	Hubungan antara Kinerja PMO dengan Konversi di Kota Banjarmasin Tahun 2002	86
Tabel 5.30.	Hubungan antara Karakteristik dengan Kinerja PMO di Kota Banjarmasin Tahun 2002.	87
Tabel 5.31.	Hubungan antara Karakteristik Penderita TB Paru dengan Kinerja PMO di Kota Banjarmasin Tahun 2002.	92
Tabel 5.32.	Variabel-variabel yang masuk dalam model awal uji Regresi Logistik	96
Tabel 5.33.	Hasil Analisis Regresi Logistik	97
Tabel 5.34.	Probabilitas PMO yang Mempunyai Kinerja Baik Berdasarkan Pengetahuan PMO di Kota Banjarmasin Tahun 2002	98

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 3.1. Kerangka Konseptual Faktor-faktor yang Mempengaruhi Hasil Pengobatan Tahap Intensif 37
- Gambar 5.1. Grafik Distribusi Frekuensi Sampel Penderita TB paru Berdasarkan Waktu Mulai Pengobatan di Kota Banjarmasin Tahun 2002 66



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 Kriteria Penilaian Pengetahuan Penderita TB Paru dan Pengawas Menelan Obat (PMO)
- Lampiran 3 Probabilitas PMO yang mempunyai Kinerja Kurang
- Lampiran 4 Regresi Logistik



BAB 1

PENDAHULUAN



TESIS

BAB1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang sebagian besar disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*, kuman tersebut biasanya masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernafasan kedalam paru. Kuman tersebut kemudian dapat menyebar dari paru kebagian tubuh lainnya, melalui sitem peredaran darah, sistem saluran limpe, melalui saluran nafas (*bronchus*) atau menyerang langsung ke bagian tubuh lainnya. Tuberkulosis Paru merupakan bentuk yang paling sering dijumpai yaitu sekitar 80% dari semua penderita. Tuberkulosis yang menyerang jaringan paru ini merupakan satu-satunya bentuk tuberkulosis yang mudah menular (Departemen Kesehatan RI, 1999).

Pada tahun 1993, WHO mencanangkan kedaruratan global penyakit TB, karena pada sebagian besar negara di dunia penyakit TB tidak terkendali. Ini disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan, terutama penderita menular (BTA positif). Pada tahun 1995, diperkirakan setiap tahun di dunia terjadi sekitar 9 juta penderita baru TB dengan kematian 3 juta orang. Di negara-negara berkembang kematian TB merupakan 25% dari seluruh kematian, yang sebenarnya dapat dicegah. Diperkirakan 95% penderita TB berada di negara berkembang, 75% penderita TB adalah kelompok usia produktif (Departemen Kesehatan, 2000).

Keadaan tersebut menunjukkan bahwa Tuberkulosis Paru (TB) merupakan masalah kesehatan masyarakat di dunia. Sampai saat ini belum ada satu negarapun yang bebas TB. Bahkan untuk negara maju, yang pada mulanya angka tuberkulosis telah menurun belakangan angka ini, naik lagi sehingga TB disebut sebagai salah satu *reemerging disease* (Aditama, 2001).

Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), tahun 1995 di Indonesia menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit kardio vaskuler dan penyakit pernafasan pada semua kelompok umur, dan nomor satu (1) dari golongan penyakit infeksi (Departemen Kesehatan, 1999).

Tahun 1999, WHO memperkirakan di Indonesia setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TB dengan kematian karena TB sekitar 140.000 orang. Secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru BTA positif. Penyakit TB di Indonesia sebagian besar menyerang kelompok usia kerja produktif, kelompok ekonomi lemah dan berpendidikan rendah. Antara tahun 1979-1982 telah dilakukan survei prevalensi di 15 provinsi menunjukkan hasil prevalensi TB dengan BTA positif antara 200 – 400 per 100.000 penduduk (Departemen Kesehatan RI, 2000).

Menurut Lapau B. (1993) tingginya angka kesakitan dan kematian TB di Indonesia disebabkan karena kurangnya cakupan pengobatan TB dan kegagalan pengobatan, di samping efek samping obat dan resistensi terhadap obat. Menurut Suryatenggara (1994), masalah pengobatan yang tidak lengkap merupakan faktor terbesar dalam kegagalan pengobatan di Indonesia yang berkisar 50%.

Menurut Departemen Kesehatan (1999), rendahnya pencapaian angka kesembuhan ini kemungkinan disebabkan oleh salah diagnosa, penderita tidak teratur menelan obat, PMO tidak berfungsi, potensi obat kurang, menyimpan obat tidak benar, obat kadaluarsa, obat sering terlambat, adanya resistensi obat, jumlah obat yang diminum kurang dari jumlah yang ditentukan, penderita lalai dalam pengambilan obat.

Upaya penanggulangan TB di Indonesia telah ditetapkan tujuan program penanggulangan TB yang meliputi tujuan jangka panjang yaitu menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit TB dengan cara memutuskan rantai penularan, sehingga penyakit TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan di Indonesia, dan tujuan jangka pendek yaitu tercapainya angka kesembuhan minimal 85% dari semua penderita baru BTA positif yang ditemukan serta tercapainya penemuan penderita secara bertahap sehingga pada tahun 2005 dapat mencapai 70% dari perkiraan semua penderita baru BTA positif. Tujuan program tersebut supaya tercapai, maka ditetapkan target program adalah angka konversi pada akhir tahap intensif minimal 80%, angka kesembuhan minimal 85% dari kasus baru BTA positif, dengan pemeriksaan sediaan dahak yang benar atau angka kesalahan maksimal 5% (Departemen Kesehatan, 2000).

Sejak tahun 1995, P2TB melaksanakan strategi pengobatan penderita TB dengan pengawas menelan obat (PMO), dan strategi baru tersebut dikenal dengan strategi DOTS (*directly observed treatment short course*) yang telah direkomendasi oleh WHO. Pada strategi DOTS ini terdapat 5 komponen, yaitu: (1) dukungan politis dari para pengambil keputusan dan komitmen masyarakat, (2) diagnosa dengan

pemeriksaan mikroskopis dahak penderita, (3) jaminan ketersediaan obat dan jalur distribusinya, (4) pengobatan dengan pengawasan langsung oleh PMO, dan (5) menggunakan pencatatan dan pelaporan untuk mempermudah pemantauan dan pembinaan (WHO, 1998)

Program penanggulangan penyakit TB Paru dengan strategi DOTS di Kota Banjarmasin mulai dilaksanakan pada tahun 1996/1997. Penemuan penderita TB Paru pada tahun 1998 sebanyak 264 kasus dan mencapai konversi 76%, dan kesembuhan 58,1 %. Penemuan penderita TB Paru pada tahun 1999 sebanyak 242 kasus dan angka konversi mencapai 97% dan kesembuhan 77 %. Seterusnya Penemuan penderita TB Paru pada tahun 2001 sebanyak 239 kasus dan angka konversi 167 (70%) dan kesembuhan 75% (Profil Kesehatan Kota Banjarmasin 2002). Target angka konversi minimal yang ditentukan 80% dan angka kesembuhan 85% (Departemen Kesehatan, 1999).

Sesuai dengan strategi DOTS tersebut di atas, setiap penderita yang ditemukan dan mendapat pengobatan, harus diawasi menelan obat baik dosis tablet maupun waktu minum obat setiap hari agar tercapai angka kesembuhan yang tinggi dan tercegah dari kekebalan obat. Seorang Pengawas Menelan Obat (PMO) diperlukan untuk mengawasi setiap penderita tuberkulosis paru dalam masa pengobatan.

Sebelum pengobatan penderita tuberkulosis paru pertama kali dimulai, harus ditunjuk seorang PMO, kemudian penderita dan PMO harus diberi pelatihan singkat atau penyuluhan tentang gejala penyakit, cara penularan, tata laksana pengobatan, pentingnya berobat secara teratur, efek samping obat dan pemeriksaan dahak ulang.

Pemilihan PMO disesuaikan dengan keadaan daerah setempat, PMO harus dikenal dan disegani oleh penderita dan tenaga PMO bisa berasal dari petugas kesehatan maupun masyarakat atau keluarga penderita tuberkulosis paru (Departemen Kesehatan RI., 1997).

Pada pelaksanaannya di Indonesia untuk penderita tuberkulosis paru yang rumahnya dekat dengan Puskesmas, Pustu dan unit kesehatan lainnya yang ditunjuk menjadi PMO adalah petugas kesehatan. Penderita yang rumahnya jauh dari unit kesehatan ditunjuk PMO atas bantuan masyarakat (kader, guru, PKK/dasawisma, tokoh masyarakat atau anggota keluarga).

PMO yang berasal dari tenaga kesehatan biasanya tempat tinggal jauh dari penderita, jumlahnya sangat terbatas, lebih mengetahui seluk beluk pengobatan, dan pemantauan, secara psikologis lebih mantap dan lebih disegani. PMO yang bukan tenaga kesehatan biasanya tempat tinggal dekat dengan penderita, kurang mengetahui seluk beluk pengobatan dan pemantauan, secara psikologis kurang mantap dan kurang disegani.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang diuraikan tersebut di atas, terlihat bahwa tuberkulosis paru merupakan masalah yang mengawatirkan dunia termasuk Indonesia. Program penanggulangan TB Paru dengan strategi DOTS meskipun telah dilaksanakan di Kota Banjarmasin mulai tahun 1996/1997 tetapi pencapaian program belum memuaskan dimana dari tahun ke tahun bervariasi dan masih di bawah target.

Keadaan tersebut di atas menarik untuk dikaji dengan mencari factor yang berhubungan dengan hasil pengobatan penderita TB Paru dengan strategi DOTS dengan menitikberatkan pada salah satu komponen DOTS yaitu pengobatan dengan pengawasan langsung oleh PMO.

Berdasarkan uraian di atas pertanyaan penelitiannya adalah : Apakah ada hubungan kinerja PMO dengan hasil pengobatan penderita TB Paru pada tahap intensif pada pengobatan TB Paru strategi DOTS?

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara kinerja pengawas menelan obat (PMO) dengan hasil pengobatan penderita TB Paru tahap intensif dengan strategi DOTS di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1.Menganalisis hubungan antara karakteristik PMO (berdasarkan umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, pengalaman, keterkaitan keluarga antara dengan penderita dan jarak PMO ke penderita) dengan kinerja pengawas menelan obat (PMO)

1.3.2.2.Menganalisis hubungan antara karakteristik penderita TB Paru yang mendapat pengobatan tahap intensif (berdasarkan umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, pengalaman, keterkaitan keluarga antara dengan penderita dan jarak PMO ke penderita) dengan kinerja pengawas menelan obat (PMO)

1.4. Manfaat

Hasil penelitian diharapkan dapat memberi masukan dan pertimbangan dalam menentukan pilihan pengawas menelan obat (PMO) oleh pengelola program TB Paru dalam meningkatkan keberhasilan pengobatan penderita TB Paru sehingga tujuan program pemberantasan penyakit TB paru dapat tercapai.

Disamping itu dapat digunakan sebagai bahan melakukan atau mengembangkan penelitian lebih lanjut khususnya petugas pengawas menelan obat pada penderita penyakit tuberkulosis paru yang mendapatkan pengobatan jangka pendek (6-8 bulan) yang memerlukan pengawasan secara khusus dalam pengobatannya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA



TESIS

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Epidemiologi Penyakit Tuberkulosis

2.1.1. Definisi Penyakit Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi yang dapat menyerang berbagai organ atau jaringan tubuh, dan TB Paru merupakan bentuk infeksi yang paling banyak dijumpai serta penting di bidang kesehatan (Benenson , 1990).

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang sebagian besar disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman tersebut biasanya masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernafasan ke dalam paru. Kuman tersebut kemudian menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, melalui saluran nafas (*bronchus*) atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Departemen Kesehatan , 1997).

2.1.2. Penyebab Penyakit Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis Paru adalah penyakit yang disebabkan oleh basil *M. tuberculosis* tipe *humanus* (jarang oleh tipe *M. bovinus*), kuman tersebut berbentuk batang tipis atau agak bengkok bersifat *aerob*; ukuran 0,5-4 mikron x 0,3-0,6 mikron; mempunyai granula atau tidak bergranula; tunggal, berpasangan atau berkelompok; mudah mati pada air mendidih (5 menit pada suhu 80 °C, 20 menit pada suhu 60 °C), mudah mati dengan sinar matahari, tahan hidup berbulan-bulan pada suhu kamar yang lembab; tidak berspora; tidak mempunyai selubung tetapi mempunyai lapisan luar yang tebal

yang terdiri dari *lipoid* (terutama asam mikolat); dan dapat bertahan terhadap penghilangan warna dengan asam dan alkohol (Basil Tahan Asam = BTA) (Amin, dkk, 1993).

2.1.3. Cara Penularan Penyakit Tuberkulosis Paru

Kebanyakan penularan penyakit tuberkulosis diantaranya melalui *inhalasi* kuman tuberkulosis yang terdapat di udara. Penularan melalui *inhalasi* atau percikan dahak, yaitu partikel kecil (1-5 μm) dari sekresi saluran pernapasan yang berisi sedikit (1-3) *basilus tubercel*. Percikan dahak biasanya dihasilkan bila individu dengan penyakit saluran pernapasan dengan batuk, bersin atau bicara. Sekresi ini tetap mengambang di udara sampai terhisap, kemudian dapat mencapai *alveolus* dalam paru karena ukurannya sangat kecil. Di negara dengan prevalensi tuberkulosis tinggi kebanyakan anak-anak sudah terinfeksi oleh penyakit tuberkulosis pada tahun-tahun pertama kehidupannya (Departemen Kesehatan, 1994).

Cara penularan TB Paru dapat terjadi secara langsung melalui percikan dahak (*droplet nuclei*) yang mengandung *M. tuberculosis* terhisap oleh orang yang sehat melalui jalan napas dan kemudian berkembang biak di paru. Penularan juga terjadi secara tidak langsung bila dahak penderita diludahkan ditempat yang tidak kena sinar matahari langsung, kemudian mengering dan menyatu dengan debu, bila debu ini terhisap orang sehat akan dapat menyebabkan sakit (Amin dkk, 1993).

Mycobacterium tuberculosis masuk dalam jaringan paru melalui saluran napas sampai alveoli sehingga terjadi infeksi primer. Infeksi selanjutnya menyebar ke kelenjar getah bening setempat dan terbentuklah primer kompleks. Tuberkulosis

primer, peradangan terjadi sebelum tubuh mempunyai kekebalan spesifik terhadap *M. tuberculosis* yang kebanyakan didapat pada usia satu sampai tiga (1-3) tahun. Sedangkan yang disebut tuberkulosis *post primer (reinfeksi)* adalah peradangan jaringan paru oleh karena terjadi penularan ulang yang di dalam tubuh terbentuk kekebalan spesifik terhadap hasil tuberkulosis. Peradangan tuberkulosis post primer dapat terjadi secara endogen yaitu fokus lama (*dormant*) mengalami kekambuhan atau dengan cara infeksi baru dari luar. Berdasarkan cara penularan tersebut, tuberkulosis dapat digolongkan sebagai *airborne disease*. Masa inkubasi 4 sampai 12 minggu meliputi mulai infeksi sampai terjadi lesi pertama atau reaksi tuberkulin yang bermakna (Benenson, 1990).

2.2. Penemuan, Penegakkan Diagnosis dan Klasifikasi Penyakit Tuberkulosis

2.2.1. Penemuan Tersangka Tuberkulosis Paru

Langkah awal dari program pemberantasan penyakit TB Paru adalah pencarian dan penemuan penderita. Menurut Toman (1979), dan WHO (1988), penemuan penderita merupakan bagian yang penting dalam program pemberantasan TB Paru dan berbagai penyakit menular lainnya. Tujuan dari penemuan penderita ini adalah untuk mengidentifikasi sumber penularan dan kemudian menghilangkannya dengan memberikan pengobatan yang memadai. Penemuan penderita diawali dengan mencari tersangka penderita berdasarkan gejala klinis utama. Gejala-gejala klinis yang paling utama dijumpai pada penderita TB Paru adalah (Departemen Kesehatan, 1999) :

- 2.2.1.1 Batuk yang terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih. Semua orang yang datang ke unit pelayanan kesehatan dengan gejala utama ini harus dianggap sebagai seorang tersangka tuberkulosis.
- 2.2.1.2. Mengeluarkan dahak bercampur darah (*haemoptysis*), sesak napas dan nyeri dada.
- 2.2.1.3. Lemah badan, kehilangan nafsu makan dan berat badan turun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam pada hal tidak ada kegiatan dan demam meriang lebih dari sebulan.

Gejala-gejala tersebut diperkuat dengan riwayat kontak dengan seseorang penderita tuberkulosis maka kemungkinan besar dia juga menderita tuberkulosis. Gejala-gejala dari tuberkulosis ekstra paru tergantung dari organ yang terkena. Nyeri dada pada tuberkulosis pleura (*pleuritis*), pembesaran kelenjar limfe (*limfadenitis tuberkulosis*) dan pembengkakan dari tulang belakang (*spondilitis tuberkulosis*) merupakan tanda-tanda yang sering dijumpai dari tuberkulosis ekstra paru (Departemen Kesehatan, 1999).

Kegiatan penemuan tersangka penderita seharusnya dilakukan oleh semua petugas puskesmas yang berhubungan dengan masyarakat, oleh karena itu semua petugas puskesmas harus dilatih untuk mengenal gejala klinis TB paru (WHO, 1982). Disamping itu, penemuan penderita harus dipadukan dengan program-program lain di puskesmas dan merupakan bagian integral dari upaya kesehatan primer (*Primary Health Care*). Penemuan penderita dapat dilaksanakan secara pasif dengan mewaspadaikan setiap penderita yang berkunjung ke puskesmas, puskesmas pembantu,

puskesmas keliling, disamping dengan penyuluhan-penyuluhan untuk meningkatkan kunjungan ke unit pelayanan kesehatan.

2.2.2. Penderita Tuberkulosis

Penderita Tuberkulosis paling sering dijumpai di Indonesia pada keadaan-keadaan sebagai berikut (Departemen Kesehatan, 1995) :

- 2.2.2.1 Di antara penderita-penderita yang datang atas kemauan sendiri di unit-unit pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas) dengan gejala-gejala yang mengarah ke tuberkulosis.
- 2.2.2.2. Di antara mereka yang tinggal serumah dengan penderita tuberkulosis BTA positif (terutama anak-anak dan dewasa muda).
- 2.2.2.3. Pada penderita dengan kelainan radiologis dada memberi gambaran mengarah tuberkulosis.
- 2.2.2.4. Pada unit pelayanan kesehatan yang petugas kesehatan dan masyarakatnya sudah sangat sadar akan gejala-gejala tuberkulosis maka di tempat itu akan banyak ditemukan penderita.
- 2.2.2.5. Sebagian besar penderita pada usia dewasa muda dan kelompok sosial ekonomi rendah.

2.2.3. Penegakkan Diagnosis Tuberkulosis pada Orang Dewasa

Sebagian besar penyakit tuberkulosis adalah TB Paru . Penyakit tuberkulosis paru ditegakkan berdasarkan serangkaian : anamnesa, pemeriksaan fisik dan

pemeriksaan lanjutan. Pemeriksaan lanjutan dapat berupa pemeriksaan bakteriologis, radiologis dan testuberkulin (Departemen Kesehatan, 1995).

2.2.3.1. Pemeriksaan Bakteriologis

Tanda pasti penderita TB Paru ditetapkan dengan pemeriksaan kultur, sayangnya biaya mahal dan membutuhkan waktu 6-8 minggu. Pemeriksaan dahak 3 kali (sewaktu, pagi, sewaktu) identik dengan pemeriksaan kultur, pemeriksaan dahak ini lebih cepat dan lebih murah. Pemeriksaan tersebut berupa pemeriksaan mikroskopis dari dahak yang telah dibuat apus dan diwarnai dengan pengecatan Zeihl Neelsen. Kuman-kuman (BTA) dijumpai 2 kali dari 3 kali pemeriksaan, maka penderita tersebut dikenal sebagai penderita tuberkulosis paru BTA positif (Departemen Kesehatan, 2000).

Menurut Amin dkk (1989) dahak merupakan material yang amat penting yang harus diperiksa pada setiap penyakit paru dan khususnya pada tuberkulosis paru, ditemukannya BTA dalam dahak merupakan satu-satunya diagnosa untuk program pemberantasan tuberkulosis.

Di negara-negara berkembang sebagian besar pemeriksaan dahak secara mikroskopis ini merupakan satu-satunya cara dimana diagnosis tuberkulosis dapat dipastikan. Pemeriksaan bakteriologik tuberkulosis bukan hanya merupakan sarana penunjang yang murah dan praktis, melainkan juga menunjukkan data yang lebih informatif (Peetosutan, 1992).

Menurut Mangunegoro dan Suryatenggara (1994) selain pemeriksaan sputum BTA merupakan pemeriksaan terpenting, bukan saja untuk memastikan

diagnosis tuberkulosis tetapi terutama untuk mengidentifikasi sumber penularan, karena hanya penderita yang sputumnya ditemukan BTA yang mempunyai potensi menular.

Pemeriksaan bakteriologis selain untuk diagnosis penemuan kasus juga untuk evaluasi pengobatan. Dewasa ini evaluasi pengobatan diutamakan hasil pemeriksaan bakteriologik, karena bila dilihat berdasarkan ketepatan (reliability) pemeriksaan bakteriologik menempati urutan pertama dibandingkan dengan radiologi dan klinis (Peetosutan, 1992).

2.2.3.2. Pemeriksaan radiologis

Diagnosis yang didasarkan pada pemeriksaan radiologis (foto rontgen) belum merupakan diagnosis pasti. Kelainan-kelainan yang dijumpai pada foto rontgen dada mungkin disebabkan oleh tuberkulosis atau sejumlah keadaan lain, dimana gambaran pada foto rontgen tersebut tidak selalu spesifik untuk tuberkulosis. Pada beberapa orang sebelumnya menderita tuberkulosis dan sekarang sudah sembuh dapat mempunyai gambarab foto rontgen dada seperti tuberkulosis yang memerlukan pengobatan (Departemen Kesehatan, 1997).

2.2.3.3. Pemeriksaan tuberkulin

Tes tuberkulin hanya mempunyai nilai terbatas dalam pekerjaan klinis, terutama bila penyakit tuberkulosis sering dijumpai. Hasil tes tuberkulin yang positif tidak selalu diikuti dengan penyakit, demikian juga hasil tes yang negatif tidak selalu menyingkirkan tuberkulosis. Tes tuberkulin ini mungkin hanya berguna dalam

menentukan diagnosis dari penderita yang dahaknya tidak positif (terutama pada anak-anak yang mempunyai kontak dengan seseorang penderita tuberkulosis yang menular), namun penderita tersebut harus diperiksa oleh dokter yang berpengalaman (Departemen Kesehatan, 1997)

Penegakkan diagnosis tuberkulosis paru pada orang dewasa pada strategi DOTS, ditegakkan dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis dalam dua hari berturut-turut yaitu sewaktu-pagi-sewaktu (SPS). Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya dua dari tiga pemeriksaan dahak SPS ditemukan kuman BTA positif. Spesimen yang positif hanya satu, maka perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto rontgen dada atau pemeriksaan SPS diulang. Hasil rontgen mendukung tuberkulosis, maka penderita didiagnosis sebagai penderita tuberkulosis paru BTA positif, tetapi kalau hasil rontgen tidak mendukung tuberkulosis maka pemeriksaan dahak SPS diulangi. Spesimen dahak hasil ketiganya negatif, tetapi secara klinis mendukung maka diberikan antibiotik spektrum luas, bila tidak ada perubahan diulangi pemeriksaan SPS. Hasil SPS ada yang positif, didiagnosis sebagai penderita tuberkulosis BTA (+), tetapi kalau hasil SPS tetap negatif dilakukan rontgen dada, bila hasil rontgen mendukung tuberkulosis, didiagnosis sebagai penderita tuberkulosis BTA negatif rontgen positif, tetapi bila rontgen tidak mendukung tuberkulosis, didiagnosis bukan penderita tuberkulosis (Departemen Kesehatan, 2000).

2.2.4. Klasifikasi Penyakit dan Tipe Penderita Tuberkulosis

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe penderita tuberkulosis penting dilakukan untuk menetapkan paduan obat anti tuberkulosis (OAT) yang sesuai dan dilakukan sebelum pengobatan dimulai.

Menurut Departemen Kesehatan, tahun 2000, penyakit tuberkulosis dapat diklasifikasikan atas 2 macam, yaitu :

2.2.4.1. Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk *pleura* (selaput paru).

Tuberkulosis paru merupakan bentuk yang paling sering dijumpai yaitu sekitar 80% dari semua penderita. tuberkulosis paru ini merupakan satu-satunya bentuk dari tuberkulosis yang dapat menular (Departemen Kesehatan, 1995).

Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak, TB Paru dibagi 2, yakni : pertama Tuberkulosis BTA Positif yaitu penderita TB Paru yang hasil pemeriksaan dahak sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif, atau 1 spesimen dahak SPS hasil BTA negatif tetapi foto rontgen dada menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif; Kedua Tuberkulosis BTA Negatif yaitu penderita TB Paru yang hasil pemeriksaan 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif dan foto rontgen dada menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif (Departemen Kesehatan RI, 2000).

2.2.4.2. Tuberkulosis Ekstra Paru

Merupakan tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru. Organ-organ lain tersebut biasanya adalah pleura, selaput jantung (*pericardium*),

kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin dan lain-lain.

2.3. Pengobatan Penderita Tuberkulosis Paru

2.3.2. Tujuan dan Prinsip Pengobatan

Tujuan pengobatan penderita tuberkulosis paru adalah menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, mencegah resistensi dan memutuskan rantai penularan (Departemen Kesehatan, 1999).

Obat diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan jenis yang tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termasuk kuman persisten) dapat dibunuh. Apabila paduan obat yang digunakan tidak adekuat (jenis, dosis dan jangka waktu pengobatan), kuman tuberkulosis akan menjadi kuman kebal obat (*resisten*). Pengobatan dilakukan dengan pengawasan langsung oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO), untuk menjamin kepatuhan penderita menelan obat (Departemen Kesehatan, 2000).

Pengobatan penderita tuberkulosis paru diberikan dalam 2 tahap yaitu tahap intensif dan tahap lanjutan. Pada tahap awal (intensif) penderita mendapat obat setiap hari. Bila pada tahap ini diberikan secara tepat, penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu, dan sebagian besar penderita BTA positif menjadi negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif. Pengawasan yang ketat dalam tahap intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan obat. Pada tahap lanjutan penderita mendapat obat dalam waktu yang lebih lama dan jenis obat lebih sedikit untuk mencegah terjadinya kekambuhan. Tahap lanjutan penting untuk

membunuh kuman persisten (*dormant*) sehingga mencegah kekambuhan (Departemen Kesehatan, 2000).

2.3.3. Jenis dan Paduan Obat Anti Tuberkulosis di Indonesia

Saat ini pengobatan dalam program pemberantasan tuberkulosis menggunakan paduan “Obat Anti Tuberkulosis” (OAT) jangka pendek selama 6 bulan yang terdiri dari *Isoniazid* (H), *Rifampisin* (R), *Pyrazinamide* (Z), *Streptomycin* (S) dan *Ethambutol* (E).

Isoniazid (H) biasa dikenal dengan INH, bersifat bakterisid, dapat membunuh 90% populasi kuman dalam beberapa hari pengobatan, obat ini sangat efektif terhadap kuman dalam keadaan metabolik aktif, yaitu kuman yang sedang berkembang. Dosis harian yang dianjurkan 5 mg/kg BB, lanjutan dengan dosis 10 mg/kg BB. *Rifampicine* (R) bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman *semi-dormant* (persisten) yang tidak dapat dibunuh oleh isoniazid, dosis yang diberikan sama untuk pengobatan tahap intensif maupun lanjutan 10 mg/kg BB. *Pirazinamid* (Z) bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang berada dalam sel dengan suasana asam, dosis tahap intensif yang dianjurkan 25 mg/kg BB sedangkan tahap lanjutan dengan dosis 35 mg/kg BB. *Sreptomycine* (S) bersifat bakterisid, dosis tahap intensif dan tahap lanjutan yang dianjurkan 15 mg/kg BB. Penderita umur sampai dengan 60 tahun, dosisnya 0,75 gr/hari, sedangkan yang berumur 60 tahun atau lebih diberikan 0,30 gr/hari. *Ethambutol* (E) bersifat bakteristatik, dosis tahap intensif yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan lanjutan diberikan 30 mg/kg BB (Departemen Kesehatan, 2000).

WHO dan IUATLD (*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*) merekomendasikan paduan OAT standar, yaitu :

- a. kategori 1 (2HRZE/4H3R3, 2HRZE/4HR, 2HRZE/6HE)
- b. kategori 2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3, 2HRZES/HRZE/5HRE)
- c. kategori 3 (2HRZ/4H3R3, 2HRZ/4HR, 2HRZ/6HE).

Program Nasional Penanggulangan tuberkulosis di Indonesia menggunakan paduan OAT untuk kategori 1 : 2HRZE/4H3R3, kategori 2 : 2HRZES/HRZE/5H3R3E3 dan kategori 3 : 2HRZ/4H3R3. Paduan obat ini disediakan dalam bentuk paket kombipak, dengan tujuan memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan pengobatan sampai selesai. Satu paket untuk satu penderita dalam satu masa pengobatan (Departemen Kesehatan, 2000).

OAT Kategori 1 (2HRZE/4H3R3) paduan ini terdiri *Isoniasid (H)*, *Rifampisin (R)*, *Pirazinamid (Z)* dan *Ethambutol (E)* diberikan 2 bulan tahap intensif diminum setiap hari diteruskan tahap lanjutan selama 4 bulan dengan *Isoniasid (H)* dan *Rifampisin (R)* diminum 3 kali dalam seminggu. OAT ini diberikan untuk penderita tuberkulosis paru BTA positif, penderita tuberkulosis paru BTA negatif rontgen positif yang sakit berat dan penderita ekstra paru berat.

Tabel 2.1. Paduan OAT Kategori 1.

Tahap Pengobatan	Lamanya Pengobatan	Dosis per hari / kali				Jumlah Hari/kali Menelan obat
		Tablet Isoniazid @ 300 mg	Tablet Rifampicin @ 450 mg	Tablet Pyrazinamid @ 500 mg	Tablet Ethambutol @250 mg	
Tahap Intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	60
Tahap Lanjutan (dosis 3 x seminggu)	4 bulan	2	1	-	-	54

Sumber : Departemen Kesehatan, 2000

OAT Kategori 2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3) paduan ini tahap intensif diberikan selama 3 bulan, yang terdiri dari 2 bulan dengan *Isoniasid (H)*, *Rifampisin (R)*, *Pirazinamid (Z)* dan *Ethambutol (E)* diminum setiap hari, dan setiap hari diberi suntikan *Streptomisin (S)* di sarana pelayanan kesehatan yang terdekat. Kemudian satu bulan lagi dengan *Isoniasid (H)*, *Rifampisin (R)*, *Pirazinamid (Z)* dan *Ethambutol (E)* diminum setiap hari. Setelah itu diteruskan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan *Isoniasid (H)*, *Rifampisin (R)* dan *Ethambutol (E)* diminum 3 kali dalam seminggu. OAT ini diberikan untuk penderita tuberkulosis paru yang kambuh (relaps), penderita tuberkulosis paru yang gagal (*failure*) dan penderita dengan pengobatan setelah lalai (*after default*).

Tabel 2.2. Paduan OAT Kategori 2.

Tahap Pengobatan	Lamanya Pengobatan	Dosis per hari / kali					Streptomisin Injeksi	Jumlah Hari/kali Menelan Obat
		Tablet Isoniazid @ 300 mg	Tablet Rifampicin @ 450 mg	Tablet Pyrazinamid @ 500 mg	Ethambutol			
					Tablet @ 250 mg	Tablet @ 500 mg		
Tahap Intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	-	0,75 gr	60
	1 bulan	1	1	3	3	-	-	30
Tahap Lanjutan (dosis 3 x seminggu)	5 bulan	2	1	-	1	2	-	66

Sumber : Departemen Kesehatan, 2000

OAT Kategori 3 (2HRZ/4H3R3) paduan ini terdiri *Isoniasid (H)*, *Rifampisin (R)*, dan *Pirazinamid (Z)* diberikan 2 bulan tahap intensif diminum setiap hari diteruskan tahap lanjutan selama 4 bulan dengan *Isoniasid (H)* dan *Rifampisin (R)*

diminum 3 kali dalam seminggu. OAT ini diberikan untuk penderita tuberkulosis paru BTA negatif rontgen positif yang sakit ringan dan penderita ekstra paru ringan.

Tabel 2.3. Paduan OAT Kategori 3.

Tahap Pengobatan	Lamanya Pengobatan	Dosis per hari / kali			Jumlah Hari/kali Menelan obat
		Tablet Isoniazid @ 300 mg	Tablet Rifampicin @ 450 mg	Tablet Pyrazinamid @ 500 mg	
Tahap Intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	60
Tahap Lanjutan (dosis 3 x seminggu)	4 bulan	2	1	-	54

Sumber : Departemen Kesehatan, 2000

Apabila pada akhir tahap intensif dari pengobatan dengan kategori 1 atau kategori 2, hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan.

Tabel 2.4. Paduan OAT Sisipan

Tahap Pengobatan	Lamanya Pengobatan	Dosis per hari / kali				Jumlah Hari/kali Menelan obat
		Tablet Isoniazid @ 300 mg	Tablet Rifampicin @ 450 mg	Tablet Pyrazinamid @ 500 mg	Tablet Ethambutol @ 250 mg	
Tahap Intensif (dosis harian)	1 bulan	1	1	3	3	30

Sumber : Departemen Kesehatan, 2000

2.3.4. Pemantauan Hasil Pengobatan

Pemantauan kemajuan hasil pengobatan pada orang dewasa dilakukan dengan pemeriksaan ulang spesimen dahak sebanyak dua kali yaitu sewaktu dan pagi (SP) secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke dua spesimen

tersebut negatif. Bila salah satu spesimen positif maka hasil pemeriksaan ulang dahak dinyatakan positif.

Pemeriksaan dahak untuk memantau kemajuan hasil pengobatan dilakukan pada akhir tahap intensif yaitu seminggu sebelum bulan ke 2 pengobatan kategori 1, atau seminggu sebelum akhir bulan ke 3 pengobatan kategori 2. Pemeriksaan ulang dahak pada akhir pengobatan intensif dilakukan untuk mengetahui apakah telah terjadi konversi dahak, yaitu perubahan dari BTA positif menjadi BTA negatif. Konversi dahak merupakan cara untuk mengetahui kemajuan hasil pengobatan penderita tuberkulosis pada orang dewasa. Konversi dahak adalah perubahan hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis penderita tuberkulosis paru BTA positif menjadi BTA negatif pada akhir pengobatan tahap intensif. Angka konversi adalah merupakan prosentase penderita baru TB Paru BTA positif yang mengalami konversi menjadi BTA negatif setelah menjalani masa pengobatan intensif (Departemen Kesehatan, 2000).

Pemantauan hasil pengobatan juga dilakukan pada sebulan sebelum akhir pengobatan dan akhir pengobatan. Pemeriksaan sebulan sebelum akhir pengobatan yaitu seminggu sebelum akhir bulan ke 5 pengobatan kategori-1, atau seminggu sebelum akhir bulan ke 7 pengobatan kategori 2. Sedangkan pemeriksaan dahak pada akhir pengobatan yaitu dilakukan seminggu sebelum akhir bulan ke 6 pengobatan kategori 1, atau seminggu sebelum akhir bulan ke 8 pengobatan kategori 2. Pemeriksaan dahak pada sebulan sebelum akhir pengobatan dan akhir pengobatan bertujuan untuk menilai hasil pengobatan sembuh atau gagal (Departemen Kesehatan, 2000).



2.3.5. Efek Samping OAT

Pada saat pengobatan penderita tuberkulosis dapat menyelesaikan pengobatan tanpa efek samping, maupun dapat mengalami efek samping. Oleh karena itu pemantauan kemungkinan terjadinya efek samping sangat penting dilakukan selama pengobatan. Efek samping OAT bisa efek samping *berat*, yaitu efek samping yang dapat sakit serius maupun efek samping *ringan*, yaitu hanya menyebabkan perasaan yang tidak enak. Apabila penderita mengalami efek samping berat maka pemberian OAT harus dihentikan dan penderita dirujuk ke pelayanan kesehatan spesialistik. Efek samping ringan dapat ditanggulangi dengan memberikan obat-obat simtomatik atau obat sederhana dan pemberian OAT dapat diteruskan (Departemen Kesehatan, 2000).

2.4. Pengawas Menelan Obat (PMO) dalam Strategi DOTS

Pada saat ini program pemberantasan tuberkulosis paru menggunakan strategi DOTS yang telah direkomendasikan WHO. Sesuai strategi ini setiap penderita yang baru ditemukan dan mendapat pengobatan harus diawasi menelan obatnya setiap hari agar terjamin kesembuhannya, dan mencegah terjadinya resistensi. Setiap penderita tuberkulosis paru diperlukan seorang Pengawas Menelan Obat (PMO) dalam masa pengobatan. Persyaratan seorang PMO antara lain adalah a). Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun penderita, selain itu harus disegani dan dihormati oleh penderita; b). Seseorang yang tinggal dekat dengan penderita; c). Bersedia membantu penderita dengan sukarela; d). Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita.

Sebaiknya yang menjadi PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Imunisasi, dan lain-lain. Bila tak ada petugas kesehatan PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI (Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia), PKK, anggota keluarga dan tokoh masyarakat lainnya (Departemen Kesehatan, 2000).

Di Indonesia dalam upaya mendekatkan pelayanan dan mempermudah pelaksanaan pengobatan penderita tuberkulosis paru, maka untuk penderita yang rumahnya dekat dengan Puskesmas atau unit pelayanan kesehatan lainnya, pengawas pengobatan adalah petugas kesehatan, sedangkan penderita yang rumahnya jauh dari unit pelayanan kesehatan diperlukan pengawas pengobatan dari bantuan masyarakat, LSM, PPTI (Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia), tokoh masyarakat dan dasa wisma/PKK (Departemen Kesehatan, 1997). Bila PMO bukan petugas kesehatan maka pada waktu penderita mengambil obat, dosis untuk hari itu harus diminum dihadapan petugas kesehatan.

Sebelum pengobatan pertama kali dimulai harus ditunjuk seorang PMO, kemudian PMO dan penderita diberi penyuluhan singkat tentang gejala penderita tersangka tuberkulosis paru, tanda efek samping obat dan mengetahui cara mengatasinya, kegunaan periksa dahak ulang serta cara memberi penyuluhan tuberkulosis (Departemen Kesehatan, 1999).

Informasi penting yang perlu difahami oleh PMO adalah tentang : tuberkulosis bukan penyakit menurun atau kutukan, dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur, tata laksana penderita pada tahap intensif dan lanjutan, pentingnya berobat teratur sehingga perlu diawasi, efek samping obat dan tindakan

yang harus dilakukan bila terjadi efek samping tersebut, dan cara penularan dan pencegahan penularan (Departemen Kesehatan, 2000).

Tugas dari seorang PMO antara lain adalah mengawasi penderita tuberkulosis paru agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan, memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat teratur, mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu yang ditentukan dan memberi penyuluhan pada anggota keluarga penderita yang mempunyai gejala-gejala tersangka tuberkulosis untuk memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan (Departemen Kesehatan, 2000)..

2.5. Faktor-faktor Risiko Yang Mempengaruhi Hasil Pengobatan

Faktor risiko yang dianggap berpengaruh terhadap hasil pengobatan adalah (Mangunegoro dan Suryatenggara, 1994) : yang dianggap relatif tidak penting (istirahat, perumahan, diet, perawata, iklim, sanatorium, faktor psikis); relatif penting (luasnya penyakit); penting (kemoterapiadkuat, keteraturan berobat)

2.5.1. Kepatuhan berobat

Kepatuhan adalah suatu perilaku dari seseorang yang secara tetap dan periodik untuk melakukan aktivitasnya. Perilaku kepatuhan berobat seseorang pada dasarnya adalah respon seseorang atau masyarakat terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakitnya, system pelayanan kesehatan dan pengobatannya (Notoatmodjo S., 1993). Kepatuhan berobat seorang penderita tuberkulosis paru meliputi pengambilan obat ke Puskesmas secara teratur, minum OAT secara teratur

dan memeriksakan dahak ulang pada akhir pengobatan tahap intensif dan pada akhir pengobatan.

Kepatuhan penderita untuk minum obat secara teratur merupakan faktor utama keberhasilan pengobatan (Surya Tenggara, 1992). Keteraturan minum obat diukur dari kesesuaiannya dengan aturan yang ditetapkan, dengan pengobatan lengkap sampai selesai dalam jangka waktu enam bulan.

Frekwensi pengambilan obat yang paling ideal adalah setiap kali/hari datang minum obat di depan petugas. Pada prakteknya sulit dilaksanakan terutama bagi penderita yang rumahnya jauh. Frekwensi pengambilan obat dapat diberikan langsung kepada penderita atau melalui pengawas pengobatan sekali seminggu untuk tahap intensif dan sekali sebulan untuk fase lanjutan.

2.5.2. Umur penderita

Umur penderita dapat mempengaruhi metabolisme dan efek kerja obat. Pada bayi dan orang tua fungsi ekskresi ginjal kurang sempurna, sehingga akan menimbulkan efek yang lebih kuat dan panjang pada kelompok umur ini. Fungsi ginjal menurun sejak umur 20 tahun, pada umur 50 tahun menurun 25% dan pada umur 75 tahun menurun 50% (Tanzil, 1992).

2.5.3. Pekerjaan dan pendidikan

Secara ekonomi, penyebab utama berkembangnya kuman-kuman tuberkulosis di Indonesia disebabkan karena masih rendahnya pendapatan perkepala, kurang terpeliharanya gizi dan nutrisi serta hal-hal lain yang menyangkut buruknya

lingkungan seperti keadaan perumahan yang kurang sesuai dengan kaidah kesehatan, keadaan sanitasi yang masih kurang sempurna dan lain sebagainya (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994). Pada umumnya yang terserang penyakit tuberkulosis adalah golongan masyarakat yang berpenghasilan rendah. Kemiskinan dan jauhnya jangkauan pelayanan kesehatan dapat menyebabkan penderita tidak mampu membiayai angkutan ke puskesmas. Pada umumnya kebutuhan primer sehari-hari lebih penting dari pada pemeliharaan kesehatan.

Kekhawatiran kehilangan pekerjaan karena sering tidak masuk kerja disebabkan seringnya berobat adalah suatu keadaan yang menghambat meneruskan pengobatan karena pekerjaan lebih penting dari pengobatan.

Pendidikan juga mempengaruhi kegagalan pengobatan, makin rendahnya pendidikan penderita menyebabkan kurangnya pengertian penderita terhadap penyakit dan bahayanya (Zoebir, 1981). Pendidikan berkaitan dengan pengetahuan penderita tentang tuberkulosis paru, sehingga masih ada penderita terutama yang tingkat pendidikannya rendah tidak mengetahui bahwa waktu pengobatan belum selesai atau penyakitnya belum sembuh. Penderita dengan pendidikan rendah kurang mengerti akan penyakit yang dideritanya serta bahayanya bila tidak diobati secara tuntas.

2.5.4. KIE oleh petugas kesehatan

Agar penderita mau minum obat dengan teratur dan patuh terhadap aturan yang diberikan oleh petugas kesehatan perlu adanya KIE (komunikasi informasi dan edukasi) yang berkesinambungan dari petugas kesehatan baik medis maupun

paramedis, sehingga termotivasi untuk minum obat secara teratur. Jadi disini bagaimana petugas kesehatan agar dapat mengubah perilaku orang tersebut sehingga mempunyai dorongan dalam dirinya sendiri atau mampu memberikan dorongan menjadi suatu kebutuhan untuk berobat secara teratur. Dengan berobat secara teratur tersebut akan meningkatkan kemajuan pengobatan bahkan sampai mencapai kesembuhan.

Alasan kemungkinan terjadinya ketidak teraturan pengobatan tuberculosis paru adalah karena rasa bosan berobat disebabkan pengobatan terlalu lama, penderita sudah merasa sehat setelah mendapat pengobatan beberapa lama, kurangnya pengetahuan penderita tentang penyakit tuberculosis, jauhnya jarak rumah penderita dengan Puskesmas, petugas kesehatan yang tidak mengingatkan penderita bila lalai dalam pengobatan dan adanya anggapan bahwa pengobatan di Puskesmas kurang baik (Pasaribu dan Barus, 1980).

2.5.5. Efek samping obat

Adanya efek samping OAT merupakan salah satu sebab kegagalan pengobatan (Mangunnegoro dan Suryatenggara, 1994). Hal ini akan bisa berkurang apabila ada penyuluhan sebelumnya, sehingga penderita tahu lebih dulu tentang efek samping obat dan tidak cemas (Departemen Kesehatan, 1996). Bila terjadi efek samping obat yang ringan seperti mual, muntah, diare, sakit kepala, gangguan pencernaan, nyeri pada bekas suntikan, penderita akan menghentikan pengobatannya tanpa terlebih dahulu berkonsultasi dengan dokter yang merawatnya.

2.5.6. Obat anti tuberkulosis sebelumnya

Pemakaian OAT sebelum diartikan sebagai OAT yang diberikan sebelum penderita mendapatkan OAT yang sedang dievaluasi, akan tetapi tidak mengalami penyembuhan. Pemakaian OAT sebelumnya berkaitan dengan resistensi, makin lama makin sering dan makin tidak teratur pemakaian obat akan makin meningkat kemungkinan resistensi OAT terhadap *M. tuberculosis*. Menurut Grandes dkk., (1993) tidak terjadinya penyembuhan antara lain disebabkan karena resistensi kuman terhadap OAT. Penderita yang pernah minum OAT selama satu bulan atau lebih mempunyai kemungkinan yang lebih tinggi untuk menjadi kebal terhadap obat (Departemen Kesehatan, 1994).

2.5.7. Riwayat penyakit yang menyertai

Menurut Bahar (1990) yang dapat menyebabkan kegagalan pengobatan adalah lesi paru yang terlalu luas/sakit berat, penyakit lain yang menyertai seperti *diabetes melitus* dan alkoholisme serta adanya gangguan imunologis. Salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya gangguan imunologis yang mempengaruhi proses penyembuhan penyakit adalah akibat gizi yang kurang baik (Atmosukarto, 1993). Terjadinya hubungan antara tuberkulosis dengan diabetes melitus ini tidak jelas patofisiologisnya, akan tetapi diperkirakan disebabkan karena tingginya kadar gliserol dan ketone akan memudahkan terjadinya pertumbuhan basil (Serirat dkk., 1981).

2.5.8. Merokok dan minum alkohol

Merokok dan alkohol merupakan bahan toksik yang mempengaruhi kondisi kesehatan apabila seseorang mengkonsumsinya secara terus menerus. Menurut Girdano, (1975), didalam rokok terkandung lebih dari 2000 zat kimia, 1200 diantaranya sebagai bahan beracun. Kebiasaan merokok telah terbukti hubungan dalam paling sedikit 25 jenis penyakit dari dari berbagai organ manusia. Penyakit itu antara lain kanker mulut, esophagus, faring, laring, paru, juga ditemukan penyakit paru obstruktif kronis dan penyakit paru lainnya. Alkohol dapat menimbulkan kerusakan otak, amnesia, kardiomiopati, sirosis hati, mabuk, penumpukan lemak di hati, gastritis, hepatitis, pankreatitis, neuropati dan askorbut (WHO, 1994).

2.5.9. Pengawas pengobatan

Dokter dalam pengawasan pengobatan, sebaiknya mengikut sertakan keluarga sebagai pengawas pengobatan, agar penderita dapat berobat secara kontinyu (Mangunnegoro dan Suryatenggara, 1994). Menurut Departemen Kesehatan (1997) untuk menjamin kesembuhan, mencegah *resistensi*, keteraturan pengobatan dan mencegah *drop out*/lalai perlu diadakan pengawasan dan pengendalian pengobatan dengan pendekatan DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) oleh pengawas pengobatan setiap hari.

Dukungan keluarga dan masyarakat mempunyai andil yang besar dalam peningkatan kepatuhan pengobatan penderita, dengan adanya pengawasan dan pemberi semangat terhadap penderita (Becker, 1977).

2.6. Kinerja PMO

2.6.1. Pengertian Kinerja

Batasan Kinerja (*job performace*) yang dikutip oleh Moh. As'ad tahun 1982, yang dikemukakan oleh N.R.F. Meier ialah kesuksesan seseorang dalam melaksanakan suatu pekerjaan, yang dikemukakan E.E Lawler III dan L.W. Porter menyatakan kinerja adalah "*successful role achievement*" yang diperoleh seseorang dari perbuatan-perbuatannya, dengan kata lain kinerja adalah keberhasilan seseorang dalam melaksanakan suatu pekerjaan. Batasan tersebut dapat dikatakan bahwa kinerja adalah hasil kerja yang dicapai oleh seseorang melalui aktivitas kerja tertentu menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan.

Henry Simamora (Simamora, 1997) dikatakan bahwa kinerja merupakan suatu pencapaian persyaratan tertentu terhadap suatu pekerjaan yang dilakukan yang akhirnya secara langsung dapat tercermin dalam *output* yang dihasilkan. Mengacu pada pendapat tersebut di atas sehingga dapat dibatasi arti kinerja pengawas menelan obat (PMO) adalah hasil kerja yang dicapai oleh PMO melalui aktivitas kerja yang telah ditentukan menurut kriteria yang berlaku bagi pekerjaan tersebut.

2.6.2. Teori Kinerja

Daniel C. Feldman dan Hugh J. Arnold (1988) yang dikutip oleh Sunuharyo (1995) menyatakan bahwa kinerja merupakan perpaduan antara motivasi yang ada pada diri seseorang dan kemampuan dalam melaksanakan suatu pekerjaan. Jadi ada dua hal penting terdapat pada pribadi seseorang yang diperlukan untuk mencapai kinerja yang optimal, yaitu motivasi dan kemampuan, sehingga adakalanya seseorang

mempunyai kemampuan kerja yang tinggi akan tetapi motivasi kerjanya rendah, sehingga kinerjanya tidak sesuai dengan yang diharapkan oleh organisasi.

Seperti yang dikutip oleh Gibson et al. (1996), Victor H. Vroom dalam “*Expectancy Theory*” mengemukakan bahwa kinerja merupakan hasil interaksi antara motivasi dan kemampuan, yang dirumuskan dengan formula sebagai berikut :

$$P \text{ (performance)} = M \text{ (motivation)} \times A \text{ (ability)}$$

Keterangan : P = *Performance* (Kinerja)

M = *Motivation* (motivasi)

A – *Ability* (Kemampuan)

Berdasarkan teori diatas maka apabila seseorang pegawai/petugas salah satu komponennya rendah maka kinerjanya atau prestasi kerjanya pasti akan rendah pula, jika kinerjanya rendah maka bisa merupakan hasil dari motivasi yang rendah atau kemampuannya tidak baik, atau kedua-duanya (motivasi dan kemampuan) yang rendah.

2.6.3. Cara Penilaian Kinerja

Penilaian terhadap kinerja (*performant appraisal*) merupakan suatu aktivitas penting yang harus dilakukan agar dapat dilihat hasil dari pelaksanaan kerja sesuai kriteria yang berlaku bagi pekerjaannya. Agar penilaian kinerja dapat bermanfaat,

maka penilaian harus dilakukan secara adil, tidak memihak, dan harus menggambarkan hasil kerja yang aktual dan akurat.

Menurut Notoatmodjo (1992) dan Handoko (1992), agar penilaian dapat mencapai tujuan maka ada dua hal yang perlu diperhatikan, yakni :

- 1). Penilaian harus mempunyai hubungan dengan pekerjaan (*performance job*), artinya penilaian benar-benar menilai perilaku atau kerja dimana seseorang bekerja.
- 2). Adanya standar pelaksanaan kerja (*performance standards*), standar pelaksanaan kerja adalah ukuran yang dipakai untuk menilai kinerja tersebut. Agar penilaian efektif, maka standar penilaian hendaknya berhubungan dengan hasil-hasil yang diinginkan setiap pekerjaan.

Selanjutnya oleh Notoatmodjo (1992) dan Handoko (1992), dikatakan bahwa metode penilaian kinerja pada umumnya dikelompokkan menjadi dua, yakni : metode penilaian yang berorientasi waktu yang lalu dan metode penilaian yang berorientasi waktu yang akan datang. Metode yang berorientasi pada waktu yang lalu mempunyai kelebihan dalam hal perlakuan terhadap kerja yang telah terjadi, dan sampai derajat tertentu dapat diukur. Teknik-teknik penilaian ini *antara lain* : *rating scale*, *checklist*, metode peristiwa kritis (*critical incident*), metode peninjauan lapangan (*field review method*), tes dan observasi prestasi kerja (*essey evaluation*), metode evaluasi kelompok (*group appraisal*).

Sedangkan teknik-teknik penilaian yang berorientasi pada masa depan antara lain : penilaian diri (*self appraisal*), penilaian psikologis (*psychological appraisal*), pendekatan *management by objective*, teknik pusat penilaian (*assessment centre*).

Pengukuran terhadap kesuksesan PMO dalam mengawasi penderita tuberkulosis paru dilakukan dengan metode penilaian berorientasi pada masa lalu dengan teknik *checklist*.

Beberapa variabel yang mempengaruhi prestasi atau kinerja, menurut Gibson et al. (1995) antara lain adalah :

- 1) variabel *individu*, yang terbagi menjadi tiga yakni, (1) kemampuan dan ketrampilan : mental, fisik; (2) latar belakang : keluarga, tingkat sosial, pengalaman; (3) demografi : umur, asal-usul dan jenis kelamin.
- 2) variabel *organisasi* yang meliputi : sumber daya, kepemimpinan, imbalan struktur dan desain pekerjaan.
- 3) variabel *psikologis*, yang meliputi : persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

DAN HIPOTESIS



TESIS

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1. Kerangka Konseptual

Berdasarkan teori yang dijelaskan dalam tinjauan pustaka, maka faktor-faktor yang mempengaruhi hasil pengobatan Tuberkolosis Paru pada tahap intensif antar lain meliputi : 1) Kepatuhan berobat, 2) Karakteristik penderita; 3) Kinerja PMO; 4) Pelayanan Kesehatan; 5) Pemakaian obat sebelumnya; 6) Adanya penyakit kronis pada penderita.

Kepatuhan berobat dipengaruhi oleh dosis obat, keteraturan minum obat, pengambilan obat di Puskesmas dan pemeriksakan dahak ulang pada akhir tahap pengobatan intensif.

Faktor kinerja PMO dipengaruhi oleh faktor individu, yakni umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, pengalaman kerja, pengetahuan, motivasi, tanggungjawab dan kebutuhan terhadap imbalan; faktor organisasi meliputi pedoman kerja, supervisi dan fasilitas/peralatan; sedangkan faktor lingkungan kerjasama, hubungan antar manusia dan jarak antara PMO dengan penderita.

Faktor kinerja PMO dipengaruhi oleh faktor individu, yakni umur, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, pengalaman kerja, pengetahuan, motivasi, tanggungjawab dan kebutuhan terhadap imbalan; faktor organisasi meliputi pedoman kerja, supervisi dan fasilitas/peralatan; sedangkan faktor psikologi meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi.

Faktor yang diteliti dititikberatkan pada faktor kinerja petugas pengawas menelan obat (PMO), faktor penderita (karakteristik penderita) yaitu : jenis kelamin, umur, pendidikan, pengetahuan dan pekerjaan dan faktor lain dapat diduga akan mempengaruhi hasil pengobatan tuberkulosis Paru tahap intensif.

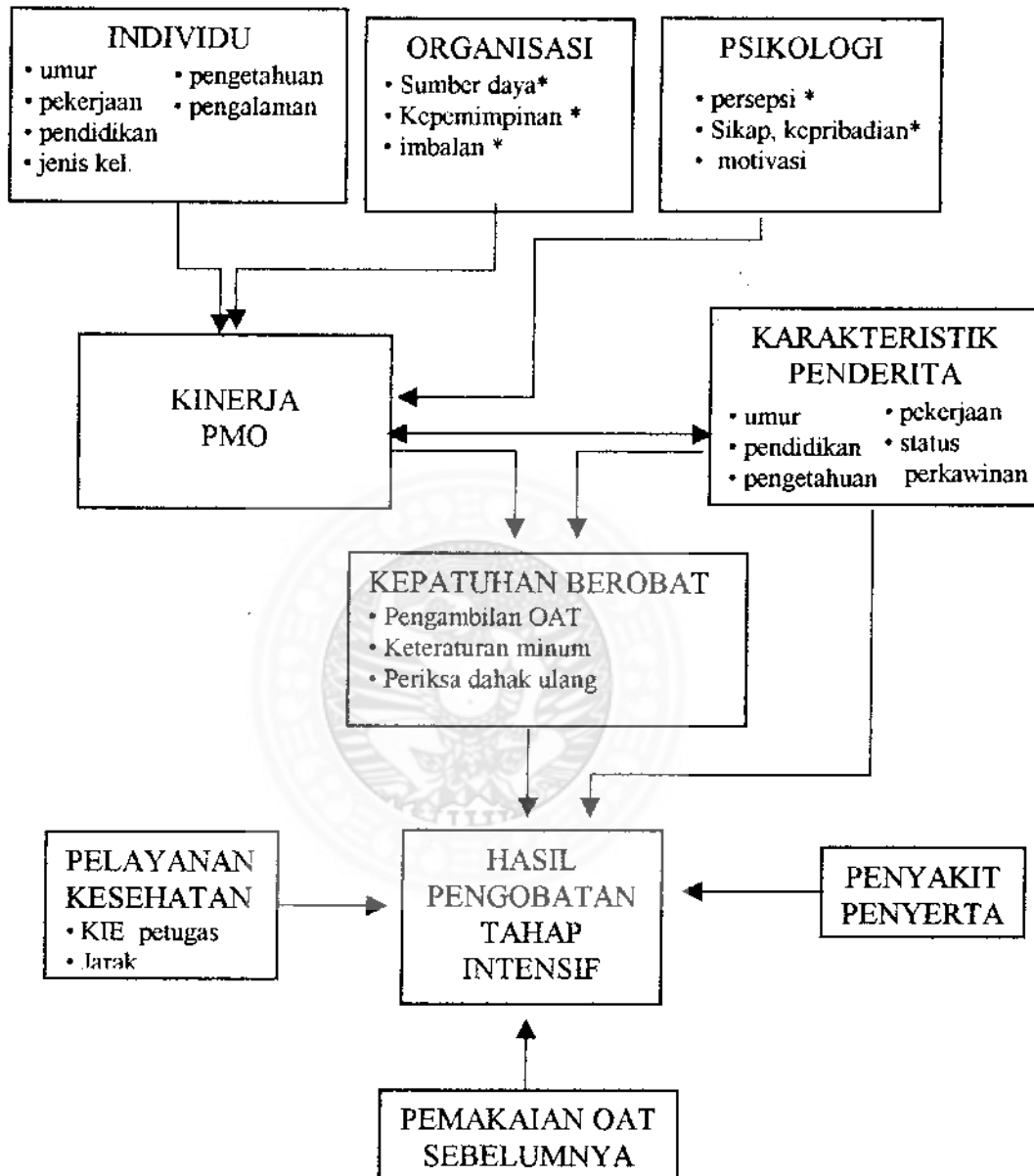
Sedangkan faktor lain yang diluar penelitian tetapi secara teori ikut mempengaruhi kemajuan hasil pengobatan seperti pemakaian OAT sebelumnya, KIE petugas kesehatan, jarak dari Puskesmas, akan di dikendalikan/disesuaikan.

Kerangka konseptual untuk mengetahui hubungan antara kinerja petugas pengawas menelan obat terhadap kemajuan hasil pengobatan penderita tuberkulosis paru pada tahap intensif dapat dilihat pada gambar 3.1.

3.2. Hipotesis

Ada hubungan antara kinerja Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan hasil pengobatan penderita tuberkulosis paru pada tahap intensif dengan strategi DOTS.

Kerangka Konseptual



Keterangan : * = Variabel yang tidak diteliti

Gambar 3.1. Kerangka Konseptual Faktor-faktor yang Mempengaruhi Hasil Pengobatan Tahap Intensif

BAB 4

METODE PENELITIAN



TESIS

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian.

Rancangan penelitian adalah Epidemiologik Analitik Observasional yaitu rancangan studi epidemiologi yang mempelajari hubungan antara paparan (faktor penelitian) dan penyakit, dengan cara membandingkan kelompok kasus dan kelompok kontrol berdasarkan status paparannya (Murti, 1997). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan variabel bebas (kinerja PMO) dengan variabel tergantung (hasil pengobatan penderita tuberkulosis paru pada tahap intensif)

Penelitian menggunakan rancangan *Case-Control Study* karena penelitian ini bersifat relatif lebih mudah dan murah dilakukan dibandingkan rancangan penelitian analitik lainnya, dan peneliti tidak perlu mengikuti perkembangan subyek mulai sakit tetapi cukup mengidentifikasi subyek yang telah selesai pengobatan tahap intensif hasil pemeriksaan dahak BTA positif dan BTA negatif.

Penderita TB Paru yang hasil pemeriksaan dahak ulang pada akhir bulan ke 2 pengobatan tidak mengalami konversi (BTA positif) dimasukkan ke dalam kelompok kasus. Penderita TB Paru yang hasil pemeriksaan dahak ulang pada akhir bulan ke 2 pengobatan mengalami konversi (BTA negatif) dimasukkan ke dalam kelompok kontrol.

4.2. Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1. Populasi

- 4.2.1.1. Populasi kasus adalah semua penderita tuberculosis paru BTA positif yang berumur ≥ 15 tahun yang telah mendapatkan pengobatan OAT kategori 1, hasil pemeriksaan dahak ulang pada akhir bulan ke 2 BTA tetap positif, yang berobat di Puskesmas tahun 2002.
- 4.2.1.2. Populasi kontrol adalah semua penderita tuberculosis paru BTA positif yang berumur ≥ 15 tahun yang telah mendapatkan pengobatan OAT kategori 1, hasil pemeriksaan dahak ulang pada akhir ke 2 BTA negatif, yang berobat di Puskesmas tahun 2002.

4.2.2. Sampel

- 4.2.2.1. Sampel kasus adalah penderita tuberculosis paru BTA positif yang berumur ≥ 15 tahun yang telah mendapatkan pengobatan OAT kategori 1, hasil pemeriksaan dahak ulang pada akhir bulan ke 2 BTA tetap positif, yang berobat di Puskesmas bulan Juni sampai dengan November tahun 2002.
- 4.2.2.2. Sampel kontrol adalah penderita tuberculosis paru BTA positif yang berumur ≥ 15 tahun yang telah mendapatkan pengobatan OAT kategori 1, hasil pemeriksaan dahak ulang pada akhir bulan ke 2 BTA negatif, yang berobat di Puskesmas bulan Juni sampai dengan bulan November tahun 2002.

4.2.2.3. Kriteria inklusi

Sampel dimasukkan dalam penelitian apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :

- 4.2.2.3.1. Penderita TB Paru BTA positif yang diobati oleh Puskesmas di wilayah kerja Kota Banjarmasin dengan obat paket dari program P2TB.
- 4.2.2.3.2. Telah menjalankan pengobatan minimal 2 bulan dan pada akhir bulan ke-2 melakukan pemeriksaan dahaknya secara mikroskopis.
- 4.2.2.3.3. Usia diatas/sama dengan 15 tahun.
- 4.2.2.3.4. Belum pernah mendapat OAT lebih dari satu bulan.

4.2.2.4. Kriteria eksklusi

Sampel tidak dimasukkan dalam penelitian apabila :

- 4.2.2.4.1. Keluar dari pengobatan
- 4.2.2.4.2. Meninggal dunia setelah pengobatan
- 4.2.2.4.3. Pindah tempat

4.2.3. Besar Sampel

Perhitungan besar sampel pada penelitian ini menggunakan rumus uji hipotesa untuk dua proporsi populasi. Besarnya sampel dihitung dengan menggunakan rumus untuk uji 2 ekor (Lemeshow, dkk. 1997), seperti di bawah ini :

$$n_1 = n_2 = \frac{\{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2 P_2(1-P_2)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

n_1, n_2 = jumlah sampel pada masing –masing kelompok kasus dan kontrol.

$Z_{1-\alpha/2}$ = *Level of significance.*

$Z_{1-\beta}$ = *Power of the test.*

P = Perkiraan proporsi kelompok yang terpapar.

P_1 =Perkiraan proporsi paparan pada kasus.

P_2 = Perkiraan proporsi paparan pada kontrol.

P_2 atau perkiraan proporsi paparan pada kelompok yang Konversi (kontrol) sebesar 30% dengan OR (Odds Ratio) sebesar 3,25 , maka P_1 atau perkiraan proporsi paparan pada kelompok yang tidak konversi (kasus) dapat dihitung sebagai berikut (Lemeshow, dkk. 1997,):

$$P_1 = \frac{OR \times P_2}{1 - P_2 + OR \times P_2} \longrightarrow P_1 = \frac{3,25 \times 0,3}{(1 - 0,3) + (3,25 \times 0,3)} = 0,58$$

Sehingga perkiraan besar sampel minimal yang diperlukan pada studi kasus kontrol, adalah sebagai berikut:

Level of significance (α) = 0,05. $Z_{1 - \frac{1}{2}\alpha} = 1,96.$ $\beta = 0,20.$

Power of the test = $1 - \beta = 80\%.$ $Z_{1 - \beta} = 0,842.$

Anticipated OR = 3,25 $P_1 = 0,58$ $P_2 = 0,30$

$$n1 = n2 = \frac{\{1,96 \sqrt{2 \times 0,3 (1 - 0,3) + 0,842 \sqrt{0,58 (1 - 0,58) + 0,30 (1 - 0,30)}}\}^2}{(0,58 - 0,30)^2}$$

$$n1 = n2 = \frac{3,3749}{0,0784} = 43 \quad (n1=n2=43, \text{ Tabel 10e. Lameshow dkk., 1997})$$

Dengan demikian besar sampel secara keseluruhan, minimal adalah sebesar 2 x 43, yaitu 86. Dengan perincian 43 orang sebagai sampel kasus dan 43 orang lainnya sebagai sampel kontrol.

4.2.4. Teknik Pengambilan Sampel

- 4.2.4.1. Pertama dilakukan pendataan semua penderita TB Paru yang berobat secara teratur di Puskesmas yang ada di Kota Banjarmasin mulai bulan Juni sampai November 2002 (Register TB 01) .
- 4.2.4.2. Penderita yang hasil pemeriksaan dahaknya menunjukkan BTA (+) atau tidak konversi diambil sebagai kelompok kasus.
- 4.2.4.3. Penderita yang hasil pemeriksaan dahaknya menunjukkan BTA (-) atau konversi diambil sebagai kelompok kontrol setelah diadakan *matching* kelompok umur, jenis kelamin dan tempat pengobatannya.

4.3. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

4.3.1. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari :

- 4.3.1.1. Variabel tergantung adalah hasil pengobatan penderita tuberkulosis paru pada tahap intensif. Hasil pengobatan ditetapkan melalui pemeriksaan dahak 2 kali, apabila hasil pemeriksaan keduanya negatif dinyatakan konversi dan apabila keduanya atau salah satu dari pemeriksaan hasilnya positif dinyatakan tidak konversi.
- 4.3.1.2. Variabel bebas yaitu : karakteristik penderita (umur, pendidikan, pekerjaan, dan pengetahuan), kinerja pengawas menelan obat (menurut umur, jenis PMO, pendidikan, pekerjaan, jarak rumah ke penderita serta peran PMO), kepatuhan berobat (keteraturan minum obat, dosis obat, pengambilan obat dan pemeriksaan dahak ulang), KIE petugas kesehatan, jarak rumah penderita dengan Puskesmas, penggunaan OAT sebelumnya, dan penyakit kronis yang menyertainya.

4.3.2. Definisi Operasional

4.3.2.1. Kasus dan Kontrol

- 4.3.2.1.1. Kasus adalah penderita tuberkulosis paru BTA positif yang berumur \geq 15 tahun yang telah mendapatkan pengobatan OAT kategori 1, hasil pemeriksaan dahak ulang pada akhir bulan ke 2 BTA tetap positif, yang berobat di Puskesmas.

4.3.2.1.2. Kontrol adalah penderita tuberculosis paru BTA positif yang berumur ≥ 15 tahun yang telah mendapatkan pengobatan OAT kategori 1, hasil pemeriksaan dahak ulang pada akhir bulan ke 2 BTA negatif, yang berobat di Puskesmas.

4.3.2.2. Hasil pengobatan

Yang dimaksud dengan hasil pengobatan adalah hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis penderita tuberculosis paru BTA positif yang dilakukan pada akhir pengobatan tahap intensif (bulan ke 2).

Hasil dibuat dua katagori, yaitu :

- 1) Konversi : apabila hasil pemeriksaan secara mikroskopis dahak menunjukkan hasil BTA negatif.
- 2) Tidak Konversi : apabila hasil pemeriksaan secara mikroskopis dahak menunjukkan hasil BTA positif.

4.3.2.3. Jenis kelamin penderita

Yang dimaksud jenis kelamin adalah jenis kelamin penderita yang dibedakan secara fisik dan atau didasarkan atas surat keterangan yang sah (Akte, KTP, Kartu Anggota, dll). Hasil ukur dibuat dua katagori, yaitu laki-laki dan perempuan.

4.3.2.4. Umur penderita

Yang dimaksud umur adalah waktu lamanya penderita menjalani kehidupan sampai dengan ulang tahun terakhir yang dinyatakan dalam tahun, dihitung mulai saat lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.

Hasil dibuat dua katagori, yaitu :

- 1) Umur muda : bila penderita mempunyai umur 15 – 49 tahun
- 2) Umur tua : bila penderita mempunyai umur ≥ 50 tahun

4.3.2.5. Pendidikan penderita

Yang dimaksud pendidikan adalah tingkat pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan oleh penderita. Hasil dibuat dua katagori, yaitu :

- 1) Pendidikan Tingkat Dasar apabila: termasuk dalam kategori Tidak Sekolah, SD Tidak Tamat, SD Tamat, SMP Tidak Tamat, Tamat SMP dan SMU Tidak Tamat.
- 2) Pendidikan Tingkat Lanjutan dan Tinggi apabila: termasuk dalam kategori SMU Tamat, Akademi Tidak Tamat dan Perguruan Tinggi Tidak Tamat, Akademi Tamat dan Perguruan Tinggi Tamat.

4.3.2.6. Pekerjaan penderita

Yang dimaksud pekerjaan adalah segala sesuatu yang dilakukan oleh penderita dengan tujuan memperoleh penghasilan, pekerjaan yang dimaksud adalah pekerjaan pokok sebagai sumber penghasilan utama.

Hasil dibuat dua katagori yaitu bekerja dan tidak bekerja.

- 1). Dinyatakan Bekerja apabila responden bekerja dengan penghasilan tetap misal : bekerja sebagai PNS/Anggota ABRI, karyawan BUMN, karyawan swasta, pedagang, petani, buruh dan wiraswasta.
- 2) Dinyatakan Tidak Bekerja apabila: penderita bekerja dengan penghasilan tidak tetap, buruh harian, menganggur atau tidak bekerja.

4.3.2.7. Status/kedudukan penderita di keluarga

Keberadaan penderita berdasarkan otoritas di keluarga penderita, dibedakan menjadi dua, yakni : Kepala Keluarga dan Bukan Kepala Keluarga.

4.3.2.8. Pengetahuan penderita

Yang dimaksud dengan pengetahuan adalah gambaran pemahaman penderita terhadap penyakit Tb Paru, yang meliputi tentang tanda-tanda sakit, penyebab, cara penularan dan akibat bila tidak teratur minum obat.

Hasil dibuat dalam dua katagori yaitu :

- 1) Pengetahuan baik apabila penderita mempunyai skor ≥ 15 ($\geq 75\%$ dari skor total).
- 2) Pengetahuan Kurang apabila penderita mempunyai skor < 15 ($< 75\%$ dari skor total).

4.3.2.9. Penyuluhan oleh tenaga kesehatan

Yang dimaksud dengan penyuluhan oleh petugas adalah kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam bentuk memberi penjelasan atau pengarahan mengenai penyakit Tb Paru dan pengobatannya.

Hasil ukur dua katagori, yaitu :

- 1) Isi penyuluhan baik, apabila penderita minimal bisa menyebutkan 4 isi penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.
- 2) Isi penyuluhan kurang, apabila penderita bisa menyebutkan kurang dari 4 isi penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

4.3.2.10. Jarak rumah penderita ke puskesmas

Yang dimaksud dengan jarak adalah persepsi penderita mengenai perjalanan yang ditempuh penderita dari rumah ke Puskesmas. Hasil dibuat dalam dua kategori, yaitu dekat dan jauh. Dekat apabila jarak dari rumah ke Puskesmas adalah kurang dari 3 km dan dinyatakan jauh apabila jarak dari rumah ke Puskesmas adalah lebih atau sama dengan 3 km.

4.3.2.11. Pemakaian OAT sebelumnya

Adalah pemakaian OAT sebelum menjalani pengobatan OAT jangka pendek yang terakhir (yang sedang diteliti). Dikategorikan menjadi dua, yaitu pernah minum dan tidak pernah minum.

4.3.2.12. Penyakit yang menyertai

Adalah penyakit spesifik (kronis) yang menyertai penderita sebelum dan selama menjalani pengobatan. Dikategorikan menjadi dua, yaitu ada penyakit dan tidak ada penyakit.

4.3.2.13. Kepatuhan berobat

Adalah kegiatan penderita menelan/ minum obat OAT pada waktu dan jumlah yang telah ditentukan sesuai aturan, tidak pernah tidak minum obat lebih dari 2 hari, tidak pernah terlambat mengambil obat di puskesmas lebih dari 2 hari serta memeriksakan dahak ulang pada akhir pengobatan tahap intensif. Dikategorikan menjadi dua, yaitu:

- 1) Tidak Patuh Berobat, apabila penderita pada pengobatan 2 bulan pertama tidak minum obat setiap hari, 4 macam, sebanyak 8 butir, pernah tidak minum obat/terlambat mengambil obat lebih dari dua hari atau tidak periksa dahak ulang pada akhir tahap intensif
- 2) Patuh Berobat, apabila penderita pada pengobatan 2 bulan pertama minum obat setiap hari, 4 macam, sebanyak 8 butir, pernah tidak minum obat/terlambat mengambil obat lebih dari dua hari atau tidak periksa dahak ulang pada akhir tahap intensif

4.3.2.14. Kinerja pengawas menelan obat (PMO)

Adalah hasil kerja yang dicapai petugas PMO melalui aktivitas-aktivitas kerja yang telah ditentukan selama penderita TB Paru menjalani pengobatan tahap intensif. Hasil dibuat dua katagori, yaitu baik dan kurang. Dinyatakan baik apabila: penderita mempunyai skor $\geq 75\%$ skor total (skor total = 36) atau lebih besar atau sama dengan 27. Dinyatakan kurang apabila penderita mempunyai skor $< 75\%$ dari skor total atau kurang dari 27.

4.3.2.15. Umur PMO

Yang dimaksud umur adalah waktu lamanya PMO menjalani kehidupan sampai dengan ulang tahun terakhir yang dinyatakan dalam tahun, dihitung mulai saat lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.

Hasil dibuat dua katagori, yaitu : umur muda dan umur tua.

- 1) Umur muda : bila penderita mempunyai umur 15 – 49 tahun.

- 2) Umur tidak produktif : bila penderita mempunyai umur ≥ 54 tahun.

4.3.2.16. Jenis kelamin PMO

Jenis kelamin PMO yang dibedakan secara fisik dan atau didasarkan atas surat keterangan yang sah (Akte, KTP, Kartu Anggota, dll). Hasil dibuat dua katagori, yaitu laki-laki dan perempuan.

4.3.2.17. Status perkawinan

Adalah status petugas PMO dalam suatu ikatan perkawinan.

Hasil dibuat 2 kategori, yakni kawin/duda/janda dan belum kawin

4.3.2.18. Pengalaman kerja

Pengalaman kerja/masa kerja petugas menjadi PMO penderita TB Paru.

Kategori dibuat berdasarkan pengalaman PMO mengawasi penderita : yang pernah diawasinya.

- 1) PMO baru : petugas baru pertama menjadi PMO pada subyek penelitian.
- 2) PMO lama : petugas pernah menjadi PMO selain pada subyek penelitian.

4.3.2.19. Pendidikan PMO

Yang dimaksud pendidikan adalah tingkat pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan oleh PMO.

Hasil dibuat dua katagori, yaitu :

- 1) Pendidikan Tingkat Dasar apabila: termasuk dalam kategori Tidak Sekolah, SD Tidak Tamat, SD Tamat, SMP Tidak Tamat, Tamat SMP dan SMU Tidak Tamat.

- 2) Pendidikan Tingkat Lanjutan dan Tinggi apabila: termasuk dalam kategori SMU Tamat, Akademi Tidak Tamat dan Perguruan Tinggi Tidak Tamat, Akademi Tamat dan Perguruan Tinggi Tamat.

4.3.2.20. Pekerjaan PMO

Yang dimaksud pekerjaan adalah segala sesuatu yang dilakukan oleh PMO dengan tujuan memperoleh penghasilan, pekerjaan yang dimaksud adalah pekerjaan pokok sebagai sumber penghasilan utama.

Hasil dibuat dua katagori yaitu bekerja dan tidak bekerja.

- 1) Dinyatakan Bekerja apabila PMO bekerja dengan penghasilan tetap misal : bekerja sebagai PNS/Anggota ABRI, karyawan BUMN, karyawan swasta, pedagang, petani, wira swasta.
- 2) Dinyatakan Tidak Bekerja apabila PMO bekerja dengan penghasilan tidak tetap, buruh/pekerja harian, menganggur atau tidak bekerja.

4.3.2.21. Jarak rumah PMO dengan penderita

Yang dimaksud dengan jarak adalah presepsi PMO mengenai perjalanan yang ditempuh PMO ke rumah penderita. Hasil dibuat dua katagori, yaitu dekat dan jauh. Dinyatakan jauh bila jarak lebih besar/sama dari 3 Km dan dekat bila jarak kurang dari 3 Km.

4.3.2.22. Pengetahuan PMO

Yang dimaksud dengan pengetahuan adalah gambaran pemahaman petugas

PMO terhadap penyakit TB Paru, yang meliputi tentang tanda-tanda sakit, penyebab, cara penularan dan akibat bila tidak teratur minum obat.

Hasil dibuat dalam dua katagori yaitu :

- 1) Pengetahuan baik apabila petugas PMO mempunyai skor total ≥ 15 (75% dari skor total 20)
- 2) Pengetahuan kurang apabila petugas PMO mempunyai skor total < 15 .

Secara singkat definisi operasional, alat ukur dan katagori masing-masing variabel yang diteliti dapat dilihat pada table 4.1.

Tabel 4.1. Daftar Variabel, Definisi Operasional, Skala dan Kategori

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Kategori (Hasil ukur)
1	Hasil pengobatan	adalah hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis penderita tuberculosis paru BTA positif yang dilakukan pada akhir pengobatan tahap intensif (bulan ke 2).	Lembar pengamatan TB 01	Nominal	1= Konversi 2= Tidak konversi
2	Jenis Kelamin Penderita	Jenis kelamin penderita yang dibedakan secara fisik dan atau didasarkan atas surat keterangan yang sah (Akte, KTP, Kartu Anggota, dll).	Kuesioner nomor 3	Nominal	1= Laki-laki 2= Perempuan
3	Umur penderita	Yang dimaksud umur adalah waktu lamanya penderita menjalani kehidupan sampai dengan ulang tahun terakhir yang dinyatakan dalam tahun, dihitung mulai saat lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Kuesioner nomor 4	Nominal	1. Produktif 2. Tidak Produktif

4	Pendidikan Penderita	Tingkat pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan oleh penderita. Hasil ukur dibuat dua kategori, yaitu : 1. Pendidikan Tingkat Dasar apabila: termasuk dalam kategori Tidak Sekolah, SD Tidak Tamat, SD Tamat, SMP Tidak Tamat, Tamat SMP dan SMU Tidak Tamat. 2. Pendidikan Tingkat Lanjutan dan Tinggi apabila: termasuk dalam kategori SMU Tamat, Akademi Tidak Tamat dan Perguruan Tinggi Tidak Tamat, Akademi Tamat dan Perguruan Tinggi Tamat	Kuesioner nomor 6	Ordinal	1= Pendidikan dasar 2= Pendidikan tingkat lanjutan.
5	Pekerjaan penderita	Segala sesuatu yang dilakukan oleh penderita dengan tujuan memperoleh penghasilan, pekerjaan yang dimaksud adalah pekerjaan pokok sebagai sumber penghasilan utama.	Kuesioner nomor 7	Nominal	1= Bekerja 2= Tidak bekerja
6	Status/ kedudukan penderita	Keberadaan penderita berdasarkan otoritas di keluarga penderita.	Kuesioner no. 8	Nominal	1= Kepala Keluarga/KK 2= Bukan KK
7	Pengetahuan penderita	Gambaran pemahaman penderita terhadap penyakit Tb Paru, yang meliputi tentang tanda-tanda sakit, penyebab, cara penularan dan akibat bila tidak teratur minum obat. a. Dinyatakan Pengetahuan Baik apabila: penderita mempunyai skor total ≥ 15 b. Dinyatakan Pengetahuan Kurang apabila penderita mempunyai skor total < 15 .	Kuesioner no. 9 – 18	Nominal	1= Pengetahuan Baik. 2= Pengetahuan Kurang

8	Penyuluhan oleh Petugas Kesehatan	<p>Kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam bentuk memberi penjelasan atau pengarahan mengenai penyakit Tb Paru dan pengobatannya.</p> <p>Hasil ukur dua katagori, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Isi penyuluhan baik, apabila penderita minimal bisa menyebutkan 4 isi penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. 2. Isi penyuluhan kurang, apabila penderita bisa menyebutkan kurang dari 4 isi penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan. 	Kuesioner no. 19-22	Nominal	<p>1= Isi Penyuluhan baik</p> <p>2= Isi Penyuluhan kurang</p>
9	Jarak rumah ke Puskesmas	<p>Presepsi penderita mengenai perjalanan yang ditempuh penderita dari rumah ke Puskesmas.</p> <p>Katagori, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dekat, (< 3 Km) 2. Jauh (≥ 3 Km) 	Kuesioner no. 23	Ordinal	<p>1= Dekat</p> <p>2= Jauh</p>
10	Pemakaian OAT sebelumnya	Pemakaian OAT sebelum menjalani pengobatan pada saat penelitian	Kuesioner nomo 26-28	Nominal	<p>1=Pernah</p> <p>2=Tidak pernah</p>
11	Penyakit yang menyertai	Penyakit kronis yang menyertai penderita sebelum atau selama pengobatan	Kuesioner nomo 29-31	Nominal	<p>1=ada penyakit</p> <p>2=Tidak ada penyakit</p>
12	Kepatuhan berobat	Adalah kegiatan penderita menelan/ minum obat OAT pada waktu dan jumlah yang telah ditentukan sesuai aturan, tidak pernah tidak minum obat lebih dari 2 hari, tidak pernah terlambat mengambil obat di puskesmas lebih dari 2 hari serta memeriksakan dahak ulang pada akhir pengobatan tahap intensif. Dikategorikan menjadi dua, yaitu:	Kuesioner no. 32-39	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patuh 2. Tidak patuh

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak Patuh Berobat, apabila penderita pada pengobatan 2 bulan pertama tidak minum obat setiap hari, 4 macam, sebanyak 8 butir, pernah tidak minum obat/terlambat mengambil obat lebih dari dua hari atau tidak periksa dahak ulang pada akhir tahap intensif 2. Patuh Berobat, apabila penderita pada pengobatan 2 bulan pertama minum obat setiap hari, 4 macam, sebanyak 8 butir, tidak pernah tidak minum obat/terlambat mengambil obat lebih dari dua hari dan periksa dahak ulang pada akhir tahap intensif. 			
13	Kinerja PMO	<p>Adalah hasil kerja yang dicapai petugas PMO menurut penderita melalui aktivitas-aktivitas kerja yang telah ditentukan selama penderita TB Paru menjalani pengobatan tahap intensif. Hasil ukur dibuat dua katagori, yaitu baik dan kurang.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dinyatakan baik apabila: penderita mempunyai skor lebih besar atau sama dengan 27 dari skor total. 2. Dinyatakan kurang apabila penderita mempunyai skor kurang 27 dari skor total 	Kuesioner nomor 42 – 59	Nominal	1= Baik 2=Kurang
14	Umur PMO	Waktu lamanya PMO menjalani kehidupan sampai dengan ulang tahun terakhir yang dinyatakan dalam tahun, dihitung mulai saat lahir sampai dengan ulang tahun terakhir.	Kuesioner no. 2	Nominal	1= Muda 2= Tua
15	Jenis Kelamin PMO	Jenis kelamin PMO yang dibedakan secara fisik dan atau didasarkan atas surat keterangan yang sah (Akte, KTP, Kartu Anggota, dll).	Kuesioner no. 3	Ordinal	1=Laki-laki. 2= Perempuan

16	Status Perkawinan	Status petugas PMO dalam ikatan perkawinan. Dibedakan menjadi 3 kategori.	Kuesioner no. 4	Nominal	1= Belum Kawin 2= Kawin 3=Janda/duda
17	Pengalaman Kerja PMO	Pengalaman kerja/masa kerja petugas menjadi PMO penderita TB Paru. Kategori dibuat berdasarkan jumlah penderita yang pernah diawasinya. a. PMO baru : petugas baru pertama menjadi PMO pada subyek penelitian. b. PMO lama : petugas pernah menjadi PMO selain pada subyek penelitian.	Kuesioner nomor 10	Nominal	1=PMO Baru 2=PMO Lama
18	Pendidikan PMO	Tingkat pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan oleh PMO.	Kuesioner no. 5	Ordinal	1= Pendidikan dasar 2=Pendidikan lanjutan.
20	Jarak PMO ke Penderita	Presepsi PMO mengenai perjalanan yang ditempuh penderita dari rumah ke rumah penderita. Kategori, yaitu dekat dan jauh. Dinyatakan dekat bila jarak kurang/sama dengan 2 Km (≤ 2 km) dan jauh bila jarak sama/lebih dari 3 Km (≥ 3 km).	Kuesioner no. 11	Nominal	1= Dekat 2= Jauh
21	Pengetahuan PMO	Gambaran pemahaman penderita terhadap PMO, yang meliputi tentang tanda-tanda sakit, penyebab, cara penularan dan akibat bila tidak teratur minum obat. 1. Dinyatakan Pengetahuan Baik apabila: penderita mempunyai total skor ≥ 15 2. Dinyatakan Pengetahuan Kurang apabila penderita mempunyai total skor kurang dari 15.	Kuesioner no. 12-21	Nominal	1=Pengetahuan Baik. 2= Pengetahuan Kurang

4.4. Instrumen Penelitian

- 4.4.1. Peralatan Laboratorium untuk memeriksa dahak ulang, Register TB 01, untuk mencatat perkembangan penderita TB Paru BTA positif dan melihat hasil pemeriksaan mikroskopis pada akhir pengobatan fase intensif (tahap awal) untuk menentukan adanya konversi atau tidak.
- 4.4.2. Format kuesioner, untuk mendapatkan informasi dari subyek penelitian dilakukan wawancara terstruktur terhadap kasus maupun pembanding.

4.5. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah Kota Banjarmasin dengan data penderita tuberkulosis paru yang menjalani pengobatan jangka pendek strategi DOTS di seluruh Puskesmas di wilayah Kota Banjarmasin. Pelaksanaan penelitian selama 2 bulan yaitu pada bulan Desember 2002 sampai Januari 2003.

4.6. Prosedur Pengumpulan Data.

Pengumpulan data primer akan dilakukan oleh penulis sendiri dengan dibantu oleh 10 orang pewawancara yang sebelumnya telah dilatih dahulu oleh penulis. Pewawancara adalah mahasiswa Akademi Perawat Kesehatan/Akademi Gizi di Banjarmasin. Wawancara akan dilaksanakan secara langsung kepada setiap penderita dengan menggunakan daftar pertanyaan terstruktur yang telah disediakan.

Data sekunder dari Register TB 01 didapat dari Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, data sarana kesehatan, data demografi, data geografi dan lain-lain diambil dari Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.

4.7. Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk mempermudah interpretasi dan menguji hipotesis penelitian. Tahapan analisis data adalah sebagai berikut :

4.7.1. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan proporsi dari masing-masing variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun variabel tergantung, dan tidak melakukan analisa hubungan antar variabel tersebut.

4.7.2. Analisis Statistik

Dilakukan analisis dua variabel dengan dilakukan uji *Chi Square (Tes Of Independence)* untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja, serta untuk mengetahui hubungan kinerja PMO dengan kemajuan hasil pengobatan. Selanjutnya untuk melihat besarnya risiko dengan menghitung OR (*Odds Ratio*) dari faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja pengawas menelan obat serta untuk mengetahui besar faktor risiko kinerja petugas PMO terhadap kemajuan hasil pengobatan.

Untuk mengetahui hubungan secara bersama-sama beberapa variabel karakteristik PMO dan karakteristik penderita dengan variabel kinerja PMO digunakan *Multiple Logistic Regression*. Variabel yang akan diikutkan kedalam

analisis multivariate yaitu variable yang mempunyai nilai $p < 0,25$ dan 95% CI melebihi angka satu pada analisis sederhana.

Uji statistik tersebut diolah dengan menggunakan program komputer perangkat lunak SPSS versi 10.0.5.



BAB 5

HASIL PENELITIAN



TESIS

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Daerah Penelitian

5.1.1. Keadaan Geografis

Letak geografis kota Banjarmasin diantara $3^{\circ} 15'$ dan $3^{\circ} 22'$ Lintang Selatan dan $114^{\circ} 98'$ - $114^{\circ} 98'$ Bujur Timur, serta pada ketinggian 0,16 m di atas permukaan laut dan kondisi daerah berpaya-paya dan relatif datar. Pada waktu pasang hampir seluruh wilayah digenangi air.

Keadaan iklimnya adalah iklim tropis yang mempunyai dua musim dalam satu tahun yakni musim hujan dan musim kemarau. Musim hujan terjadi antara bulan November sampai April, dengan curah hujan cukup tinggi, dan musim kemarau berlangsung antara bulan Mei sampai Oktober. Suhu udara rata-rata antara 25°C sampai 38°C dan curah hujan rata-rata 195 mm per bulan dengan jumlah hari hujan 119 hari selama satu tahun.

Wilayah Kota Banjarmasin berada paling selatan dari wilayah Provinsi Kalimantan Selatan, dengan luas 72 Km^2 atau 0,22 dari pulau Kalimantan (36.785.500 Ha) dengan batas-batas : sebelah Utara dan Barat berbatasan dengan Kabupaten Dati II Barito Kuala, sebelah Selatan dan Timur Kabupaten Dati II Banjar.

Sejak tahun 2001 Kota Banjarmasin yang semula terdiri dari 4 kecamatan dikembangkan menjadi 5 kecamatan, yakni : Kecamatan Banjarmasin Utara dengan 9 Kelurahan, Kecamatan Banjarmasin Selatan dengan 11 Kelurahan, Kecamatan

Banjarmasin Barat dengan 9 Kelurahan, Kecamatan Banjarmasin Timur dengan 9 Kelurahan dan Kecamatan Banjarmasin Tengah dengan 2 Kelurahan.

5.1.2. Keadaan Demografis

Penduduk Kota Banjarmasin berdasarkan Sensus Penduduk Tahun 1990 dan Susenas Tahun 2001 berjumlah 535.949 jiwa, dengan laju pertumbuhan penduduk 2,09 persen. Banjarmasin sebagai ibu kota provinsi mempunyai kepadatan penduduk tertinggi yaitu 7.886 jiwa per Km². Secara rinci sebaran penduduk menurut umur dan jenis kelamin tersaji pada tabel 5.1.

Tabel 5.1. Sebaran Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur Kota Banjarmasin Tahun 2001.

Umur (Th)	Laki-laki		Perempuan		Jumlah	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
0 - 4	31,889	5.95 %	23,153	4.32 %	55,042	10.27 %
5 - 14	52,737	9.84 %	49,950	9.32 %	102,688	19.16 %
15 - 19	27,173	5.07 %	25,458	4.75 %	52,630	9.82 %
20 - 49	134,738	25.14 %	133,344	24.88 %	268,082	50.02 %
50 - 64	23,314	4.35 %	19,294	3.60 %	42,608	7.95 %
> 65	6,056	1.13 %	8,843	1.65 %	14,899	2.78 %
Jumlah	275,907	51.48 %	260,042	48.52 %	535,949	100.00 %

Sumber : BPS Kota Banjarmasin (Banjarmasin dalam Angka Tahun 2001)

Jumlah penduduk terbanyak pada kelompok umur 20 - 49 tahun yaitu sebesar 268.082 jiwa (50,02%), urutan kedua umur 5 - 14 tahun 102.688 jiwa (19,16%) sedangkan yang paling sedikit umur di atas 65 tahun. Jumlah penduduk secara keseluruhan laki-laki (51,48%) lebih banyak dari perempuan (48,52%).

5.1.3. Keadaan Sosial

Kemampuan membaca dan menulis merupakan ketrampilan minimum yang diperlukan oleh penduduk untuk dapat menuju hidup sehat dan sejahtera. Tidak semua usia sekolah dapat mengenyam pendidikan sesuai jenjangnya. Angka Partisipasi Murni (APM) anak sekolah dasar pada angka 88,98% yang berarti bahwa sekitar 89 persen penduduk usia antara 7 – 12 tahun yang masih bersekolah SD, makin tinggi tingkat pendidikan makin kecil pula APM-nya. APM Lanjutan Tingkat Pertama mencapai 46,72% sedangkan Sekolah Menengah Umum hanya 30,56%. Selain partisipasi sekolah pada kelompok umur tertentu, tingkat pendidikan yang ditamatkan juga dapat dijadikan indikator keberhasilan pembangunan pendidikan, seperti terlihat pada Tabel 5.2.

Tabel 5.2. Sebaran Penduduk menurut tingkat pendidikan yang ditamatkan di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

No.	Tingkat Pendidikan yang Ditamatkan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Belum Tamat SD	100.386	20,2
2	SD/MI	132.641	26,6
3	SLTP/MTs	65.060	13,1
4	SLTA/SMU	154.024	30,9
5	Akademi/Perguruan Tinggi	45.656	9,2
Jumlah		497.767	100

Sumber : Profil Kesehatan Kalsel Tahun 2000

5.1.4. Derajat Kesehatan

Derajat kesehatan merupakan tingkat keadaan kesehatan perorangan, kelompok atau masyarakat yang diukur dengan angka kematian, umur harapan

hidup, status gizi dan angka kesakitan. Angka kematian bayi (AKB) menurut Susenas 1999 Kalimantan Selatan adalah 65 bayi yang meninggal dari setiap seribu bayi lahir hidup, sedangkan angka AKB nasional adalah 49 per seribu kelahiran hidup. Angka kematian bayi di Kalimantan Selatan tersebut menduduki urutan ke 3 tertinggi di Indonesia setelah Nusa Tenggara Barat dan Sulawesi Tengah. Di Kota Banjarmasin dihitung berdasarkan Susenas 1998 mempunyai estimasi AKB 52 per seribu kelahiran hidup (Profil Kesehatan Kalsel 2000). Kematian bayi yang termonitor dari laporan seluruh Puskesmas yang ada di Kota Banjarmasin tahun 2001 sebanyak 27 anak, keadaan ini menurun jika dibandingkan dengan kematian bayi pada tahun 2000 yakni 29 orang. Angka harapan hidup waktu lahir penduduk Kalimantan Selatan 61 tahun, sedangkan umur harapan hidup di Kota Banjarmasin 64,5 tahun (Profil Kesehatan Kalsel 2000).

Jenis penyakit berdasarkan Profil Kesehatan Kota Banjarmasin Tahun 2002 yang dipantau pada Puskesmas untuk semua kelompok umur menunjukkan penyakit tertinggi adalah Diare (37,03%), selanjutnya penyakit Desentri, Pneumonia dan pada urutan ke 4 adalah penyakit TB Paru. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.3.

Berdasarkan data Dinkes Kota Banjarmasin, jumlah penemuan penderita TB Paru tahun 1999 adalah 242 orang BTA (+) dan 412 orang penderita BTA (-), rongent (+). Tahun 2000 penemuan penderita TB Paru BTA (+) 311 orang dan BTA (-) rongent (+) 342 orang. Tahun 2001 penemuan penderita BTA (+) 252 orang dan BTA (-) rongent (+) 380 orang. Angka kesembuhan penderita TB Paru BTA (+) tahun 1999 sebanyak 76,86%, dan tahun 2000 adalah 85,85%. Tahun 1999 angka konversi mencapai 74%, pada tahun 2000 angka konversi mencapai 77% dan pada

tahun 2001 angka konversi mencapai 75%. Pencapaian tersebut masih dibawah target angka konversi minimal yang ditentukan 80%.

Tabel 5.3. Sepuluh Jenis Penyakit Terbesar dari penderita rawat jalan di Puskesmas Kota Banjarmasin Tahun 2001.

No.	Jenis Penyakit	Penderita	
		Jumlah	%
1	Diare	17,737	37.03
2	Desentri	11,330	23.65
3	Pneumonia	8,927	18.64
4	TB Paru	4,724	9.86
5	Tifoid	2,485	5.19
6	Malaria	2,118	4.42
7	Campak	204	0.43
8	DBD	189	0.39
9	Kusta	118	0.25
10	Penyakit Kelamin	31	0.06
Jumlah		47,863	100.00

Sumber : Profil Kesehatan Kota Banjarmasin Tahun 2002

Keterangan : Data diambil dari 28 jenis penyakit yang diamati di Puskesmas, sisanya dimasukkan pada penyakit lainnya.

5.1.5. Sarana dan Tenaga Kesehatan

Sarana dan prasarana kesehatan yang ada di Banjarmasin adalah 7 buah Rumah Sakit Umum, 1 Rumah Sakit Jiwa, 1 Rumah Sakit Khusus Bedah, 2 Rumah Sakit Bersalin. Puskesmas yang ada di Kota Banjarmasin sebanyak 26 Puskesmas, 2 Puskesmas diantaranya adalah Puskesmas perawatan, dengan Puskesmas Pembantu sebanyak 32 buah. Secara rinci pada tabel 5.4.

Pelaksanaan program pemberantasan penyakit TB Paru di Kota Banjarmasin dari 26 Puskesmas yang ada 6 puskesmas adalah Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), 4 Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM) dan 16 Puskesmas Satelit (PS).

Tabel 5.4. Jumlah Sarana Kesehatan di Kota Banjarmasin Tahun 2002

No	Jenis Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit Umum	7
2	Rumah Sakit Khusus	1
3	Rumah Sakit Bersalin	2
4	Rumah Sakit Jiwa	1
5	Puskesmas	26
6	Puskesmas Pembantu	32
7	Balai Pengobatan	42
8	Apotik	42
9	Pusling	21

Sumber : Profil Kesehatan Kota Banjarmasin Tahun 2002

Tahun 2001 akhir dari 26 Puskesmas yang ada di Kota Banjarmasin ada 125 tenaga perawat kesehatan (SPK=107/Akper=18), tenaga dokter umum 25 orang di antaranya adalah dokter pegawai tidak tetap (PTT). Tenaga Bidan yang bertugas di seluruh Puskesmas Kota Banjarmasin berjumlah 111 orang, dengan rata-rata tenaga bidan di Puskesmas antara 3-4 orang, tenaga analis 16 orang dari 26 Puskesmas. Secara rinci terlihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5. Jenis Tenaga Kesehatan Yang Berada di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu di Kota Banjarmasin Tahun 2002

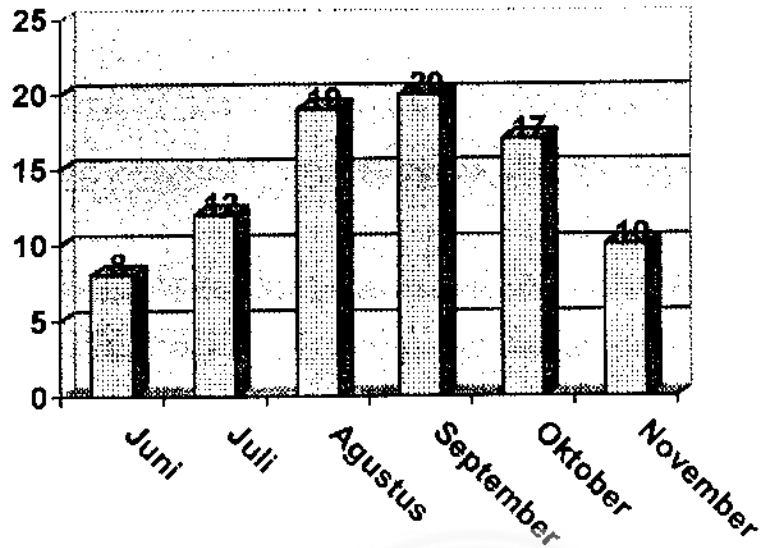
No	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah	%
1	Dokter Umum	25	4,47
2	Dokter Gigi	18	3,22
3	Bidan	111	19,89
4	Perawat (SPK=107/AKPER=18)	125	22,36
5	Perawat Gigi	60	10,73
6	Tenaga Gizi (SPRG=27/AKZI=5)	32	5,72
7	As. Apoteker	54	9,66
8	Penkes/SPPH	36	6,44
9	Analisis	16	2,86
10	Pekarya kesehatan	54	9,66
11	Lain-lain	28	5,01
Jumlah		559	100

Sumber : Profil Kesehatan Kota Banjarmasin Tahun 2002

5.2. Gambaran Hasil Penelitian

5.2.1. Distribusi Berdasarkan Waktu

Selama waktu penelitian bulan Desember 2002 sampai Januari 2003, didapatkan penderita yang mulai pengobatan pada bulan Juni 2002. Kasus paling banyak mulai berobat pada bulan September sebanyak 20 orang dan yang paling sedikit pada bulan Juni yaitu 8 orang. Secara rinci dapat dilihat pada gambar 5.1. di bawah ini.



Gambar 5.1. Grafik Distribusi Sampel Penderita TB Paru Berdasarkan Waktu Mulai Pengobatan di Kota Banjarmasin Tahun 2002

5.2.2. Distribusi Berdasarkan Tempat

Sampel tersebar pada 5 Kecamatan dan 20 Puskesmas di Kota Banjarmasin. Kecamatan yang paling banyak yaitu Banjarmasin Tengah, 24 orang (27,0%), kemudian Kecamatan Banjarmasin Timur 20 orang (23,3%), Banjarmasin Utara dan yang paling sedikit Banjarmasin Barat 6 orang (7%). Distribusi sampel masing-masing Puskesmas dapat dilihat pada Tabel 5.6.

Tempat pengambilan obat/tempat pengobatan semua penderita dalam penelitian adalah di puskesmas. Sebaran jarak rumah penderita dengan puskesmas tempat berobat sebagian besar mempunyai rumah yang berjarak sama/lebih dari 3 Km, yaitu 44 orang (51,2%), sedangkan yang penderita yang jarak rumah dengan puskesmas kurang dari 3 km sebanyak 42 orang (48,8%).

Tabel 5.6. Distribusi Frekuensi Sampel Berdasarkan Kecamatan dan Puskesmas Tempat Berobat Penderita TB Paru di Kota Banjarmasin Tahun 2002

No	Kecamatan	Puskesmas	Frekuensi	Prosentase (%)
1	Banjarmasin Barat	Kuin Raya	4	4,7
2		Teluk Tiram	2	2,3
3	Banjarmasin Timur	Cempaka Putih	4	4,7
4		9 November	6	7,0
5		Sei Bilu	2	2,3
6		Karang Mekar	4	4,7
7		Terminal	4	4,7
8	Banjarmasin Tengah	Cempaka	4	4,7
9		Telok Dalam	6	7,0
10		S. Parman	4	4,7
11		Sei Mesa	6	7,0
12		Gedang Hanyar	4	4,7
13	Banjarmasin Utara	Kayu Tangi	4	4,7
14		Alalak Tengah	6	7,0
15		Alalak Selatan	8	9,3
16	Banjarmasin Selatan	Pekauman	2	2,3
17		Kelayan Timur	8	9,3
18		Pemurus Dalam	2	2,3
19		Pemurus Baru	8	4,7
20		Beruntung Raya	2	2,3
Jumlah			86	100

Pada tabel 5.7. terlihat bahwa pada kelompok kasus terbanyak mempunyai jarak rumahnya lebih besar/sama dengan 3 Km yaitu 27 orang (62,8%), sedangkan pada kelompok kontrol terbanyak jarak rumahnya kurang dari 3 Km yaitu 26 orang (60,5%).

Tabel 5.7. Sebaran Sampel Berdasarkan Jarak Rumah Penderita ke Puskesmas Pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Jarak rumah ke puskesmas	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Sama/lebih dari 3 Km	27	62,8	17	39,5	44
Kurang dari 3 Km	16	37,2	26	60,5	42
Jumlah	43	100	43	100	86

Di puskesmas tempat pengobatan semua penderita dan PMO mendapatkan penyuluhan oleh petugas kesehatan di puskesmas. Penderita dan PMO pernah diberikan penyuluhan oleh petugas Puskesmas, hampir semua penyuluhan dilakukan oleh tenaga kesehatan (95,3%) antara lain perawat, bidan, sanitarian atau yang lain, sedangkan 4,7 % penyuluhan dilakukan oleh dokter puskesmas. Penderita ditanya tentang isi penyuluhan kemudian diberi skor, selanjutnya dikategorikan isi penyuluhan kurang, sebanyak 55 orang (64%), sedangkan isi penyuluhan baik, sebanyak 31 orang (36%). Kelompok kasus PMO yang menyatakan isi penyuluhan kurang 32 orang (74,1%) sedangkan pada kelompok kontrol PMO yang menyatakan isi penyuluhan kurang 23 orang (53,5%), secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8. Sebaran Sampel Berdasarkan Isi Penyuluhan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

Isi Penyuluhan	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Kurang	32	74,4	23	53,5	55
Baik	11	25,6	20	46,5	31
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3. Distribusi Berdasarkan Orang

5.2.3.1. Pengawas Menelan Obat (PMO)

5.2.3.1.1. Kinerja PMO

Pengukuran kinerja dilakukan dengan pertanyaan mengenai kerja atau peran PMO antara lain : mengawasi penderita menelan obat, mengingatkan penderita untuk menelan obat, mengingatkan untuk mengambil obat ke Puskesmas, memberitahu kalau ada keluhan, mengingatkan periksa dahak ulang, memberi motivasi agar minum teratur dan berobat sampai sembuh, ikut mendampingi periksa ke Puskesmas, dan memberikan penyuluhan tentang TB Paru kepada keluarga penderita atau orang lainnya.

Hasil analisis secara diskriptif sebaran kinerja PMO pada kelompok kasus dan kontrol dapat dirangkum pada tabel 5.9 di bawah ini.

Tabel 5.9. Sebaran Kinerja Pengawas Menelan Obat (PMO) pada Kelompok Kasus Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Variabel/Kategori		Kasus (n = 43)		Kontrol (n = 43)		Total (N=86)
		Jumlah	%	Jumlah	%	
1		2	3	4	5	6
Mengingatn penderita minum OAT	Tidak pernah	0	0	0	0	0
	Jarang	27	61.4	17	38.6	44
	Sering	16	38.1	26	61.9	42
Mengawasi penderita minum OAT	Tidak pernah	7	50	7	50	14
	Jarang	23	62.2	14	37.8	37
	Sering	13	37.1	22	62.9	35
Mengingatn penderita mengambil OAT	Tidak pernah	2	66.7	1	33.3	3
	Jarang	32	62.7	19	37.3	51
	Sering	9	28.1	23	71.9	32

1		2	3	4	5	6
Meningatkan penderita tidak menghentikan minum obat	Tidak pernah	11	64.7	6	35.3	17
	Jarang	23	53.5	20	46.5	43
	Sering	9	34.6	17	63.4	26
Meningatkan periksa Dahak	Tidak pernah	5	71.4	2	28.6	7
	Jarang	27	58.7	19	41.3	46
	Sering	11	33.3	22	66.7	33
Memberikan motivasi berobat secara teratur	Tidak pernah	3	100	0	0	3
	Jarang	31	58.5	22	41.5	53
	Sering	9	30	21	70	30
Memberikan motivasi berobat sampai sembuh	Tidak pernah	5	71.4	2	28.6	7
	Jarang	29	59.2	20	40.8	49
	Sering	9	30	21	70	30
Mengantar penderita mengambil obat/periksa ke puskesmas	Tidak pernah	7	70	3	30	10
	Jarang	25	56.8	19	43.2	44
	Sering	11	34.4	21	65.6	32
Memberikan penyuluhan tentang penyakit TB Paru	Tidak pernah	14	60.9	9	39.1	23
	Jarang	26	51	25	49	51
	Sering	3	25	9	75	12
Kinerja	Kurang	34	61.8	21	38.2	55
	Baik	9	29	22	71	31

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua pengawas menelan obat (PMO) mengingatkan penderita untuk minum OAT tetapi lebih dari setengah PMO jarang melakukannya, yakni 44 orang (51,2%). PMO yang jarang mengingatkan penderita minum OAT terbesar pada kelompok kasus, sedangkan PMO yang sering mengingatkan terbesar pada kelompok kontrol.

PMO sebagian tidak pernah mengawasi penderita waktu minum obat, yaitu 14 orang (16,3%). Proporsi PMO yang jarang mengawasi penderita waktu minum obat pada kelompok kasus lebih banyak, yakni 23 orang (62,2%), sedangkan

proporsi PMO yang sering mengawasi penderita minum obat pada kelompok kontrol, yaitu 22 orang (62,9%) lebih banyak dari kelompok kasus.

PMO yang tidak memberikan motivasi kepada penderita untuk berobat secara teratur hanya sebagian kecil saja, yaitu 3 orang (3,5%), tetapi sebagian besar PMO jarang memberikan motivasi agar penderita berobat teratur, yakni 53 orang (61,6%). Proporsi PMO yang melakukan jarang pada kasus lebih banyak, sedangkan proporsi yang sering melakukan pada kontrol lebih banyak dari kasus.

PMO yang tidak pernah memberikan penyuluhan tentang penyakit TB Paru cukup banyak yaitu 23 orang (26,7%). Proporsi PMO yang melakukan penyuluhan jarang pada kelompok kasus lebih banyak, sedangkan proporsi PMO yang melakukan sering, pada kelompok kontrol lebih banyak dari kelompok kasus.

Setelah dikategorikan didapatkan hasil sebanyak 55 orang PMO (64%) mempunyai kinerja kurang dan 31 orang PMO (36%) mempunyai kinerja baik. Kinerja PMO kurang sebagian besar 34 orang (61,8%) pada kelompok kasus sedangkan kinerja PMO baik sebagian besar 22 orang (70,9%) pada kelompok kontrol.

5.2.3.1.2. Umur PMO

Pada tabel tabel 5.10. dapat dilihat bahwa kelompok umur terbanyak pada umur 25 - 29 tahun sebanyak 14 orang (16,3%), kemudian umur 35-39 tahun, 40 – 44 tahun dan 45 – 49 masing-masing sebanyak 13 orang (15,1) dan yang paling sedikit pada umur > 60 tahun sebanyak 2 orang (2,3%).

Tabel 5.10. Sebaran PMO Berdasarkan Golongan Umur pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

Kelompok Umur PMO	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
15 - 19 Tahun	5	11,6	3	7,0	8
20 - 24 Tahun	2	4,7	4	9,3	6
25 - 29 Tahun	8	18,6	6	14,0	14
30 - 34 Tahun	2	4,7	1	2,3	3
35 - 39 Tahun	10	23,3	3	7,0	13
40 - 44 Tahun	6	14,0	7	16,3	13
45 - 49 Tahun	5	11,6	8	18,6	13
50 - 54 Tahun	4	9,3	6	14,0	10
55 - 59 Tahun	0	0	4	9,3	4
> 60 Tahun	1	2,3	1	2,3	2
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.1.3. Jenis Kelamin PMO

Sebaran PMO menurut jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 5.11. Jumlah PMO perempuan 54 orang (62,8%), lebih banyak dari laki-laki hanya 32 orang (37,2%), dan masing-masing jenis kelamin untuk kelompok kasus dan kelompok kontrol sama, hal tersebut terjadi karena dalam pemilihan kontrol sebelumnya dilakukan matching berdasarkan jenis kelamin.

Tabel 5.11. Sebaran PMO Berdasarkan Jenis Kelamin pada Kelompok Kasus Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

Jenis Kelamin PMO	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Laki-laki	16	37,2	16	37,2	32
Perempuan	27	62,8	27	62,8	54
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.1.4. Status Perkawinan PMO

Berdasarkan status perkawinan PMO, pada tabel 5.12. terlihat bahwa pada kelompok kasus sebagian besar PMO 34 (79,1%) orang berstatus kawin. Kelompok kontrol sebagian besar PMO berstatus kawin yakni 32 (74,4%) orang. Status belum kawin dan status duda/janda pada kelompok kontrol lebih besar sedikit dari kelompok kasus.

Tabel 5.12. Sebaran PMO Berdasarkan Status Perkawinan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Status perkawinan PMO	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Belum kawin	6	14,0	7	16,3	13
Kawin	34	79,1	32	74,4	66
Duda/Janda	3	7,0	4	9,3	7
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.1.5. Pendidikan PMO

Berdasarkan latar pendidikan formal yang telah ditamatkan, terlihat bahwa terbanyak PMO yang berpendidikan sampai tingkat SLTA/SMU. Terbukti pada tabel 5.13. dapat dilihat bahwa jumlah PMO terbesar tamat SLTA yakni 29 orang, dimana kelompok kasus 14 orang lebih sedikit dari kelompok kontrol 15 orang. Kelompok kasus tingkat pendidikan PMO yang terbanyak adalah tamat SLTA/SMU, yakni 14 orang (32,6%), sedangkan pada kelompok kontrol tamat SLTA/SMU 15 orang (34,9%) dan tamat SD/MI 14 orang (32,6%). Kelompok kasus maupun kontrol yang mempunyai PMO tingkat pendidikan sampai tingkat lanjutan atas dan perguruan tinggi lebih kecil dibandingkan tingkat pendidikan dasar.

Tabel 5.13. Sebaran PMO Berdasarkan Tingkat Pendidikan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Tingkat Pendidikan PMO	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Tidak sekolah	2	4,7	2	4,7	4
Tidak Tamat SD/MI	7	16,3	4	9,3	11
Tamat SD/MI	8	18,6	14	32,6	22
Tamat SLTP/MTs	9	20,8	7	16,3	16
Tamat SLTA/SMU	14	32,6	15	34,8	29
Tamat Perguruan Tinggi/Akademi	3	7,0	1	2,3	4
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.1.6. Pekerjaan PMO

Pekerjaan PMO sangat bervariasi mulai dari pelajar/mahasiswa, tidak bekerja/ibu rumah tangga, buruh/wiraswasta sampai pegawai pemerintah. Pekerjaan yang paling banyak adalah tidak bekerja yaitu 31 orang (30,1%) dan paling sedikit 13 orang (15,1%) adalah pegawai pemerintah dan pensiunan. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.14. Sebaran PMO Berdasarkan Pekerjaan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Pekerjaan PMO	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Tidak Bekerja	15	34,9	16	37,2	31
Buruh/Kerja harian	8	18,6	7	16,3	15
Tani/Wiraswasta/dagang	13	30,2	14	32,5	27
PNS/ABRI/Pensiunan	7	16,3	6	14,0	13
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.1.7. Pengetahuan PMO

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan mengenai penyebab, gejala-gejala penyakit, penularan penyakit, pencegahan dan pengobatan penyakit TB Paru, diperoleh data sebagai berikut :

- a. Penyebab penyakit TB Paru , terbanyak 52 orang PMO (76,5%) kurang tahu penyebab penyakit.
- b. Gejala-gejala penyakit sebagian besar PMO kurang mengetahui, yakni sebanyak 46 orang (53,5%).
- c. Penularan penyakit, sebanyak 75 orang (87,2%) PMO menganggap penyakit menular dan hanya 15 orang (17,4%) mempunyai pengetahuan yang baik mengenai cara penularannya.
- d. Pencegahan penyakit TB Paru, sebagian besar PMO 72 orang (83,7%) mengatakan penyakit TB dapat dicegah tetapi hanya 8 PMO (9,3%) yang mempunyai pengetahuan yang baik mengenai cara pencegahannya.
- e. Pengobatan Penyakit TB Paru, sebagian besar PMO 81 orang (94,2%) mengatakan penyakit TB Paru bisa disembuhkan, tetapi sebagian kecil PMO 15 orang (17,4%) kurang mengetahui upaya yang dilakukan supaya sembuh. Hampir semua PMO, 80 orang (93%) mengatakan berbahaya apabila tidak berobat teratur, tetapi 74 orang (86 %) PMO tidak tahu apa akibat bila tidak teratur berobat.

Pertanyaan tentang pengetahuan ini setelah diberi skor, dijumlah dan dikategorikan, pada penelitian ini tingkat pengetahuan PMO dikategorikan dengan pengetahuan kurang 42 orang (48,8%). PMO dengan pengetahuan kurang terbesar

padaa kelompok kasus 28 orang, sedangkan pada PMO dengan pengetahuan baik terbanyak pada kelompok kontrol, yaitu 29 orang, untuk jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.15.

Tabel 5.15. Sebaran PMO Menurut Pengetahuan pada Penelitian Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Pengetahuan PMO	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Kurang	28	65,1	14	32,6	41
Baik	15	34,9	29	67,4	45
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.1.8. Pengalaman Menjadi PMO

Pada tabel 5.16. terlihat bahwa sebagian besar PMO adalah baru 67 orang (77,9%), hanya sebagian yang pernah menjadi PMO sebelumnya yaitu 19 orang (22,1%). PMO yang baru sebagian besar tidak konversi yaitu 35 orang, sedangkan yang pernah menjadi PMO sebelumnya sebagian besar konversi, yakni 11 orang.

Tabel 5.16. Sebaran PMO Menurut Pengalaman Menjadi PMO pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Pengalaman PMO	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
PMO Baru	35	81,4	32	74,4	67
Pernah jadi PMO	8	18,6	11	25,6	19
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.1.9. Keterkaitan PMO dengan Penderita

Dilihat keterkaitan antara PMO dengan penderita berdasarkan ada tidaknya hubungan keluarga, sebagian besar PMO adalah masih ada hubungan keluarga

dengan penderita yaitu 54 orang (62,8%), sedangkan yang tidak punya hubungan keluarga/orang lain adalah 32 orang (37,2%).

Proporsi PMO bukan keluarga yang besar pada kelompok kasus, sedangkan proporsi PMO masih keluarga dengan penderita yang besar pada kelompok kontrol, secara rinci pada tabel 5.17.

Tabel 5.17. Sebaran PMO Menurut Keterkaitan Penderita dengan PMO pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Keterkaitan Penderita dengan PMO	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Bukan Keluarga	18	41,9	14	32,6	32
Keluarga	25	58,1	29	67,4	54
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.1.10. Jarak Rumah PMO dengan penderita

Tabel 5.18. terlihat bahwa sebagian besar PMO mempunyai rumah yang jaraknya dekat dengan penderita yaitu 74 orang (86%). PMO yang jarak rumahnya ke penderita yang jauh pada kasus sama dengan yang di kontrol, demikian juga pada PMO yang rumahnya dekat dengan penderita.

Tabel 5.18. Sebaran PMO Menurut Jarak Rumah PMO dengan Penderita pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Jarak rumah PMO dengan Penderita	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Jauh	6	14,0	6	14,0	12
Dekat	37	86,0	37	86,0	74
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.2. Penderita

5.2.3.2.1. Umur Penderita

Umur penderita dalam penelitian yang di dapat, umur terendah yaitu 15 tahun dan umur tertinggi 72 tahun. Sebaran penderita berdasarkan umur, terbanyak pada umur 45-49 tahun sebanyak 17 orang (19,8%), sedangkan yang paling sedikit pada kelompok umur 15 – 19 tahun yaitu 4 orang (4,6%). Secara rinci tampak pada tabel 5.19.

Umur penderita dikelompokkan menjadi 2 yaitu kelompok umur tua (≥ 50 tahun) dan umur muda (15 – 49 tahun). Hasil penelitian menunjukkan hasil bahwa penderita umur muda 68 orang (79,1%) lebih banyak dari pada umur tua 18 orang (20,9%).

Tabel 5.19. Sebaran Umur Penderita pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

Kelompok Umur Penderita TB Paru	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
15 - 19 Tahun	2	4,6	2	4,6	4
20 - 24 Tahun	4	9,3	6	14,0	10
25 - 29 Tahun	3	7,0	7	16,3	10
30 - 34 Tahun	1	2,3	4	9,3	5
35 - 39 Tahun	7	16,3	6	14,0	13
40 - 44 Tahun	7	16,3	2	4,6	9
45 - 49 Tahun	10	23,3	7	16,3	17
50 - 54 Tahun	3	7,0	2	4,6	5
55 - 59 Tahun	2	4,6	4	9,3	6
> 60 Tahun	4	9,3	3	7,0	7
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.2.2. Jenis Kelamin Penderita

Distribusi jenis kelamin penderita yang menjadi sampel penelitian laki-laki 46 orang (53,5%), masing-masing terbagi dengan besar yang sama antara kasus dan kontrol, sebagaimana terlihat pada tabel 5.20.

Tabel 5.20. Sebaran Penderita Berdasarkan Jenis Kelamin pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

Jenis Kelamin	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Laki-laki	23	53,5	23	53,5	46
Perempuan	20	46,5	20	46,5	40
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.2.3. Status Perkawinan Penderita

Berdasarkan status perkawinan penderita, pada tabel 5.21. terlihat bahwa sebagian besar penderita 63 orang status kawin. Kelompok kasus lebih banyak penderita dengan status kawin, yaitu 34 orang (79,1%) demikian juga pada kelompok kontrol, yaitu 29 orang (67,4%). Status belum kawin dan duda/janda kelompok kasus lebih sedikit dibandingkan kelompok kontrol.

Tabel 5.21. Sebaran Penderita Menurut Status Perkawinan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

Status Perkawinan	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Belum Kawin	7	16,3	9	20,9	16
Kawin	34	79,1	29	67,4	63
Duda/janda	2	4,6	5	11,6	7
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.2.4. Pendidikan Penderita

Berdasarkan latar pendidikan formal yang telah ditamatkan, terlihat bahwa masih banyak penderita yang berpendidikan sampai tingkat pendidikan dasar. Terbukti pada tabel 5.22. dapat dilihat bahwa penderita yang sampai tingkat SLTP lebih besar dibanding tingkat pendidikan atas dan perguruan tinggi. Kelompok kasus tingkat pendidikan mulai tidak sekolah sampai dengan tamat SLTP lebih banyak dibanding pada kelompok kontrol, sebaliknya pada tingkat pendidikan tamat SLTA dan tamat akademi/perguruan tinggi kelompok kontrol lebih besar dibanding pada kelompok kasus.

Tabel 5.22. Sebaran Penderita Menurut Tingkat Pendidikan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

Tingkat Pendidikan	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Tidak sekolah	1	2,3	1	2,3	2
Tidak Tamat SD	6	14,0	10	23,3	16
Tamat SD	13	30,2	11	25,6	24
Tamat SLTP	13	30,2	2	4,6	15
Tamat SLTA	9	20,9	16	37,2	25
Tamat P. Tinggi/Akademi	1	2,3	3	7,0	4
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.2.5. Pekerjaan Penderita

Pekerjaan penderita yang sebagai sampel sangat bervariasi mulai dari pelajar/mahasiswa, tidak bekerja/ibu rumah tangga, buruh/wiraswasta sampai pegawai pemerintah. Pekerjaan yang paling banyak adalah tani/wiraswasta/pedagang yaitu 30 orang (34,8%) dan pegawai pemerintah dan pensiunan hanya 8 orang (9,3%). Penderita yang bekerja sebagai buruh/kerja harian dan

PNS/ABRI/Pensiunan terlihat sedikit lebih besar dari kelompok kontrol, sedangkan pada penderita yang tidak bekerja dan tani/wiraswasta/dagang terlihat pada kelompok kasus lebih besar dibandingkan kelompok kontrol. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.23.

Tabel 5.23. Sebaran Penderita Berdasarkan Pekerjaan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

Pekerjaan Penderita TB	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Tidak Bekerja	13	30,2	15	34,9	28
Buruh/Kerja harian	11	25,6	9	20,9	20
Tani/Wiraswasta/dagang	14	32,6	16	37,2	30
PNS/ABRI/Pensiunan	5	11,6	3	7,0	8
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.2.6. Pengetahuan Penderita

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan mengenai penyebab, gejala-gejala penyakit, penularan penyakit, pencegahan dan pengobatan penyakit TB Paru, diperoleh data sebagai berikut :

- a. Penyebab penyakit TB Paru terbanyak 68 orang (79,1%) kurang tahu penyebab penyakit.
- b. Gejala-gejala penyakit sebagian besar penderita kurang mengetahui, yakni sebanyak 65 orang (75,6%).
- c. Penularan penyakit, sebanyak 74 orang (86%) penderita menganggap penyakit menular dan hanya 8 orang (9,3%) mempunyai pengetahuan yang baik mengenai cara penularannya.

- d. Pencegahan penyakit TB Paru, sebagian besar penderita 70 orang (81,4%) mengatakan penyakit TB dapat dicegah tetapi hanya 3 penderita (3,5%) yang mempunyai pengetahuan yang baik mengenai cara pencegahannya.
- e. Pengobatan Penyakit TB Paru, sebagian besar penderita 79 orang (91,9%) mengatakan penyakit TB Paru bisa disembuhkan, tetapi sebagian kecil penderita 14 orang (16,3%) kurang mengetahui upaya yang dilakukan supaya sembuh. Hampir semua penderita 84 orang (97,7%) mengatakan berbahaya apabila tidak berobat teratur, tetapi 98,8 % penderita tidak tahu apa akibat bila tidak teratur berobat.

Pertanyaan tentang pengetahuan ini diberi skor, dijumlah dan dikategorikan, pada penelitian ini tingkat pengetahuan penderita 51 orang (59,3%) dikategorikan dengan pengetahuan kurang. Penderita dengan pengetahuan kurang pada kelompok kasus lebih banyak dari pada kelompok kontrol, sedangkan penderita dengan pengetahuan baik pada kelompok kontrol lebih besar dari kelompok kasus, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.24

Tabel 5.24. Sebaran Penderita Berdasarkan Pengetahuan pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

Pengetahuan	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Kurang	32	74,4	19	44,2	51
Baik	11	25,6	24	55,8	35
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.2.7. Kedudukan Penderita Dalam Keluarga

Kedudukan penderita dalam keluarga dapat dibedakan sebagai kepala keluarga atau hanya anggota keluarga (bukan kepala keluarga), sebagian besar penderita 48 orang (53,5%) berperan bukan kepala keluarga. Penderita yang kedudukannya sebagai kepala keluarga pada kelompok kontrol lebih besar, sedangkan pada penderita yang bukan kepala keluarga pada kelompok kasus lebih besar, seperti terlihat pada tabel 5.25.

Tabel 5.25. Sebaran Penderita Berdasarkan Kedudukan dalam Keluarga pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

Kedudukan dlm keluarga	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Kepala Keluarga	18	41,9	20	46,5	38
Bukan Kepala Keluarga	25	58,1	23	53,5	48
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.2.8. Kepatuhan Penderita Berobat

Kepatuhan berobat penderita yang digali berisi pertanyaan mengenai cara minum obat, dosis obat yang diminum, keterlambatan/tidak minum obat, keterlambatan mengambil obat serta melaksanakan periksa dahak pada akhir pengobatan tahap intensif, diperoleh hasil sebagai berikut :

- a. Cara minum obat , penderita terbanyak 83 orang (95,4%) minum obat setiap hari.
- b. Dosis obat yang diminum, sebagian besar penderita minum obat berjumlah 4 macam, yakni sebanyak 81 orang (93,1%), tetapi hanya 78 orang (89,7%) minum obat TB Paru sebanyak 8 butir.

- c. Keterlambatan/tidak minum obat, sebanyak 39 orang (45,3%) penderita pernah tidak minum obat yang diberikan, dan dari 39 penderita itu sebanyak 20 orang (51,3%) tidak minum obat lebih dari 2 hari berturut-turut.
- d. Keterlambatan mengambil obat TB Paru, sebagian besar penderita 30 orang (34,9%) mengatakan pernah terlambat mengambil obat, dari 30 penderita yang pernah terlambat mengambil obat tersebut 13 orang (43,3%) terlambat lebih dari dua hari.
- e. Semua penderita 86 orang (100%) melaksanakan pemeriksaan dahak ulang pada akhir bulan ke dua setelah pengobatan.

Setelah dikategorikan, pada penelitian ini penderita yang patuh berobat sebanyak 45 orang (52%) dan yang tidak patuh berobat 41 orang (48%). Penderita yang tidak patuh berobat sebagian besar pada kelompok kasus sedangkan penderita yang patuh sebagian besar pada kelompok kontrol. Secara rinci terlihat pada tabel 5.26.

Tabel 5.26. Sebaran Penderita Berdasarkan Kepatuhan Berobat pada Kelompok Kasus dan Kontrol di Kota Banjarmasin Tahun 2002.

Kepatuhan Berobat	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Tidak Patuh	33	76,7	8	18,6	41
Patuh	10	23,3	35	81,4	45
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.2.9. Pengalaman Minum OAT Sebelumnya

Pada tabel 5.27. terlihat bahwa pada saat penelitian penderita tidak pernah menelan obat anti TB paru sebelumnya, lebih besar yaitu 60 orang (69,8%).

Penderita yang pernah minum OAT sebelumnya lebih banyak kelompok kasus yaitu 18 orang, sedangkan penderita yang belum pernah minum OAT sebelumnya lebih banyak pada kelompok kontrol yakni 35 orang.

Tabel 5.27. Sebaran Sampel Berdasarkan Pengalaman Minum OAT sebelumnya di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Pengalaman minum OAT sebelumnya	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Pernah	18	41,9	8	18,6	26
Tidak pernah	25	58,1	35	81,4	60
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.3.2.10. Penyakit Penyerta

Penderita sebagian besar 90% tidak mempunyai penyakit lain selain penyakit TB Paru dan 10% (9 orang) mempunyai penyakit lain seperti diabetes, gastritis, asma dan hipertensi. Penderita yang ada penyakit penyerta sebagian besar pada kelompok kontrol, sedangkan penderita yang tidak ada penyakit penyerta sedikit lebih besar pada kasus, seperti terlihat pada tabel 5.28.

Tabel 5.28. Ada dan Tidaknya Penyakit Lain yang diderita selain TB Paru di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Penyakit Lain	Kasus		Kontrol		Jumlah Jml
	Jml	%	Jml	%	
Ada	4	9,3	5	11,6	9
Tidak ada	39	90,7	38	88,4	77
Jumlah	43	100	43	100	86

5.2.4. Analisis Univariat

5.2.4.1. Hubungan Kinerja PMO dengan Konversi

Pada tabel 5.29. proporsi penderita dengan hasil pemeriksaan dahak tidak konversi pada kinerja PMO kurang 79,1% lebih banyak dari kinerja PMO baik. Penderita yang hasil pemeriksaan dahaknya konversi dari kinerja PMO baik 51,2% lebih banyak dari kinerja PMO kurang.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik bermakna dimana $p_{hitung} = 0,007 < \alpha = 0,05$ dengan $OR = 3,958$ (95% CI : 1,535 <OR< 10,206). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan hasil pemeriksaan dahak diantara 2 kelompok kinerja PMO, dimana PMO yang kinerja kurang mempunyai kemungkinan tidak konversi 3,958 kali lipat, dibanding PMO yang kinerja baik.

Tabel 5.29. Hubungan antara Kinerja PMO dengan Konversi di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Kinerja PMO	Kasus		Kontrol		Jumlah
	Jml	%	Jml	%	
Kurang	34	79,1 %	21	48,8 %	55
Baik	9	20,9 %	22	51,2 %	31
Jumlah	43	100 %	43	100 %	86

OR = 3,958
 $X^2 = 7,263$

CI = 95% (1,535 <OR< 10,206)
 ($p_{hitung} = 0,007 < \alpha = 0,05 \rightarrow$ Bermakna)

5.2.4.2. Hubungan Karakteristik PMO dengan Kinerja

Hasil analisis antara kinerja PMO dengan karakteristik PMO (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, pengalaman menjadi PMO, keterkaitan antara PMO dengan penderita, dan jarak rumah PMO dengan penderita) dapat dirangkum dalam tabel 5.30 dibawah ini

Tabel 5.30. Hubungan antara Karakteristik dengan Kinerja PMO di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Variabel/Kategori		Kinerja		Total N=86	OR	95% CI	P
		Kurang n=58	Baik n=28				
1		2	3	4	5	6	7
Umur	Tua	11	5	16	1,077	0,335-3,465	0,901
	Muda	47	23	70			
Jenis Kelamin	Laki-laki	24	8	32	1,765	0,667-4,666	0,250
	Perempuan	34	20	54			
Status kawin	Belum	10	3	13	1,736	0,438-6,886	0,428
	Sudah	48	25	73			
Pendidik an	Dasar	33	20	53	0,528	0,200-1,394	0,194
	Lanjutan/PT	25	8	33			
Peker- jaan	Tdk Tetap	49	24	73	0,907	0,254-3,247	0,881
	Tetap	9	4	13			
Pengeta- huan	Kurang	35	7	42	4,565	1,672-12,46	0,002
	Baik	23	21	44			
Pengala man	PMO baru	49	18	67	3,025	1,058-8,645	0,034
	PMO lama	9	10	19			

	1	2	3	4	5	6	7
Hub. Keluarga	Orang lain	26	6	32	2,979	1,052-8,433	0,035
	Keluarga	32	22	54			
Jarak rumah	Jauh	48	26	74	0,369	0,075-1,813	0,205
	Dekat	10	2	12			

5.2.4.2.1. Hubungan Umur dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.30. proporsi PMO yang mempunyai kinerja kurang pada penderita umur tua (≥ 50 tahun) 19 %, lebih sedikit dari PMO umur muda (< 50 tahun), 81%. PMO yang kinerja baik dari penderita umur tua 17 % lebih sedikit dari penderita yang umur muda 82,1 %.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $\chi^2_{hitung} = 0,901 > \alpha = 0,05$ dengan OR = 1,077 (95% CI : 0,335 <OR< 3,465). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara umur dan kinerja PMO.

5.2.4.2.2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.30. proporsi PMO yang mempunyai kinerja kurang dan kinerja baik dari jenis kelamin PMO laki-laki lebih kecil dari PMO perempuan . Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $\chi^2_{hitung} = 0,250 > \alpha = 0,05$ dengan OR = 1,765 (95% CI : 0,667 <OR< 4,666). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja PMO.

5.2.4.2.3. Hubungan Status Perkawinan dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.30 proporsi PMO yang kinerjanya kurang pada PMO yang kawin/janda/duda sebanyak 82,8 % lebih besar dari yang belum kawin. PMO yang kinerjanya baik dari PMO yang kawin 89,3 % lebih besar dari yang belum kawin/janda/duda .

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $p_{hitung} = 0,428 > \alpha = 0,05$ dengan OR = 1,736 (95% CI 0,438 <OR< 6,886). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kinerja PMO.

5.2.4.2.4. Hubungan Pendidikan dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.30. proporsi PMO yang kinerja baik, dari PMO yang tingkat pendidikan dasar 71,4% lebih besar dari pada tingkat pendidikan lanjutan atas dan perguruan tinggi.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $p_{hitung} = 0,194 > \alpha = 0,05$ dengan OR = 0,528 (95% CI 0,200 <OR< 1,394). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja PMO.

5.2.4.2.5. Hubungan Pekerjaan dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.30. proporsi PMO yang punya kinerja kurang dan kinerja baik pada PMO yang tidak bekerja/bekerja dengan penghasilan tidak tetap lebih banyak dari penderita yang bekerja/bekerja dengan penghasilan tetap.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $\chi^2_{hitung} = 0,881 > \alpha = 0,05$ dengan OR = 0,907 (95% CI : 0,254 <OR< 3,247). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kinerja PMO.

5.2.4.2.6. Hubungan Pengetahuan dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.30. proporsi PMO yang mempunyai kinerja kurang, pada PMO tingkat pengetahuan kurang sebanyak 60,3 % lebih banyak dari yang tingkat pengetahuan baik . PMO yang mempunyai kinerja baik dari tingkat pengetahuan baik 75% lebih besar dari tingkat pengetahuan kurang.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik bermakna dimana $\chi^2_{hitung} = 0,002 < \alpha = 0,05$ dengan OR = 4,565 (95% CI : 1,672 <OR< 12,462). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kinerja PMO, dimana PMO dengan tingkat pengetahuan kurang mempunyai kemungkinan PMO dengan kinerja kurang 4,565 kali lipat, dibanding PMO yang mempunyai tingkat pengetahuan baik.

5.2.4.2.7. Hubungan Pengalaman Menjadi PMO dengan Kinerja PMO

Tabel 5.30. menunjukkan bahwa PMO dengan kinerja kurang sebagian besar terdapat pada PMO baru dari pada PMO lama, demikian pula pada PMO dengan kinerja baik.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik bermakna dimana $\chi^2_{hitung} = 0,034 < \alpha = 0,05$ dengan OR = 3,025 (95% CI 1,058 <OR< 8,6 45). Hal ini

menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengalaman menjadi PMO dengan kinerja PMO, dimana PMO yang baru mempunyai kemungkinan kinerja kurang 3,025 kali lipat, PMO yang pernah menjadi PMO.

5.2.4.2.8. Hubungan Keterkaitan PMO - Penderita dengan Kinerja PMO

Tabel 5.30. menunjukkan bahwa PMO dengan kinerja kurang dan kinerja baik sebagian besar terdapat pada PMO anggota keluarga.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik bermakna dimana $P_{hitung} = 0,035 < \alpha = 0,05$ dengan $OR = 2,979$ (95% CI 1,052 <OR< 8,4335). Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara keterkaitan PMO-penderita dengan kinerja PMO, dimana PMO orang lain mempunyai kemungkinan kinerja kurang 2,979 kali lipat, dibanding PMO bukan anggota keluarga.

5.2.4.2.9. Hubungan Jarak Rumah dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.30. proporsi PMO yang punya kinerja kurang dan kinerja baik pada PMO yang jarak rumah ke penderita dekat lebih banyak dari yang jarak rumahnya jauh.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $P_{hitung} = 0,205 > \alpha = 0,05$ dengan $OR = 0,369$ (95% CI : 0,075 <OR< 1,813). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jarak rumah PMO ke penderita dengan kinerja PMO..

5.2.4.3. Hubungan Karakteristik Penderita dengan Kinerja PMO

Hasil analisis hubungan antara kinerja PMO dengan karakteristik

penderita (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan dan kedudukan di keluarga) dapat dirangkum dalam tabel 5.31.

Tabel 5.31. Hubungan antara Karakteristik Penderita dengan Kinerja PMO di Kota Banjarmasin Tahun 2002

Variabel/Kategori		Kinerja		Total n=86	OR	95% CI	p
		Kurang n=58	Baik n=28				
Umur	Tua	14	4	18	1,909	0,565-6,450	0,293
	Muda	44	24	68			
Jenis Kelamin	Laki-laki	31	15	46	0,995	0,403-2,458	0,991
	Perempuan	27	13	40			
Status kawin	Belum	14	2	16	4,136	0,870-19,66	0,058
	Sudah	44	26	70			
Pendidik kan	Dasar	39	19	58	0,972	0,371-2,550	0,954
	Lanjutan/P T	19	9	28			
Peker- jaan	Tdk Tetap	51	27	76	0,270	0,032-2,309	0,204
	Tetap	7	1	8			
Pengeta huan	Kurang	41	10	51	4,341	1,666-11,31	0,002
	Baik	17	18	35			
Status di keluarga	KK	23	15	38	0,570	0,229-1,415	0,250
	Bukan KK	35	13	48			

5.2.4.3.1. Hubungan Umur Penderita dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.31. proporsi PMO yang mempunyai kinerja kurang pada penderita umur tua (≥ 50 tahun) lebih sedikit dari PMO umur muda (< 50 tahun). PMO yang kinerja baik dari penderita umur tua lebih sedikit dari penderita yang umur muda .

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $p_{hitung} = 0,293 > \alpha = 0,05$ dengan $OR = 1,909$ (95% CI : $0,1565 < OR < 6,450$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak hubungan antara umur penderita dengan kinerja PMO.

5.2.4.3.2. Hubungan Jenis Kelamin Penderita dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.31. proporsi PMO yang mempunyai kinerja kurang dari penderita laki-laki 53,5% lebih banyak dari penderita perempuan 46,5%. PMO yang kinerjanya baik dari penderita laki-laki 54% lebih banyak dari penderita perempuan 46%. Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $p_{hitung} = 0,991 > \alpha = 0,05$ dengan $OR = 0,995$ (95% CI : $0,403 < OR < 2,458$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin. dengan kinerja PMO.

jenis kelamin penderita.

5.2.4.3.3. Hubungan Status Perkawinan Penderita dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.31 proporsi PMO yang kinerjanya kurang pada penderita yang belum kawin lebih kecil dari yang kawin/janda/duda. PMO yang kinerjanya baik dari

penderita yang kawin lebih besar dari yang belum kawin/janda/duda.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $p_{hitung} = 0,058 > \alpha = 0,109$ dengan $OR = 4,136$ (95% CI $0,870 < OR < 19,663$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak hubungan antara hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja PMO.

5.2.4.3.4. Hubungan Pendidikan Penderita dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.31. proporsi PMO yang mempunyai kinerja kurang dan kinerja baik, pada penderita yang tingkat pendidikan dasar lebih banyak dari yang tingkat pendidikan lanjutan atas dan perguruan tinggi.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $p_{hitung} = 0,954 > \alpha = 0,05$ dengan $OR = 0,972$ (95% CI : $0,371 < OR < 2,550$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kinerja PMO. kinerja PMO diantara penderita yang tingkat pendidikan dasar dengan tingkat pendidikan lanjutan atas/PT.

5.2.4.3.5. Hubungan Pekerjaan Penderita dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.31. proporsi PMO yang punya kinerja kurang yang tidak bekerja atau bekerja dengan penghasilan tidak tetap sebanyak 87 lebih banyak dari penderita yang bekerja/bekerja dengan penghasilan tetap, demikian juga PMO yang punya kinerja baik dari penderita tidak bekerja/bekerja dengan penghasilan tidak tetap lebih banyak dari penderita yang bekerja dengan penghasilan tetap .

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $P_{hitung} = 0,381 > \alpha = 0,05$ dengan $OR = 0,27$ (95% CI : $0,32 < OR < 2,309$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan pada kinerja PMO diantara penderita yang bekerja dengan penghasilan tetap maupun penderita yang tidak bekerja/bekerja dengan penghasilan tidak tetap.

5.2.4.3.6. Hubungan Pengetahuan Penderita dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.31. proporsi PMO yang mempunyai kinerja kurang, pada penderita tingkat pengetahuan kurang sebanyak lebih banyak dari yang tingkat pengetahuan baik. PMO yang mempunyai kinerja baik dari penderita yang tingkat pengetahuan kurang lebih kecil dari pada yang tingkat pengetahuan baik.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik bermakna dimana $P_{hitung} = 0,004 < \alpha = 0,05$ dengan $OR = 4,341$ (95% CI : $1,666 < OR < 11,312$). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan hasil kinerja PMO diantara 2 kelompok tingkat pengetahuan, dimana penderita dengan tingkat pengetahuan kurang mempunyai kemungkinan PMO dengan kinerja kurang 4,341 kali lipat, dibanding penderita yang mempunyai tingkat pengetahuan baik.

5.2.4.3.7. Hubungan Kedudukan Penderita di Keluarga dengan Kinerja PMO

Pada tabel 5.31. proporsi PMO yang mempunyai kinerja kurang, pada penderita sebagai kepala keluarga lebih sedikit dari penderita yang tidak sebagai kepala keluarga. PMO yang mempunyai kinerja baik, dari penderita yang menjadi kepala keluarga lebih banyak dari penderita yang tidak sebagai kepala keluarga.

Hasil uji statistik (*Chi Square*) terlihat secara statistik tidak bermakna dimana $p_{hitung} = 0,205 > \alpha = 0,05$ dengan $OR = 0,570$ ($95\% CI : 0,229 < OR < 1,415$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan pada kinerja PMO diantara kedudukan penderita sebagai kepala keluarga dengan penderita yang bukan kepala keluarga.

5.2.5. Analisis Regresi Logistik

Analisis ini variabel-variabel karakteristik PMO dan penderita dianalisa secara bersama-sama (simultan) tidak secara individual seperti pada analisa univariat. Variabel yang akan diikut sertakan dalam analisis multivariat adalah variabel-variabel dengan nilai $p \leq 0,25$ dan $95\% CI$ melebihi angka satu pada analisa univariatnya, antara lain pengetahuan PMO, pengalaman menjadi PMO, keterkaitan keluarga antara PMO-Penderita, serta pengetahuan penderita. Secara jelas nama variabel dan signifikasinya dapat dilihat pada tabel 5.32

Tabel 5.32. Variabel-variabel yang masuk dalam model awal uji Regresi Logistik

No.	Variabel	OR	95 % CI	p
1	Pengetahuan PMO	4,565	1,672 - 12,462	0,002
2	Pengalaman menjadi PMO	3,025	1,058 - 8,645	0,034
3	Keterkaitan PMO-Penderita	2,979	1,052 - 8,433	0,035
4	Pengetahuan penderita	4,341	1,666 - 11,312	0,002

Teknik pemodelan dalam analisis ini menggunakan metoda "*Backward Stepwise (WALD)*", yaitu memasukkan seluruh variabel hasil analisis univariat ke

dalam model, tetapi kemudian disingkirkan satu per satu dari model berdasarkan kriteria kemaknaan statistik tertentu ($p \leq 0,25$), hingga tidak ada lagi variabel yang mampu disingkirkan oleh kriteria penyingkiran tersebut.

Hasil analisa multivariat 4 variabel diatas ternyata hanya 2 variabel yang masuk yaitu antara lain, pengetahuan PMO dan keterkaitan keluarga antara PMO dengan penderita. Variabel lainnya dikeluarkan dari model yaitu pengetahuan penderita dan pengalaman menjadi PMO.

Tabel 5.33. Hasil Analisis Regresi Logistik

No	Variabel	B	Signifikasi	Exp (β)
1	Pengetahuan PMO	1.380	0,011	3.973
2	Pengalaman menjadi PMO	1.194	0,064	3.301
3	Keterkaitan PMO-Penderita	1.447	0,018	4.252
	Konstanta	-2,792	0.000	0.061

Tabel 5.33. menunjukkan bahwa variabel pengetahuan PMO dan keterkaitan hubungan keluarga antara PMO mempunyai yang bermakna terhadap kinerja PMO. Setelah dilakukan uji interaksi ternyata tidak menunjukkan adanya interaksi antara variabel, maka model penentu kejadian konversi adalah model yang terdiri 2 variabel.

Analisis yang telah dilakukan secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa dari 4 variabel karakteristik PMO dan karakteristik penderita yang diduga mempengaruhi kinerja, ternyata ada 2 variabel yang secara signifikan berpengaruh terhadap kinerja PMO, yaitu pengetahuan PMO dan keterkaitan hubungan keluarga antara PMO dengan penderita. PMO yang pengetahuannya tentang TB Paru baik

kemungkinan mempunyai kinerja baik 3,973 kali dibandingkan PMO yang mempunyai pengetahuan kurang. PMO yang ada hubungan keluarga dengan penderita mempunyai kemungkinan kinerjanya baik 4,252 kali dibandingkan PMO yang tidak ada hubungan keluarga dengan penderita.

Berdasarkan hasil analisis di atas, maka persamaan regresi yang dianggap baik adalah :

$$P = \frac{I}{1 + e^{-[-2,792 + 1,380(\text{tah_PMO}) + 1,447(\text{kaitan})]}}$$

Berdasarkan model persamaan regresi di atas, maka probabilitas PMO yang mempunyai kinerja baik berdasarkan pengetahuan PMO dan keterkaitan keluarga antara PMO dengan penderita seperti pada tabel 5.34.

Tabel 5.34. Probabilitas PMO yang Mempunyai Kinerja Baik Berdasarkan Pengetahuan PMO dan Keterkaitan Keluarga PMO dengan Penderita di Kota Banjarmasin Tahun 2002

	Pengetahuan PMO	
	Baik	Kurang
PMO dari keluarga	0,5087	0,2067
PMO bukan keluarga	0,1959	0,0578

Pada tabel 5.34 terlihat bahwa jika pengetahuan PMO baik dan PMO ada hubungan keluarga dengan penderita, maka probabilitas PMO yang mempunyai kinerja baik adalah 50,87%. Jika pengetahuan PMO kurang dan PMO tidak ada hubungan keluarga dengan penderita, maka probabilitas PMO yang mempunyai kinerja baik adalah 5,78%.

BAB 6

PEMBAHASAN



TESIS

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Karakteristik PMO

6.1.1. Umur

Kelompok umur terbanyak 25-29 tahun sebanyak 16,3%, kemudian umur 35-39, 40-44, dan 45-49 masing-masing 15%, apabila dikelompokkan maka hasil penelitian menunjukkan sebagian besar yang menjadi PMO adalah kelompok umur muda (81,4%). Proporsi PMO umur tua yang tidak konversi 31,3% lebih kecil dibanding yang konversi 68,7% sedangkan proporsi PMO umur muda yang tidak konversi 54,3% lebih kecil dibanding yang konversi 45,7%. Proporsi tersebut menunjukkan bahwa ada perbedaan dalam kejadian konversi antara kelompok umur tua dan kelompok umur muda.

Penelitian Setiabusi S., (2000) didapatkan kelompok umur PMO terbanyak 20-30 tahun yaitu 42,5%, umur 31-40 tahun sebanyak 23 % dan umur > 40 tahun sebanyak 34,5%.

6.1.2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa yang menjadi PMO sebagian besar adalah perempuan, yakni 54 orang (62,8%), kebanyakan adalah ibu rumah tangga yang tidak bekerja. Proporsi PMO laki-laki yang tidak konversi 50% sama dengan yang konversi 50%, demikian juga proporsi PMO perempuan yang tidak konversi 50% sama dengan yang konversi 50%. Proporsi menunjukkan bahwa antara PMO laki-laki dan perempuan tidak ada perbedaan dalam kejadian konversi.

6.1.3. Status Kawin

Proporsi PMO yang belum kawin yang tidak konversi 48,2% lebih kecil dibandingkan yang konversi 51,8%, sebaliknya proporsi PMO status kawin yang tidak konversi 50,7% sedikit lebih besar dibanding yang konversi 49,3%.

PMO yang status sudah kawin kebanyakan adalah ibu rumah tangga yang menjadi PMO yang penderita : adalah suami, anak dan orangtuanya. PMO yang belum kawin sebagian besar adalah masih sekolah/kuliah yang menjadi PMO dari orang tuanya.

6.1.4. Tingkat Pendidikan

Jumlah PMO pada penelitian yang mempunyai pendidikan sampai tingkat dasar 61,6% lebih banyak dibanding yang sampai tingkat pendidikan lanjutan atas dan perguruan tinggi 38,4%. PMO yang mempunyai pendidikan lanjutan atas atau perguruan tinggi pada umumnya adalah PMO dari tenaga kesehatan dan masih sekolah/kuliah. Proporsi PMO dengan tingkat pendidikan dasar yang tidak konversi 49 % lebih kecil dibandingkan yang konversi 51,%, sebaliknya proporsi PMO dengan tingkat pendidikan lanjutan atas dan perguruan tinggi yang tidak konversi 51,5% sedikit lebih besar dibanding yang konversi 48,5%.

Pendidikan PMO sangat berpengaruh terhadap baik atau buruknya penyuluhan, cara memotivasi penderita, cara memotivasi, menyuluh dan materi penyuluhan yang baik akan semakin meningkat kepatuhan penderita untuk berobat (Becher, 1997). Penelitian Syaumaryadi (2001) didapatkan proporsi PMO tingkat pendidikan rendah 50,6%, sedikit lebih besar dari yang berpendidikan tinggi 49,4%,

serta menyatakan bahwa hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan berobat secara statistik tidak bermakna.

6.1.5. Pekerjaan

Jumlah PMO pada penelitian yang tidak bekerja 84,9% lebih banyak dibanding yang bekerja 15,1%. Proporsi PMO tidak bekerja yang tidak konversi 49,3 % lebih kecil dibandingkan yang konversi 50,7,%, sebaliknya proporsi PMO yang bekerja tidak konversi 53,8% lebih besar dibanding yang konversi 46,2%.

Pekerjaan akan berpengaruh terhadap pelaksanaan tugas seorang PMO, karena akan disibukkan dengan urusan pekerjaan untuk mencari nafkah sehingga tidak ada kesempatan/sedikit sekali kesempatan untuk mengawasi, mengingatkan ataupun memberi penyuluhan terhadap penderita.

6.1.6. Pengetahuan

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa PMO yang mempunyai pengetahuan kurang sebanyak 42 orang (48,8%). Proporsi PMO tingkat pengetahuan kurang yang tidak konversi 66,7 % lebih besar dibandingkan yang konversi 33,3%, sebaliknya proporsi PMO yang tingkat pengetahuan baik yang tidak konversi 34,1% lebih kecil dibanding yang konversi 65,9%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih banyak PMO kurang tahu penyebab penyakit, gejala penyakit, cara pencegahan dan tidak tahu akibat bila tidak teratur berobat. Menurut Becker (1997) tidak patuhnya berobat mempunyai hubungan dengan gagalnya informasi yang disampaikan petugas kesehatan/kader/PMO, selain itu kualitas komunikasi antara petugas dengan penderita TB Paru.

6.1.7. Keterkaitan PMO dengan Penderita

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 54 orang (62,8%) PMO adalah mempunyai hubungan keluarga dan 32 orang (37,2%) PMO adalah bukan keluarga. Proporsi PMO orang lain yang tidak konversi 56,2% lebih besar dibandingkan yang konversi 43,8%, sebaliknya proporsi PMO-nya keluarga tidak konversi 46,3% lebih kecil dibanding yang konversi 53,7%. Proporsi tersebut menunjukkan adanya perbedaan antara PMO dari keluarga dan bukan dari keluarga pada kejadian konversi. Hubungan keluarga antara PMO dengan penderita akan mempermudah melaksanakan pengawasan dan motivasi kepada penderita.

6.1.8. Jarak PMO ke penderita

Jarak rumah antara PMO dan penderita yang paling banyak adalah mempunyai jarak yang dekat, yaitu 74 orang (86%) dan hanya 12 orang (14%) jaraknya jauh dan sebagian adalah petugas kesehatan. Proporsi PMO memiliki jarak jauh yang tidak konversi 50% sama dengan yang konversi 50%, demikian juga proporsi PMO jarak rumah dekat yang tidak konversi 50% sama dengan yang konversi 50%. Proporsi menunjukkan bahwa antara PMO yang jarak rumahnya ke penderita jauh dan dekat tidak ada perbedaan dalam kejadian konversi.

6.1.9. Pengalaman Menjadi PMO

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar PMO adalah baru yaitu 67 orang (77,9%) dan sebagian kecil sudah pernah menjadi PMO, yakni 19 orang (22,1%). Proporsi PMO baru yang tidak konversi 52,2% lebih besar dibandingkan

yang konversi 47,8%, sebaliknya proporsi pengalaman PMO tidak konversi 42,1% lebih kecil dibanding yang konversi 57,7%.

PMO yang sudah mengawasi pengobatan penderita TB Paru lebih dari satu orang mempunyai pengetahuan, cara motivasi dan memberikan penyuluhan yang lebih baik dari yang baru menjadi PMO.

6.2. Karakteristik Penderita

6.2.1. Umur

Umur penderita dikelompokkan dengan batasan umur muda 15-49 tahun dan umur tua > 50 tahun. Kelompok umur muda dan umur tua dalam penelitian ini dipakai sebagai penyetaraan dalam pemilihan kontrol. Penderita sebagian besar adalah umur muda (79,1%) sedangkan umur tua hanya 20,9% , hal ini tidak jauh berbeda dengan pernyataan WHO bahwa pasien TB Paru terbanyak pada usia produktif 15-50 tahun sebanyak 75%.

Penelitian Muis A.A. (1999) di Jawa Tengah dan Sulawesi Tengah, proporsi umur produktif adalah 76,5% dan umur tidak produktif 23,5%, hubungan antara umur dan konversi tidak bermakna secara statistik.

Penelitian Rahman (1997) di Kabupaten Bantul Yogyakarta, proporsi kelompok umur ≥ 50 tahun 58,5% lebih besar dibanding kelompok umur < 50 tahun 41,5%, dan menyatakan hubungan umur dengan kejadian konversi secara statistik bermakna, dengan umur ≥ 50 tahun mempunyai kemungkinan hampir 3 kali lipat tidak terjadi konversi dibandingkan umur < 50 tahun.

6.2.2. Jenis Kelamin

Penderita yang menjadi sampel penelitian lebih dari setengahnya mempunyai kelamin laki-laki yaitu 53,5% sedangkan perempuan 46,5%. Proporsi penderita laki-laki yang tidak konversi (50%) sama dengan kelompok konversi (50%), karena jenis kelamin merupakan variabel yang disetarakan dalam pemilihan kontrol. Pada penelitian Jajad (1998) yang menyatakan bahwa penderita laki-laki (64,4%) lebih banyak dari pada perempuan (33,6%). Penelitian Muis A. A. (1999) penelitian di Provinsi Jawa Tengah dan Sulawesi Tengah menyatakan bahwa hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan berobat secara statistik tidak bermakna.

6.2.3. Status Perkawinan

Penelitian ini memperlihatkan sebagian besar penderita yaitu 81,4% berstatus sudah kawin dan hanya 18,6% yang belum kawin. Dilihat proporsi penderita yang belum kawin terjadi konversi (56,3%) lebih besar dibanding tidak konversi, hal sebaliknya pada proporsi penderita yang kawin/duda/janda yang tidak konversi (51%) sedikit lebih besar dari yang konversi 49%. Kemungkinan hal tersebut dikarenakan mereka yang belum kawin adalah sebagian besar masih sekolah, belum bekerja sehingga pengetahuan lebih dan perhatian pada kesehatan lebih tinggi dibandingkan pada penderita yang berstatus kawin.

6.2.4. Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian didapatkan responden berpendidikan dasar (67%) lebih besar dari pada penderita yang berpendidikan lanjutan atas dan perguruan tinggi (33%). Proporsi penderita dengan pendidikan dasar yang tidak konversi 56,9% lebih banyak

dibandingkan dengan konversi. Demikian juga proporsi penderita dengan pendidikan lanjutan/ perguruan tinggi yang tak konversi.

Tingkat pendidikan akan mempengaruhi kemampuan untuk menerima informasi tentang penyakit terutama TB Paru. Pendapat Zoebir (81) bahwa pendidikan mempengaruhi kegagalan pengobatan, makin rendah pendidikan penderita menyebabkan kurangnya pengertian penderita terhadap penyakit bahaya sehingga mempengaruhi pengobatan. Ketidak bermaknaan secara statistik mungkin disebabkan oleh proporsi tingkat pendidikan dasar antara kasus dan kontrol hanya sedikit berbeda.

6.2.5. Pekerjaan

Dari hasil penelitian didapat penderita yang tidak bekerja/bekerja dengan penghasilan tidak tetap 90,7% lebih besar dibandingkan yang bekerja dengan penghasilan tetap 9,3%. Proporsi dari penderita tidak bekerja/bekerja dengan penghasilan tidak tetap dengan tidak konversi 48,7% lebih kecil dibandingkan dengan konversi (51,3%). Proporsi dari penderita bekerja dengan tidak konversi 62,5% lebih besar dibandingkan konversi 37,5%.

Penderita yang tidak bekerja/tidak mempunyai penghasilan umumnya berpenghasilan rendah dan kepastian kerja yang rendah, walaupun obat gratis disediakan oleh puskesmas karena memerlukan biaya transport ke Puskesmas sehingga ia enggan untuk ke Puskesmas. Penderita yang bekerja rata-rata mempunyai penghasilan tetap dan mempunyai waktu dan perhatian pada pengobatan penyakitnya.

6.2.6. Pengetahuan

Hasil penelitian memperlihatkan penderita yang mempunyai tingkat pengetahuan kurang 51 orang (57,3%) lebih besar dibanding tingkat pengetahuan baik 35 orang (42,7%). Proporsi penderita tingkat pengetahuan kurang tidak konversi 72,1% lebih besar dibanding yang konversi, sebaliknya penderita dengan tingkat pengetahuan baik yang tidak konversi (32,4) lebih kecil. Proporsi tersebut menunjukkan perbedaan pada kejadian konversi pada penderita yang mempunyai pengetahuan kurang dan pengetahuan baik.

Penelitian diperoleh data sebagian besar besar penderita (79,1%) mengatakan bahwa sebab penyakit TB Paru antara lain banyak pikiran, kena racun, keturunan dan meyakini bahwa penyakit TB Paru ditularkan melalui alat makanan, keturunan dan melalui pakaian.

Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Nazahar (1997) di Poli Rumah Sakit Persahabatan, yang menyatakan bahwa responden yang 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 ($p < 0,05$). Senewe (1997) juga menemukan hasil yang sama dari penelitiannya di wilayah Kotif Depok, yaitu ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan berobat.

6.2.7. Kedudukan di Keluarga

Penderita yang berstatus sebagai kepala keluarga pada penelitian 38 orang (44,2%) lebih kecil dibanding yang bukan kepala keluarga 48 orang (55,8%).

Proporsi penderita yang sebagai kepala keluarga yang tidak konversi (47,4%) lebih kecil dari yang konversi (52,6%), sedangkan proporsi penderita sebagai kepala keluarga yang tidak konversi (52,1%) sedikit lebih besar dari yang konversi (47,9%). Basar (1989) mengatakan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat sekitar penderita TB Paru terhadap penderita TB Paru di pedesaan berhubungan dengan status dalam keluarga. Mangunnegoro (1989) menyatakan peran keluarga dalam pengobatan ternyata masih rendah/ kurang.

Kenyataan di Kota Banjarmasin menunjukkan bahwa penderita walaupun sebagai kepala keluarga yang berperan mencari nafkah/ bekerja tidak menghalangi dalam menjalani pengobatan, hal ini terlihat proporsi dari penderita yang status kepala keluarga mempunyai proporsi terjadi konversi (52,6%).

6.2.8. Kepatuhan Berobat

Data hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah penduduk yang tidak patuh berobat 41 orang (47,7%) lebih sedikit dibandingkan penderita yang patuh berobat 45 orang (52,3%). Proporsi penderita yang tidak patuh berobat yang tidak konversi 80,5% lebih banyak dibanding yang konversi (19,5%). Proporsi penderita yang patuh berobat yang tidak konversi 22,2 % lebih kecil dibandingkan yang konversi 77,8%.

Kepatuhan penderita untuk minum obat secara teratur merupakan faktor utama keberhasilan pengobatan (Surya Tenggara, 1992). Kusnarto (1995), menyebutkan bahwa penderita TB Paru yang berobat tidak teratur memiliki

kemungkinan untuk tidak sembuh sebesar 6,91 kali dibandingkan penderita TB Paru yang berobat teratur.

Kenyataan ini sudah dibuktikan dalam penelitian-penelitian sebelumnya, antara lain dilakukan oleh Toman (1979) yang kemudian memperkenalkan istilah *defaulter* yaitu seorang penderita yang melalaikan kewajiban berobat sedemikian rupa sehingga dapat mengakibatkan terhalangnya kesembuhan. Kemudian dikenal pula istilah Drop out yaitu seorang penderita yang tidak lagi melanjutkan pengobatan (Liunanda, 1980).

6.3. Analisis Statistik

6.3.1. Hubungan antara Kinerja PMO dengan Konversi

Kinerja PMO adalah merupakan hasil kerja yang dicapai oleh PMO melalui aktivitas kerja yang telah ditentukan antara lain : mengingatkan minum obat, mengambil obat, periksa dahak, mengawasi penderita dalam menelan obat, memberi motivasi berobat teratur dan berobat sampai sembuh, ikut mengambil obat/mengantar periksa ke puskesmas dan memberi penyuluhan TB Paru.

Data hasil penelitian (tabel 5.29) menunjukkan bahwa PMO yang mempunyai kinerja kurang 55 orang (67,9%) lebih besar dari PMO yang kinerja baik 31 orang (32,6%). Proporsi PMO yang kinerja kurang yang tidak konversi (61,8%) lebih besar dibandingkan yang konversi. Proporsi PMO yang kinerja baik yang tidak konversi (29%) lebih kecil dibandingkan yang konversi (71%).

Hasil uji statistik (*Chi Square*) $p = 0,007$ ($< \alpha = 0,05$) nilai *odd ratio* 3,958 (95% CI = 1,535 <OR< 10,206) yang berarti hubungan antara kinerja PMO dengan

konversi secara statistik bermakna, dimana PMO dengan kinerja kurang mempunyai kemungkinan tidak konversi sebesar 3,958 kali lebih besar dibandingkan PMO yang kinerja baik.

Data hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar PMO jarang melakukan tugas-tugas mereka, bahkan ada yang tidak pernah melakukan apa yang menjadi tugas PMO. Sebagian besar PMO jarang mengingatkan penderita minum OAT, yakni 44 orang (51,2%). PMO yang tidak pernah mengawasi penderita menelan obat 14 orang (16%) dan 42 orang (48,8%) jarang mengawasi. PMO yang memberikan motivasi berobat teratur sampai sembuh 7 orang (8,1%) tidak pernah melakukan dan 49 orang (57%) jarang melakukan. Memberikan penyuluhan tentang penyakit TB Paru pada penderita dan keluarga 23 orang (26,7%) tak pernah melakukan dan 51 orang (59,3%) jarang melakukannya.

Penelitian Marzuki dan Oesman (2000) menyatakan bahwa tidak ada PMO penderita akan cenderung akan tidak patuh berobat dibandingkan dengan penderita yang ada/mempunyai PMO dan secara statistik bermakna.

Menurut Departemen Kesehatan (1994) tujuan diadakan PMO adalah untuk menjamin ketekunan dan keteraturan pengobatan sesuai jadwal, menghindarkan penderita putus berobat, serta mengurangi kemungkinan kegagalan pengobatan dan kekebalan terhadap OAT. Menurut Nukman (1997) kelalaian berobat dapat dicegah dengan memperhatikan faktor sarana, penderita, keluarga dan lingkungan.

Menurut strategi program TB Paru Departemen Kesehatan untuk menjamin keberhasilan pengobatan (ketekunan dan ketaatan penderita selama pengobatan)

dilakukan pengawasan dan pengendalian pengobatan penderita yang dikenal dengan istilah *DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse)*.

Beberapa faktor, yang mempengaruhi prestasi atau kinerja, menurut Gibson et al. (1995), menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah :

- a. variabel *individu*, yang terbagi menjadi tiga, yakni : (1) kemampuan dan ketrampilan : mental, fisik; (2) latar belakang : keluarga, tingkat sosial, pengalaman; (3) demografi : umur, asal-usul dan jenis kelamin.
- b. variabel *organisasi* yang meliputi : sumber daya, kepemimpinan, imbalan struktur dan desain pekerjaan.
- c. variabel *psikologis*, yang meliputi : persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi.

6.3.2. Hubungan antara Kinerja dengan Karakteristik PMO

Hasil uji statistik hubungan antara kinerja dengan karakteristik PMO menunjukkan bahwa umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan jarak rumah PMO dengan penderita menunjukkan secara statistik tidak bermakna ($p > 0,05$) sedangkan pengalaman menjadi PMO, keterkaitan PMO dengan penderita dan pengetahuan menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik ($p < 0,05$).

Hasil analisis dengan cara univariat maupun simultan hubungan antara pengalaman menjadi PMO dengan kinerja secara statistik bermakna, dimana seseorang yang baru menjadi PMO kemungkinan mempunyai kinerja kurang 3 kali lebih besar dibandingkan yang pernah menjadi PMO. Hal ini bisa dikatakan bahwa

orang yang sering menjadi PMO akan mempunyai kinerja yang baik sehingga tujuan pengobatan akan tercapai.

Hubungan antara keterkaitan keluarga antara PMO dan penderita dengan kinerja secara statistik menunjukkan hubungan yang bermakna ($p < 0,05$), dimana PMO yang bukan keluarga penderita kemungkinan mempunyai kinerja kurang 3 kali lebih besar dibandingkan PMO yang masih keluarga dengan penderita. Hasil uji regresi logistik PMO yang ada keterkaitan keluarga dengan penderita kemungkinan mempunyai kinerja baik 4,252 kali dibandingkan tidak ada keterkaitan keluarga.

PMO yang dipilih dari keluarga akan memudahkan komunikasi dengan penderita, memudahkan dalam pengawasan dan tidak memerlukan banyak waktu serta biaya.

Hubungan antara pengetahuan dengan kinerja PMO secara statistik bermakna ($p = 0,04$) baik dengan uji statistik secara univariat maupun secara simultan (bersama-sama). PMO yang mempunyai tingkat pengetahuan kurang mempunyai kemungkinan PMO dengan kinerja kurang 4,565 kali lebih besar dibandingkan tingkat pengetahuan baik.

Hasil uji dalam regresi logistik secara simultan dapat diketahui bahwa PMO yang tingkat pengetahuan baik berpeluang mempunyai kinerja baik 3,972 kali dibanding PMO yang berpengetahuan kurang, setelah dikontrol variabel pengalaman PMO dan Keterkaitan keluarga antara PMO dengan penderita. Hasil tersebut dapat dikatakan bahwa seorang PMO yang mempunyai pengetahuan tentang penyakit TB Paru yang baik akan memiliki kinerja yang baik pula.

Menurut Becker (1997) tidak patuhnya berobat mempunyai hubungan dengan gagalnya informasi yang disampaikan petugas kesehatan/kader/PMO, selain itu kualitas komunikasi antara petugas dengan penderita TB Paru.

Pengetahuan PMO mengenai penyakit TB Paru mulai dari penyebabnya, gejala penyakit, cara penularan, cara pencegahan penyakit serta pengobatannya, sangat penting untuk memberi penyuluhan dan memotivasi penderita sehingga penderita patuh menjalani pengobatan.

Menurut Aditama (1990) menyebutkan bahwa mau tidaknya seseorang mengikuti anjuran petugas kesehatan dipengaruhi 4 faktor yaitu : a) persepsi terhadap kerentanan dirinya untuk menjadi sakit; b) persepsi tentang seriusnya keadaan penyakit; c) pendapatnya tentang manfaat dari kegiatan kesehatan, d) pendapatnya tentang hambatan dan biaya mengikuti anjuran tersebut. Sehingga cara yang baik untuk membuat seseorang penderita mau mengikuti anjuran adalah dengan memberi tahu penderita dengan jelas tentang dasar diagnosis dan apa yang sebenarnya yang diinginkan darinya.

6.3.3. Hubungan antara Kinerja PMO dengan Karakteristik Penderita

Hasil uji statistik hubungan antara kinerja dengan karakteristik penderita menunjukkan bahwa umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan kedudukan penderita dalam keluarga menunjukkan secara statistik tidak bermakna ($p > 0,05$) sedangkan pengetahuan menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik ($p < 0,05$).

Hubungan antara pengetahuan penderita dengan kinerja PMO secara statistik bermakna ($p=0,04$) dimana penderita yang mempunyai tingkat pengetahuan kurang mempunyai kemungkinan PMO dengan kinerja kurang 3 kali lebih besar dibandingkan tingkat pengetahuan baik.

Pengetahuan tentang penyakit TB Paru diberikan kepada penderita dan PMO sebelum mulai pengobatan, yaitu diberikan penyuluhan mengenai penyakit TB Paru yang disampaikan oleh petugas puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi penderita yang menyatakan isi penyuluhan kurang sebanyak 74,4% lebih banyak dibanding isi penyuluhan baik (25,6%).

Penelitian Abednego (1997), Sujudi (1996), mengatakan bahwa untuk pemberantasan TB Paru peran penyuluhan oleh tenaga kesehatan kepada setiap penderita/ keluarga yang berobat sangat penting agar terjadi keteraturan berobat yang optimal/ tinggi. Manaf (1995) mengatakan bahwa perlu untuk melengkapi penderita dengan informasi-informasi atau penyuluhan kesehatan yang cukup jelas mengenai penyakitnya yang dapat disembuhkan serta memberi semangat agar dapat memenuhi seluruh jadwal pengobatan. Penelitian Senewe (1997) di puskesmas wilayah Depok dan Oesman (2000) di kabupaten Aceh Utara menyatakan bahwa hubungan penyuluhan dengan kepatuhan berobat sangat bermakna.

Menurut Departemen Kesehatan (2000), keberhasilan penanggulangan TB sangat tergantung dari tingkat kesadaran dan partisipasi masyarakat umumnya, khususnya penderita. Untuk menimbulkan kesadaran dan partisipasi masyarakat perlu dilakukan penyuluhan lebih intensif lagi, misalnya dengan penyuluhan kelompok, penyuluhan melalui media cetak atau elektronik.

6.4. Keterbatasan Penelitian

6.4.1. Penelitian ini menggunakan desain kasus kontrol, maka penelitian hanya terbatas mencari hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung, tetapi kurang kuat dalam mencari hubungan sebab akibat.

6.4.2. *Recal bias* dapat terjadi akibat keterbatasan kemampuan responden untuk mengingat kembali dan mengungkapkan secara lengkap apa yang dilakukan 2-6 bulan yang lalu, oleh sebab itu peneliti mencoba membuat pertanyaan yang lebih univariat dan lebih mudah juga untuk pewawancara.

6.4.3. *Interviewer bias*, bisa terjadi dan bersumber pada petugas pewawancara yang mengambil data atau yang mewawancarai responden. Peneliti sudah mencoba meminimalkan bias ini dengan melatih petugas wawancara tentang kuesioner, melakukan supervisi secara periodik terhadap pewawancara.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN



TESIS

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

7.1.1. Terdapat hubungan antara kinerja PMO dengan konversi secara statistik bermakna, dimana PMO yang kinerja kurang mempunyai kemungkinan tidak konversi sebesar 4 kali dibandingkan PMO yang kinerjanya baik.

7.1.2. Hubungan antara kinerja PMO dengan karakteristik PMO yang terdiri dari umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan jarak rumah PMO dengan penderita menunjukkan bahwa secara statistik tidak bermakna. Karakteristik PMO yang mempunyai hubungan dengan kinerja PMO secara statistik bermakna adalah pengetahuan, pengalaman dan keterkaitan keluarga antara PMO dengan penderita.

Pengetahuan PMO yang kurang kemungkinan untuk mempunyai kinerja kurang 4,56 kali lebih besar dibandingkan pengetahuan PMO yang baik. Setelah dikontrol oleh variabel keterkaitan keluarga PMO dengan penderita maka Pengetahuan PMO yang baik kemungkinan untuk mempunyai kinerja baik 3,973 kali lebih besar dibandingkan pengetahuan PMO yang kurang.

Pengawas Menelan Obat (PMO) yang baru kemungkinan mempunyai kinerja kurang 3,03 kali lebih besar bila dibandingkan yang pernah menjadi PMO.

Pengawas Menelan Obat (PMO) yang bukan keluarga kemungkinan mempunyai kinerja kurang 2,98 kali lebih besar dibandingkan PMO masih keluarga. Setelah dikontrol oleh variabel pengetahuan PMO maka Pengawas Menelan Obat (PMO) yang ada keterkaitan keluarga kemungkinan mempunyai kinerja baik 4,252 kali lebih besar dibandingkan PMO tidak ada keterkaitan keluarga dengan penderita.

7.1.3. Hubungan kinerja PMO dengan karakteristik penderita yang terdiri dari umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan serta kedudukan penderita dalam keluarga secara statistik tidak bermakna. Karakteristik penderita yang mempunyai hubungan dengan kinerja PMO secara statistik bermakna adalah pengetahuan.

Penderita yang mempunyai pengetahuan tentang penyakit TB Paru kurang kemungkinan mempunyai PMO yang kinerja kurang 4,34 kali lebih besar dibandingkan pada penderita yang pengetahuan baik.

7.2. Saran

7.2.1. Untuk mendapatkan Pengawas Menelan Obat (PMO) yang mempunyai kinerja baik maka Pengawas Menelan Obat (PMO) harus dipilih dari orang yang masih mempunyai hubungan keluarga dengan penderita dan mempunyai pengetahuan tentang penyakit TB Paru yang baik. Pengetahuan Pengawas Menelan Obat (PMO) tentang penyakit TB Paru supaya baik maka dilakukan pelatihan atau penyuluhan oleh tenaga kesehatan dengan materi penyakit TB Paru mulai dari penyebab, gejala, cara penularan, cara pencegahan, pengobatan serta aturan pengobatannya.

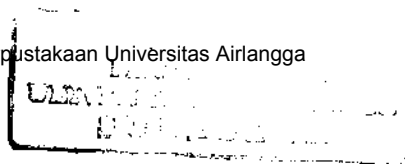
7.2.2. PMO yang bukan dari keluarga hendaknya dipilih orang yang bisa mempengaruhi penderita seperti tokoh masyarakat.

7.2.3. Hasil pengobatan penderita TB Paru atau konversi dipengaruhi oleh banyak faktor, faktor-faktor yang belum masuk dalam penelitian ini perlu dilakukan penelitian lebih lanjut.

DAFTAR PUSTAKA



TESIS



DAFTAR PUSTAKA

- Aditama TY., 2001. Sepuluh Masalah Tuberkulosis dan Penanggulangannya. Seminar Tuberkulosis IV. Dinkes Kota Banjarmasin dan Pusat Studi Tuberkulosis FK UNLAM, Banjarmasin.
- Amin M., Ali Sagaf H., Saleh W.B.M.T., 1989. Pengantar Ilmu Penyakit Paru. Airlangga University Press, Surabaya.
- As'ad M., 1982. Psikologi Industri. Penerbit Liberty, Yogyakarta.
- Bahar, 1990. Tuberkulosis Paru dalam Ilmu Penyakit Dalam. Balai Penerbit FK UI, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik Kalimantan Selatan, 2002. Banjarmasin Dalam Angka. BPS, Banjarmasin.
- Becker, 1977. Patient Adhere to Prescribed Therapies. Medical Care. 23:539.
- Benenson A.S., 1990. Control of Communicable Disease in Man. 15th Edition. Washington DC. American Public Health Association, p. 465-475.
- Departemen Kesehatan R.I., 1994. Pedoman Pemberantasan Tuberkulosis Paru. Cetakan ke 5. Ditjen PPM & PLP Departemen Kesehatan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I., 1995. Pedoman Penyakit Tuberkulosis dan Penanggulangannya. Ditjen PPM & PLP Deprtemen Kesehatan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I., 1997. Pedoman Penyakit Tuberkulosis dan Penanggulangannya. Cetakan ke-3. Ditjen PPM & PLP Deprtemen Kesehatan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I., 1999. Pedoman Penyakit Tuberkulosis dan Penanggulangannya. Cetakan ke-4. Ditjen PPM & PLP Deprtemen Kesehatan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I., 2000. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Cetakan ke 5. Ditjen PPM & PLP Deprtemen Kesehatan, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin, 2002. Profil Kesehatan Kota Banjarmasin Tahun 2002. Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin.

- Djarwanto, 1996. *Mengenal Beberapa Uji Statistik dalam Penelitian*. Penerbit Liberty, Yogyakarta.
- Fadlul M., 2000. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kesembuhan Penderita Penyakit Tuberkulosis Di Kabupaten Sumba Timur*. Tesis, Program Pascasarjana UGM, Yogyakarta.
- Gipson J. L., Ivancevich J.M., dan J.H., Donnelly, 1995. *Organisasi-Perilaku-Struktur-Proses*. Erlangga, Jakarta.
- Girdino, 1975. *Drug Education*. 2nd Ed, Addison Wesley Publ Co. California, p 139.
- Grandes G., et al, 1993. *Drug-resistant Tuberculosis in Puerto Rico*. p 6-9.
- Handoko T.H., 1992. *Manajemen Personalia dan Sumberdaya Manusia*. Edisi 2. Penerbit BPFE. Yogyakarta.
- Lameshow S., et al, 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. (terjemahan) Gajah Mada University Press, Yogyakarta.
- Lapau B., 1993. *Laporan Studi Dampak beberapa Program Pemberantasan Penyakit Menular. P.A.E.I. dan Ditjen PPM & PLP Departemen Kesehatan R.I.*, Jakarta.
- Manaf A., 1997. *Permasalahan Pemberantasan Tuberkulosis di Indonesia*. Seminar Nasional Tuberkulosis dan Lepra, Jakarta, h 1-14.
- Mangunegoro H., dan W., Suryatenggara, 1994. *Pedoman Praktis Diagnosis dan Penatalaksanaan Tuberkulosis Paru*. Cetakan kedua, Yayasan Penerbit IDI, Jakarta.
- Murti B., 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Gajah Mada University Press. Yogyakarta.
- Notoatmodjo S., 1992. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo S., 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Edisi pertama. Penerbit Andi Offset, Yogyakarta.
- Pasaribu L.T.H. dan A.P., Bagus, 1980. *Defauler pada Beberapa Tuberkulosis Kontrol di Medan dan sekitarnya*. IPDI, Medan, h 253-260.

- Peetosutan, E., 1992. Pemeriksaan Bakteriologik dan Perannya dalam Pengobatan Tuberkulosis Paru. Bagian Pulmonologi FKUI, Jakarta.
- Senewe F.P., 1997. Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Keteraturan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Se Kotif Depok Jawa barat Tahun 1997. Tesis, Program Pascasarjana UGM, Yogyakarta.
- Serirat S., et al, 1981. Pulmonary Tuberculosis in Diabetes Mellitus. *Journal of the Asean Federation of Endocrine Societies*. p 3-5.
- Setiabudi S., 2000. Efektivitas Pengaawas Menelan Obat pada Konversi Dahak Penderita Tuberkulosis Paru. Tesis, Program Pascasarjana UGM, Yogyakarta.
- Sunuharyo B. S., 1995. Pengembangan Sumberdaya Manusia – Pengaruhnya terhadap Kinerja dan Imbalan. Disertasi, Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Surabaya.
- Suryatenggara W., 1992. Pengobatan Tuberkulosis Paru. *Majalah Kedokteran Indonesia, Jakarta*, 42(8): 471-475.
- Syaumaryadi, 2001. Hubungan Gejala Klinis Keluhan Efek Samping OAT Dengan Ketidapatuhan Berobat Penderita TB Paru di Kota Palembang Tahun 1999-2000. Tesis, Program Pascasarjana UGM, Yogyakarta.
- Tanzil Z., 1992. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Hubungan Dosis dan Efek Obat. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Tjiptoherjanto P. dan B., Soesetyo, 1994. *Ekonomi Kesehatan*. PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Toman K., 1979. *Tuberculosis Case finding and Chemotherapy*. WHO, Geneva.
- World Health Organization, 1994. *Lexican of Alcohol and Drug Terms*. Geneva.
- World Health Organization, 1997. *TB A Clinical Manual for South East Asia*. Italy.
- World Health Organization, 1998. *Tuberculosis Control as an Integral Part of Primary Health Care*, Geneva.
- Zoebir H.M., 1980. Beberapa Aspek Pengobatan TBC Paru pada Pembangkang di Poli Paru RSUD Samarinda. Naskah Lengkap Konggres IPDI, Kalimantan Timur, h 261-265.

LAMPIRAN



TESIS

Lampiran 1

Nomor responden			
-----------------	--	--	--

**KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN ANTARA KINERJA PMO DENGAN KEMAJUAN HASIL PENGOBATAN
PENDERITA TB PARU STRATEGI DOTS PADA TAHAP INTENSIF
DI KOTA BANJARMASIN TAHUN 2002**

UNTUK PEWAWANCARA	
Pertama	: Perkenalkan diri anda dengan jelas
Kedua	: Jelaskan maksud dan tujuan kedatangan anda dengan singkat dan jelas
Ketiga	: Ajukan pertanyaan dengan jelas, tidak terlalu cepat dengan sopan dan bersikap yang baik serta tidak menyinggung perasaan.
Keempat	: Isilah hasil wawancara dengan tepat dan benar
SELAMAT MENGISI	

DATA UMUM		
Puskesmas :		
Kecamatan :		
Tanggal wawancara :		
Status Responden : 1. Kasus 2. Kontrol		
Kesediaan diwawancarai : 1. Bersedia 2. Tidak bersedia		
Pewawancara	Yang diwawancarai	Supervisor
(.....)	(.....)	(.....)

KUESIONER UNTUK PENDERITA

I. IDENTITAS PENDERITA

- 1 Nama Penderita :
- 2 Umur : tahun ²
- 3 Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan ³
- 4 Status perkawinan : 1. Belum kawin 2. Kawin 3. Duda/janda ⁴
- 5 Alamat Penderita
 a. Jalan/RT/RW :
 b. Desa/Kelurahan :
- 6 Apa pendidikan terakhir Bapak/Ibu/Sdr ? ⁶
1. tidak sekolah 4. Tamat SLTP
 2. tidak tamat SD 5. Tamat SLTA
 3. tamat SD 6. Tamat perguruan tinggi/akademi
- 7 Apa pekerjaan sehari-hari Bapak/Ibu/Sdr ? ⁷
1. pelajar/mahasiswa 6. wiraswasta
 2. petani 7. pedagang
 3. buruh 8. Tidak kerja
 4. pegawai swasta 9. lain-lain, sebutkan :
 5. PNS/ABRI/Pensiunan
- 8 Status/kedudukan Bapak/Ibu/Sdr., di dalam keluarga saat ini sebagai apa? ⁸
1. kepala keluarga
 2. bukan kepala keluarga (suami/istri/ayah/ibu.....)

II. PENGETAHUAN PENDERITA

- 9 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apakah penyebab penyakit TB Paru ini ? ⁹
1. nasib 6. lingkungan jelek
 2. guna-guna 7. makanan tidak bergizi
 3. kutukan 8. basil/kuman TBC
 4. kena racun 9. virus
 5. banyak pikiran 10. lain-lain,sebutkan
- 10 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apa saja gejala & tanda orang sakit TB Paru ? (jawaban dapat lebih dari satu) ¹⁰
1. batuk berkepanjangan \geq 3 minggu 7. demam meriang lebih dari satu bulan
 2. batuk darah 8. berkeringan malam hari walau tanpa kegiatan
 3. dahak bercampur darah 9. nafsu makan menurun
 4. sesak napas dan rasa nyeri di dada 10. rasa kurang enak badan
 5. badan lemah 11. lain-lain, sebutkan :

- 11 Penyakit TB Paru menurut Bpk/Ibu/Sdr., termasuk penyakit menular atau bukan ? 11
1. tidak menular → ke pertanyaan 13
 2. menular
- 12 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., penyakit TB Paru ini ditularkan melalui apa saja ? (jawaban dapat lebih dari satu) 12
1. melalui kontak langsung/ciuman
 2. melalui percikan dahak
 3. melalui debu
 4. melalui alat makanan
 5. melalui pakaian
 6. melalui air
 7. melalui keturunan
 8. lain-lain, sebutkan :
- 13 Apakah penyakit TB Paru bisa disembuhkan ? 13
1. tidak dapat --> ke pertanyaan 15
 2. dapat
- 14 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apa usaha yang harus dilakukan agar orang sakit TB Paru lekas sembuh? (jawaban dapat lebih dari satu) 14
1. berobat ke dokter
 2. Mengambil dan minum obat secara teratur
 3. Makanan bergizi
 4. Rumah yang bersih
 5. Lingkungan yang bersih
 6. Istirahat di tempat yang tenang
 7. Pantang makanan
 8. Berobat ke dukun
 9. lain-lain, sebutkan :
- 15 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apakah penyakit TB paru dapat dicegah? 15
1. tidak dapat --> ke pertanyaan 17
 2. dapat
- 16 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., bagaimana cara pencegahan penyakit TB Paru ? (jawaban dapat lebih dari satu) 16
1. imunisasi BCG pada bayi
 2. penderita TB Paru saat batuk/bersin mulut ditutup dg tangan
 3. penderita TB Paru meludah di pot kusus yg diberi lysol, minyak tanah.
 4. tempat makan/minum penderita TB Paru disendirikan dan dicuci air panas sehabis dicuci
 5. penderita tidur sendiri
 6. penderita tidak boleh mengasuh bayi
 7. tidak tahu
 8. lain-lain, sebutkan :
- 17 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apakah bahaya apabila orang sakit TB Paru tidak berobat teratur ? 17
1. tidak bahaya --> ke pertanyaan 19
 2. Bahaya
- 18 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apakah bahaya/akibat yang timbul apabila orang sakit TB Paru tidak berobat teratur? (jawaban dapat lebih dari satu) 18
1. tidak dapat sembuh
 2. Penyakit menjadi kebal
 3. menular ke orang sekitar
 4. dapat meninggal
 5. kambuh
 6. menjadi lebih parah
 7. komplikasi (jantung, otak, tulang, ginjal, sendi)
 8. lain-lain, sebutkan :

III. PELAYANAN KESEHATAN

- 19 Bapak/Ibu/Sdr., berobat atas anjuran/inisiatif siapa ? ¹⁹
- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. diri sendiri | 3. tetangga |
| 2. keluarga
(ayah/ibu/kakak/adik/paman/bibi) | 4. teman kerja |
| | 5. lain-lain, sebutkan : |
- 20 Apakah Bapak/Ibu/Sdr. pada saat pertama kali mendapat pengobatan atau setiap kali datang ke Puskesmas mendapatkan penyuluhan dari petugas kesehatan? ²⁰
- | | |
|-------|-----------------------------------|
| 1. Ya | 2. tidak ada --> ke pertanyaan 22 |
|-------|-----------------------------------|
- 21 Kalau Ya, siapa yang memberi penyuluhan tersebut ? ²¹
- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Dokter | 3. Perawat kesehatan |
| 2. Petugas Laboratorium | 4. Lain-lain, sebutkan : |
- 22 Apa saja isi penyuluhan tersebut ? ²²
- | | |
|----------------------------|------------------------|
| 1. penyebab penyakit | 6. efek samping obat |
| 2. gejala penyakit | 7. pemeriksaan dahak |
| 3. cara penularan penyakit | 8. keteraturan berobat |
| 4. cara pengobatan | 9. tidak menjawab |
| 5. pentingnya PMO | 10. lain-lain : |
- 23 Bagaimana jarak antara rumah Bapak/Ibu/Sdr., dengan Puskesmas ? ²³
- | | |
|--------------------|----------------------------|
| 1. Lebih dari 3 km | 2. Kurang/sama dengan 3 km |
|--------------------|----------------------------|
- 24 Bagaimana jadwal Bpk/Ibu/Sdr. mengambil obat ke Puskesmas pada 2 bulan pertama? ²⁴
- | | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1. 3 hari sekali | 4. 3 minggu satu kali |
| 2. 1 minggu satu kali | 5. 4 minggu satu kali |
| 3. 2 minggu satu kali | 6. Lain-lain, sebutkan : |

IV. OBAT ANTI TB PARU SEBELUMNYA

- 25 Sudah berapa lama Bapak/Ibu/Sdr. menjalani pengobatan TB Paru sampai saat ini ? ²⁵
..... bulan .
- 26 Apakah Bapak/Ibu/Sdr. pernah minum obat TB Paru sebelum pengobatan sekarang? ²⁶
- | | |
|-------|-------------------------------|
| 1. Ya | 2. Tidak --> ke pertanyaan 28 |
|-------|-------------------------------|
- 27 Kalau pernah, berapa lama Bpk/Ibu/Sdr. minum obat tersebut? ²⁷
- | | |
|----------------|--------------------------------|
| 1. < 1 bulan | 4. lebih dari 6 bulan |
| 2. 1 - 3 bulan | 5. Lain-lain, sebutkan : |
| 3. 3 - 6 bulan | |
- 28 Dimana tempat berobat/mendapat OAT tersebut ? ²⁸
- | | |
|------------------|--------------------------------|
| 1. Puskesmas | 4. Mantri/Paramedis |
| 2. Rumah Sakit | 5. Lain-lain, sebutkan : |
| 3. Dokter Swasta | |

V. PENYAKIT KRONIS YANG DIDERITA SELAIN TB PARU

- 29 Apakah ada riwayat penyakit lain yang Bapak/Ibu/Sdr. derita selama menjalani pengobatan TB Paru ? 29
1. Ya 2. Tidak ada --> ke pertanyaan 31
- 30 Apakah Bpk/Ibu/Sdr. pergi ke dokter untuk pengobatan penyakit tersebut ? 30
1. Ya 2. Tidak --> ke pertanyaan 31
- 31 Jika Ya, menurut dokter penyakit Bpk/Ibu/Sdr. adalah : (jawaban bisa lebih dari satu) 31
1. Kencing manis, sejak
2. Darah tinggi sejak
3. Sesak napas sejak
4. Asma sejak
5. Kelainan Ginjal sejak
6. Lain-lain, sebutkan :

VI. KEPATUHAN BEROBAT

- 32 Pada 2 bulan pertama pengobatan, bagaimana cara Bpk/Ibu/Sdr., dalam minum obat ? 32
1. setiap hari minum obat 3. seminggu 3 kali minum obat
 2. Dua hari sekali minum obat 4. lain-lain, sebutkan :
- 33 Pada 2 bulan pertama pengobatan, ada berapa macam obat yang diminum Bpk/Ibu/Sdr., ? 33
1. Empat macam 4. Satu macam
 2. Tiga macam 5. Lebih dari empat macam
 3. Dua macam 6. Lain-lain :
- 34 Pada 2 bulan pertama pengobatan, berapa butir obat yang Bpk/Ibu/Sdr., minum dalam sehari ? 34
1. delapan butir 4. tidak tahu
 2. kurang dari 8 butir 5. lain-lain, sebutkan :
 3. lebih dari delapan butir
- 35 Pada 2 bulan pertama pengobatan, pernahkah Bpk/Ibu/Sdr., tidak minum obat ? 35
1. tidak pernah 2. pernah
- 36 Bila pernah, berapa hari tidak minum obat ? 36
1. Kurang/sama 2 hari
 2. Lebih dua hari
- 37 Pada 2 bulan pertama pengobatan, pernahkah Bpk/Ibu/Sdr., terlambat mengambil obat di Puskesmas ? 37
1. tidak pernah 2. pernah
- 38 Bila pernah, berapa hari terlambat mengambil obat ? 38
1. Kurang/sama 2 hari
 2. Lebih dua hari

VII. KINERJA PMO

- 39 Setelah pengobatan selama 2 bulan., apakah Bpk/Ibu/Sdr., memeriksakan dahak?
 1. Ya 2. Tidak 39
- 40 Apakah Bpk/Ibu/Sdr., dalam menelan/minum obat TB Paru diawasi oleh orang lain atau disebut PMO ?
 1. Ya 2. Tidak --> stop 40
- 41 Bila ya, apakah hubungan Bpk/Ibu/Sdr., dengan PMO tersebut ?
 1. Keluarga 2. Orang lain 41
- 42 Pada 2 bulan pertama pengobatan, apakah PMO mengingatkan Bpk/Ibu/Sdr., untuk menelan/minum obat ?
 1. Ya 2. Tidak --> ke pertanyaan 44 42
- 43 Bila Ya, bagaimana (frekuensi) PMO mengingatkan ?

 43
- 44 Pada 2 bulan pertama pengobatan, apakah PMO mengawasi Bpk/Ibu/Sdr., pada waktu menelan/minum obat ?
 1. Ya 2. Tidak --> ke pertanyaan 46 44
- 45 Bila Ya, bagaimana (frekuensi) PMO mengawasi ?

 45
- 46 Pada 2 bulan pertama pengobatan, apakah PMO mengingatkan Bpk/Ibu/Sdr., untuk mengambil obat bila obat tinggal untuk satu hari atau sudah habis ?
 1. Ya 2. Tidak --> ke pertanyaan 48 46
- 47 Bila Ya, bagaimana (frekuensi) PMO mengingatkan untuk mengambil obat ?

 47
- 48 Pada 2 bulan pertama pengobatan, apakah PMO mengingatkan Bpk/Ibu/Sdr., untuk tidak menghentikan minum obat, ada atau tidak ada keluhan selama minum obat ?
 1. Ya 2. Tidak --> ke pertanyaan 50 48
- 49 Bila Ya, bagaimana (frekuensi) PMO mengingatkan tersebut ?

 49

50	Pada 2 bulan pertama pengobatan, apakah PMO mengingatkan Bpk/Ibu/Sdr., untuk memeriksakan dahak ulang pada akhir bulan ke 2?	<input type="checkbox"/>	50
	1. Ya		
	2. Tidak --> ke pertanyaan 52		
51	Bila Ya, bagaimana (frekuensi) PMO mengingatkan tersebut ?	<input type="checkbox"/>	51
		
		
		
		
52	Pada 2 bulan pertama pengobatan, apakah PMO memberikan dorongan atau motivasi untuk minum obat secara teratur ?	<input type="checkbox"/>	52
	1. Ya		
	2. Tidak --> ke pertanyaan 54		
53	Bila Ya, bagaimana (frekuensi) PMO memberikan dorongan terhadap Bpk/Ibu/Sdr. ?	<input type="checkbox"/>	53
		
		
		
		
54	Pada 2 bulan pertama pengobatan, apakah PMO memberikan dorongan atau motivasi untuk minum obat sampai sembuh?	<input type="checkbox"/>	54
	1. Ya		
	2. Tidak --> ke pertanyaan 56		
55	Bila Ya, bagaimana (frekuensi) PMO memberikan dorongan terhadap Bpk/Ibu/Sdr. ?	<input type="checkbox"/>	55
		
		
		
		
56	Pada 2 bulan pertama pengobatan, apakah PMO ikut mengambil obat/periksa ke Puskesmas ?	<input type="checkbox"/>	56
	1. Ya		
	2. Tidak --> ke pertanyaan 58		
57	Bila Ya, bagaimana (frekuensi) PMO ikut mengambil obat ke Puskesmas ?	<input type="checkbox"/>	57
		
		
		
		
58	Apakah PMO memberikan penyuluhan/memberitahu penyuluhan tentang penyakit TB Paru pada anggota keluarga atau orang lain ?	<input type="checkbox"/>	58
	1. Ya		
	2. Tidak --> stop		
59	Bila Ya, bagaimana frekuensi PMO memberikan penyuluhan tersebut ?	<input type="checkbox"/>	59
		
		
		
		

KUESIONER UNTUK PENGAWAS MENELAN OBAT (PMO)

I. KAREKTERISTIK PMO

1 Nama PMO :

2 Berapa umur Bpk/Ibu/Sdr., ? Tahun.

2

3 Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan

3

4 Status perkawinan :

1. Belum kawin

3. Duda/Janda

2. Kawin

4

5 Apakah pendidikan terakhir dari PMO Bapak/Ibu/Sdr. ?

1. tidak sekolah

4. tamat SLTP

2. tidak tamat SD

5. tamat SLTA

3. tamat SD

6. tamat perguruan tinggi/akademi

5

6 Apa pekerjaan sehari-hari Bapak/Ibu/Sdr. ?

1. pelajar/mahasiswa

6. wiraswasta

2. petani

7. pedagang

3. buruh

8. pensiunan

4. pegawai swasta

9. tidak kerja

5. pegawai negeri/ABRI

10. lain-lain, sebutkan :

6

7 Sejak kapan Bpk/Ibu/Sdr., menjadi PMO ? Bulan.

7

8 Siapa yang memilih Bpk/Ibu/Sdr., jadi PMO ?

1. Petugas Puskesmas

4. Kemauan diri sendiri

2. Penderita

5. Lain-lain, sebutkan :

3. Tokoh Masyarakat

8

9 Bagaimana perasaan Bpk/Ibu/Sdr., setelah menjadi PMO ?

1. Senang

4. Tidak tahu

2. Tidak senang

5. Terpaksa

3. Biasa saja

6. Lain-lain, sebutkan :

9

10 Berapa jumlah penderita TB Paru yang Bpk/Ibu/Sdr., diawasi ?

1. Satu penderita

3. Lebih dari dua penderita, sebutkan :

2. Dua penderita

10

11 Bagaimana jarak antara rumah Bapak/Ibu/Sdr., dengan rumah penderita ?

1. Lebih dari 3 Km

2. Kurang/sama dengan 3 Km

11

II. PENGETAHUAN PMO

12 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apakah penyebab penyakit TB Paru ini ? 12

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1. nasib | 6. lingkungan jelek |
| 2. guna-guna | 7. makanan tidak bergizi |
| 3. kutukan | 8. basil/kuman/penyakit |
| 4. kena racun | 9. virus |
| 5. banyak pikiran | 10. lain-lain, sebutkan |

13 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apa saja gejala & tanda orang sakit TB Paru ? (jawaban dapat lebih darisatu) 13

- | | |
|---|--|
| 1. batuk berkepanjangan ≥ 3 minggu | 7. demam meriang lebih dari satu bulan |
| 2. batuk darah | 8. berkeringan malam hari walau tanpa kegiatan |
| 3. dahak bercampur darah | 9. nafsu makan menurun |
| 4. sesak napas dan rasa nyeri di dada | 10. rasa kurang enak badan |
| 5. badan lemah | 11. lain-lain, sebutkan : |
| 6. berat badan menurun | |

14 Penyakit TB Paru menurut Bpk/Ibu/Sdr., termasuk penyakit menular atau bukan ? 14

1. menular
2. tidak menular --> ke pertanyaan 16
3. tidak tahu --> ke pertanyaan 16

15 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., penyakit TB Paru ini ditularkan melalui apa saja ? (jawaban dapat lebih dari satu) 15

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. melalui kontak langsung/ciuman | 5. melalui pakaian |
| 2. melalui percikan dahak | 6. melalui air |
| 3. melalui debu | 7. melalui keturunan |
| 4. melalui alat makanan | 8. lain-lain, sebutkan : |

16 Apakah penyakit TB Paru bisa disembuhkan ? 16

1. dapat
2. tidak dapat --> ke pertanyaan 18
3. tidak tahu --> ke pertanyaan 18

17 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apa usaha yang harus dilakukan agar orang sakit TB Paru lekas sembuh? (jawaban dapat lebih dari satu) 17

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. berobat ke dokter | 5. Lingkungan yang bersih |
| 2. Mengambil dan minum obat secara teratur | 6. Istirahat di tempat yang tenang |
| 3. Makanan bergizi | 7. Pantang makanan |
| 4. Rumah yang bersih | 8. Berobat ke dukun |
| | 9. lain-lain, sebutkan : |

18 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apakah penyakit TB paru dapat dicegah? 18

1. dapat
2. tidak dapat --> ke pertanyaan 20
3. tidak tahu --> ke pertanyaan 20

✓ 19 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., bagaimana cara pencegahan penyakit TB Paru ? (jawaban dapat lebih dari satu)

19

1. immunisasi BCG pada bayi
2. penderita TB Paru saat batuk/bersin mulut ditutup dg tangan
3. penderita TB Paru meludah di pot kusus yg diberi lysol, minyak tanah.
4. tempat makan/minum penderita TB Paru disendirikan dan dicuci air panas sehabis dicuci.
5. penderita tidur sendiri
6. penderita tidak boleh mengasuh bayi
7. tidak tahu
8. lain-lain, sebutkan :

20 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apakah bahaya apabila orang sakit TB Paru tidak berobat teratur ?

20

1. bahaya
2. tidak bahaya --> Stop
3. tidak tahu --> Stop

✓ 21 Menurut pengetahuan Bapak/Ibu/Sdr., apakah bahaya/akibat yang timbul apabila orang sakit TB Paru tidak berobat teratur? (jawaban dapat lebih dari satu)

21

1. tidak dapat sembuh
2. Penyakit menjadi kebal
3. menular ke orang skitar
4. dapat meninggal
5. kambuh
6. menjadi lebih parah
7. komplikasi (jantung, otak, tulang, ginjal, scndi)
8. lain-lain, sebutkan :

Lampiran 2

I. Kriteria Penilaian Pengetahuan Penderita dan PMO

1. Setiap pertanyaan diberi skor yang sama.
2. Pertanyaan yang mempunyai satu jawaban, masing-masing jawaban yang benar diberi skor 2 dan jawaban yang salah diberi skor 0 (nol).
3. Pertanyaan yang mempunyai jawaban lebih dari satu jawaban, maka diberikan bobot nilai. Bobot nilai dari semua jawaban yang benar dijumlahkan, kemudian diberikan skor.

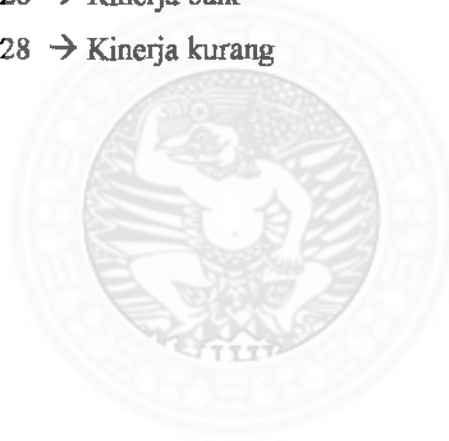
Nomor Pertanyaan	Bobot Jawaban	Skor
10/13	Bobot nilai = 2 → jawaban 1,2,3 Bobot nilai = 1 → jawaban 4 – 10 Bobot nilai = 0 → jawaban salah	Jml bobot nilai ≥ 9 skor 2 Jml bobot nilai < 9 skor 1
12/15	Bobot nilai = 2 → jawaban 1,2,3 Bobot nilai = 1 → jawaban 4, 5, 6 Bobot nilai = 0 → jawaban salah	Jml bobot nilai ≥ 6 skor 2 Jml bobot nilai < 6 skor 1
14/17	Bobot nilai = 2 → jawaban 1,2 Bobot nilai = 1 → jawaban 3,4,5 Bobot nilai = 0 → jawaban salah	Jml bobot nilai ≥ 5 skor 2 Jml bobot nilai < 5 skor 1
16/19	Bobot nilai = 2 → jawaban 1,2,3 Bobot nilai = 1 → jawaban 4, 5, 6 Bobot nilai = 0 → jawaban salah	Jml bobot nilai ≥ 6 skor 2 Jml bobot nilai < 6 skor 1
18/21	Bobot nilai = 2 → jawaban 1,2,3 Bobot nilai = 1 → jawaban 4,5, 6 Bobot nilai = 0 → jawaban salah	Jml bobot nilai ≥ 6 skor 2 Jml bobot nilai < 6 skor 1

4. Skor semua pertanyaan dijumlahkan, kemudian dikategorikan sebagai berikut :
 - 4.1. Jumlah skor > 15 → Pengetahuan baik
 - 4.2. Jumlah skor < 15 → Pengetahuan kurang

II. Pemberian skor pada variabel Kinerja

1. Setiap pertanyaan nomor 43, 45, 47, 49, 51, 53, 55, 57, 59 di berikan skor antara 0 – 4, sebagai berikut :
 - 1.1. Tidak pernah → diberi skor 0
 - 1.2. Jarang sekali → diberi skor 1
 - 1.3. Jarang → diberi skor 2
 - 1.4. Sering → diberi skor 3
 - 1.5. Sering sekali → diberi skor 4

2. Skor dari semua pertanyaan dijumlahkan, kemudian dibuat kategori sebagai berikut :
 - 1.2.1. Jumlah skor ≥ 28 → Kinerja baik
 - 1.2.2. Jumlah skor < 28 → Kinerja kurang



Lampiran 3

Probabilitas Pengawas Menelan Obat yang mempunyai Kinerja Baik

1. Pengkodean.

Nama Variabel	Singkatan	Kode
Pengetahuan PMO	Tahu_PMO	0 = pengetahuan kurang 1 = pengetahuan baik
Keterkaitan keluarga antara PMO dengan penderita	Kaitan	0 = PMO bukan keluarga 1 = PMO keluarga

2. Persamaan Regresi

$$p = \frac{1}{1 + e^{-[-2,792 + 1,380(\text{tahu_PMO}) + 1,447(\text{kaitan})]}}$$

3. Perhitungan

3.1. Tahu_PMO = 1, Kaitan = 1

$$p = \frac{1}{1 + e^{-[-2,792 + 1,380(1) + 1,447(1)]}}$$

$$p = \frac{1}{1,9656} = 0,5087$$

3.2. Tahu_PMO = 1, Kaitan = 0

$$p = \frac{1}{1 + e^{-[-2,792 + 1,380(1) + 1,447(0)]}}$$

$$p = \frac{1}{5,104} = 0,1959$$

3.3. Tahu_PMO = 0, Kaitan = 1

$$p = \frac{1}{1 + e^{-[-2,792 - 1,380(0) + 1,447(1)]}}$$

$$p = \frac{1}{2,345} = 0,2067$$

3.4. Tahu_PMO = 0, Kaitan = 0

$$p = \frac{1}{1 + e^{-[-2,792 + 1,380(0) + 1,447(0)]}}$$

$$p = \frac{1}{17,31} = 0,0578$$

Lampiran 4

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	86	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	86	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		86	100.0

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

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
kurang	0
baik	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
Pengetahuan PMO	Kurang	42	.000
	Baik	44	1.000
Hubungan PMO dg Penderita	Orang lain	32	.000
	Keluarga	54	1.000
Pengalam menjadi PMO	PMO baru	67	.000
	Pernah jadi PMO	19	1.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		
			nilai kinerja PMO		Percentage Correct
			kurang	baik	
Step 0	nilai kinerja PMO	kurang	58	0	100.0
		baik	28	0	.0
Overall Percentage					67.4

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	-.728	.230	10.015	1	.002	.483

Variables not in the Equation

Step	Variables	JMLPEN(1)	Score	df	Sig.
0		HUBGPMO2(1)	4.475	1	.034
		TAHU_PMO(1)	4.425	1	.035
		Overall Statistics	9.441	1	.002
			16.941	3	.001

Block 1: Method = Backward Stepwise (Wald)

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	18.325	3	.000
Block	18.325	3	.000
Model	18.325	3	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	90.208	.192	.268

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		nilai kinerja PMO		Percentage Correct
	kurang	baik		
Step 1 nilai kinerja PMO kurang	46	12	79.3	
baik	12	16	57.1	
Overall Percentage			72.1	

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 JMLPEN(1)	1.194	.645	3.431	1	.064	3.301	.933	11.677
HUBGPMO2(1)	1.447	.609	5.645	1	.018	4.252	1.288	14.035
TAHU_PMO(1)	1.380	.544	6.432	1	.011	3.973	1.368	11.538
Constant	-2.792	.667	17.524	1	.000	.061		

a. Variable(s) entered on step 1: JMLPEN, HUBGPMO2, TAHU_PMO.