

TESIS

**HUBUNGAN FAKTOR PENDERITA DAN PELAYANAN KESEHATAN
TERHADAP KELENGKAPAN BEROBAT TB
DI KABUPATEN SAMPANG**

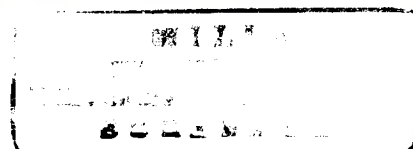
TKT 01/06

San
h



ASRUL SANI

**ILMU KEDOKTERAN TROPIS
PROGRAM PASCA SARJANA (S-2)
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2005**



**HUBUNGAN FAKTOR PENDERITA DAN PELAYANAN KESEHATAN
TERHADAP KELENGKAPAN BEROBAT TB
DI KABUPATEN SAMPANG**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelas Magister
Dalam Program Studi Ilmu Kedokteran Tropis
Pada Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga**

Oleh :

**ASRUL SANI
090310647 M**

**ILMU KEDOKTERAN TROPIS
PROGRAM PASCA SARJANA (S-2)
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2005

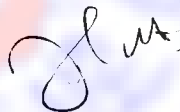
Tanggal 12 September 2005

Lembar Pengesahan

**TESIS YANG TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 12 September 2005**

OLEH

PEMBIMBING KETUA



Dr. FLORENTINA SUSTINI, dr., MD, MS.
NIP. 130 934 631

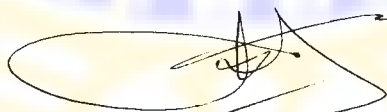
PEMBIMBING



SOEDARSONO, dr., Sp. P(K).
NIP. 140 161 395

MENGETAHUI :

**KETUA PROGRAM STUDI ILMU KEDOKTERAN TROPIS
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS AIRLANGGA**



Dr. KUNTAMAN, dr, Sp, MK
NIP. 130 783 547

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Pascasarjana Universitas Airlangga
Pada Tanggal 12 September 2005

Panitia Penguji,

1. **Dr. Kuntaman, dr., MS, SpMK.**
2. **Dr. Florentina Sustini, dr., MD, MS.**
3. **Djohar Nuswantoro, dr., MPH.**
4. **Ach. Djaeli, dr., MPPM**
5. **Boediono, dr., M.Kes.**

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadiran Allah yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga tesis ini dapat diselesaikan. Hanya atas pertolongan-Nya, segala hambatan dan rintangan baik yang bersifat akademis maupun non akademis semuanya bisa diatasi, dan kebahagiaan itu terasa semakin lengkap dengan selesainya penyusunan tesis ini.

Terima kasih tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya ucapkan kepada Dr Florentina Sustini dr, MD., MS. Pembimbing Ketua yang dengan penuh perhatian telah memberikan dorongan, bimbingan dan saran.

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

Rektor Universitas Airlangga Prof. Dr. Med H. Puruhito, SPBT, atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya, untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Magister.

Direktur Program Pascasarjana Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr. SpP, yang telah memberikan kesempatan kepada saya, untuk menjadi mahasiswa dan menyelesaikan pendidikan program Magister.

Ketua Program Studi Ilmu Kedokteran Tropis Dr. Kuntaman, dr., MS., SpMk, yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan program Magister.

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang beserta staf dari seksi PPM-PL, dan Kepala Puskesmas se Kabupaten Sampang, atas kesempatan yang diberikan untuk melakukan penelitian di wilayah Kabupaten Sampang.

Pemegang program TB dan perawat/bidan Puskesmas yang telah membantu menyediakan data sekunder maupun penyediaan data primer untuk melakukan wawancara di lapangan

Rekan-rekan S2 IKT angkatan pertama (tahun 2003), atas sumbangan pikiran, motivasi dan kebersamaan kita selama studi dan penyelesaian tesis ini.

Kepada seluruh masyarakat di wilayah Kabupaten Sampang khususnya penderita TB dan keluarganya kami sangat berterima kasih atas segala bantuan dan keramahannya.

Kepada semua pihak yang belum sempat saya sebutkan namanya satu- persatu, yang telah memberikan bantuan langsung maupun tidak langsung, baik moril maupun material demi kelancaran penelitian dan penyusunan tesis ini.

Izinkanlah pula saya menghaturkan rasa hormat dan terima kasih kepada kedua orang tua saya yang telah membimbing dan membesarkan saya dengan penuh kasih sayang yaitu H. Moh Ichsan. Juga kepada Bapak dan Ibu mertua saya, keluarga Karimun yang selalu memberikan doa restu sehingga semua kesulitan akhirnya bisa teratasi. Akhirul kata kepada istriku tercinta Suyati SP. putra-putriku (Frah, Bagus dan Belva) dan seluruh keluarga, terima kasih atas segala pengorbanan dan pengertian selama ini, semoga keberhasilan ini akan membawa kebahagiaan di masa mendatang.

Semoga Allah Yang Maha Pengasih dan Penyayang selalu melimpahkan berkat dan rahmatnya atas keikhlasan serta budi baik semua pihak yang telah banyak membantu dan memperkenankan saya menyelesaikan Program Magister ini.

Surabaya, Agustus 2005

Penulis

RINGKASAN

Penyakit Tuberkulosis masih merupakan problem kesehatan masyarakat di Indonesia dan dunia, karena dapat menyebabkan, morbiditas dan kematian yang tinggi. Dalam pelaksanaan program pemberantasan penyakit TB di Indonesia, terdapat suatu masalah yang masih sulit terpecahkan yaitu masih belum diketahuinya faktor-faktor yang berpengaruh dalam keteraturan/ kelengkapan berobat TB.

Penelitian ini bertujuan mempelajari faktor yang berhubungan dengan kelengkapan berobat Tuberkulosis yaitu 1) Faktor penderita (umur, jenis kelamin, pendidikan, jenis pekerjaan, pengetahuan, sikap mobilitas, derajat penyakit dan efek samping) dan 2) faktor pelayanan kesehatan (penyuluhan, akses obat, ketersediaan obat dan PMO, ketersediaan obat dan akses pemeriksaan dahak).

Rancangan penelitian ini menggunakan desain *case control*. Penelitian ini dimulai dengan mengidentifikasi hasil pengobatan TB di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) se Kabupaten Sampang mulai bulan April sampai dengan Agustus 2004. Kelompok kasus sebanyak 43 pasien yang tidak berobat lengkap dan kelompok kontrol sebanyak 43 penderita yang berobat lengkap. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner. Data dianalisa dengan menggunakan uji multiple logistic regression.

Hasilnya, dari 86 sampel dan 10 variabel independen ditemukan 2 variabel yang berhubungan secara signifikan dengan kelengkapan berobat. Resiko berobat tidak lengkap untuk yang bersikap kurang 4,265 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang bersikap baik. Resiko berobat tidak lengkap penderita yang akses pemeriksaan dahaknya jauh 4,05 kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang akses pemeriksaan dahaknya dekat.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah faktor resiko untuk berobat lengkap adalah sikap dan akses pemeriksaan dahak. Probabilitas untuk berobat tidak lengkap pada penderita yang sikapnya kurang dan akses pemeriksaan dahaknya jauh adalah 82,7%.

SUMMARY

Relation of factor of Patient and Health Service to Complete Treatment Tuberculosis

Tuberculosis still becomes public health problem in Indonesia and the world. Because it can be able to be solved in elaminating TB diseases in Indonesia. The complicated problem is inability of recognizing factors that influence the completed treatment.

The Purpose of this research is to analyze the relationship of the risk factor of tuberculosis with completed treatment. The risk factors are (1. patient factor (age, sex, education, job, knowledge, attitude, severity illness and side effected), 2). health services factor (health education, drugs availability and Supervisor of drug use, drug acces and acces sputum examination).

This research's design was a case control method. Research sample was patient tuberculosis in 10 public health center (PHC) in Sampang regency from April until August 2004. The case sample was 43 patients, who uncompleted treatment and the control sample was 43 patients who completed treatment patients. The data was collected by interview using questionnaire. The date was analyze by multiple logistic regression test.

Result, 86 sample and 10 independent variables, were found 2 variables, that was significantly related with completed treatment. The risk of uncompleted treatment for good attitude 4,265 times more higher than who was bad attitude. The risk of uncompleted treatment for acces the sputum examination which far 4,047 times more higher than who was acces the sputum examination which is near.

The conclusion of this research is, that the risk factor of the completed treatment is the attitude and acces the sputum examination. Probably of uncompleted TB treatment for bad attitude and the far distance of accessing the sputum examination facility was 82,7%.

ABSTRACT

Risk faktor Uncompleted Treatment Tuberculosis are Attitude and Acces phlegm inspection

The Purpose of this research is to analyze the relation of the risk factor of tuberculosis with completed treatment. The risk factors are (1. patient factors (age, sex, education, job, knowledge, attitude, severity illness and side effected), 2). health services factors (health education, drugs availability and Supervisor of drug use, drug acces and acces sputum examination).

This research's design a case control method. Research sample was patient tuberculosis in 10 public health center (PHC) in Sampang regency from April until August 2004. The case sample was 43 patients, who uncompleted treatment and teh control sample was 43 patients who completed treatment patients. The data was collected by interview using questionnaire. The date was analyze by multiple logistic regression test.

Result, 86 sample and 10 independent variable, were found 2 variable, that were significantly related with completed treatment. The risk of uncompleted treatment for good attitude 4,265 times more higher than who was bad attitude. The risk of uncompleted treatment for acces the sputum examination to the facility of which far 4,047 times more higher than who was acces the sputum examination which is near. So the probability of uncompleted treatment TB to TB patient is bad attitude and acces the sputum examination which far occupy 82,7%. Probability of uncompleted treatment TB to TB patient is good attitude and acces the sputum examination which is near occupy 21,7%.

Key Words: Risk factor Tuberculosis, completed treatment.

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan.....	i
Sampul Dalam.....	ii
Prasarat Gelar.....	iii
Persetujuan.....	iv
Penetapan Panitia.....	v
Ucapan terima kasih.....	vi
Ringkasan.....	ix
Summary.....	x
Abstrak.....	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	7
1.3 Rumusan Masalah	8
1.4 Tujuan Penelitian	8
1.5 Manfaat Penelitian	10

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Tuberkulosis Paru	12
2.1.1 Pengertian.....	12
2.1.2 Penyebab.....	12
2.1.3 Penularan.	13
2.1.4 Diagnosis	14
2.1.5 Klasifikasi	15
2.1.6 Type penderita	16
2.1.7 Perjalanan Penyakit	18
2.1.8 Gejala klinis.....	20
2.1.9 Pengobatan Tuberkulosis	21
2.1.10 Efek Samping Obat	27
2.1.11 Pengawas Minum Obat	28
2.1.10 Pemantauan Hasil Pengobatan TBC pada Orang Dewasa	29
2.1.11 Hasil pengobatan dan tindak lanjut	31

2.2	Konsep Kepatuhan	33
2.3	Faktor-faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Paru Dalam Melaksanakan Program Pengobatan ...	33
2.3.1	Faktor Penderita	33
2.3.2	Faktor Pelayanan Kesehatan	38
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	43
3.2	Hipotesis	44
BAB 4 METODE PENELITIAN		
4.1	Rancangan Penelitian	45
4.2	Populasi dan Sampel	46
4.3	Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran dan Hasil Ukur	49
4.4	Instrumen Penelitian	58
4.5	Lokasi dan Waktu Penelitian	59
4.6	Prosedur Pengumpulan Data	60
4.7	Analisis Data	60
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA		
5.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian	62
5.2	Analisis Hasil Penelitian	63
5.2.1	Umur	63
5.2.2	Jenis Kelamin	64
5.2.3	Pendidikan	64
5.2.4	Pekerjaan	65
5.2.5	Pengetahuan	66
5.2.6	Sikap	67
5.2.7	Mobilitas	68
5.2.8	Derajat Penyakit	69
5.2.9	Efek Samping	69
5.2.10	Penyuluhan	70
5.2.11	Akses Pengambilan Obat dan Periksa Dahak	71
5.2.12	Ketersediaan Obat	74
5.2.13	Ketersediaan Sarana Pemeriksaan	76
5.2.14	Type Puskesmas	77
5.2.15	Sumberdaya Manusia	78
5.2.16	Analisis variabel independen yang bermakna pada $p < 0,25$ Secara bersamaan dengan kelengkapan berobat	78

BAB 6 PEMBAHASAN.....	81
6.1 Umur.....	81
6.2 Jenis Kelamin.....	82
6.3 Pendidikan.....	83
6.4 Jenis Pekerjaan.....	84
6.5 Pengetahuan.....	84
6.6. Sikap.....	85
6.7. Mobilitas.....	85
6.8. Derajat Penyakit.....	86
6.9. Efek Samping.....	87
6.10 Penyuluhan.....	87
6.11 Akses Pengambilan obat dan Pemeriksaan dahak.....	88
6.12 Ketersediaan Obat dan PMO.....	89
6.13 Ketersediaan Sarana Pemeriksaan.....	91
6.14 Type Puskesmas.....	91
6.15 Sumberdaya Manusia.....	92
6.16 Probabilitas Gagal Konversi sputum BTA penderita TB Paru.....	92
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	94
7.1. Kesimpulan.....	94
7.2. Saran.....	95
Daftar Pustaka	97
Lampiran	100

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) Jangka Pendek Rekomendasi WHO dan Peruntukannya	23
Tabel 4.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran dan hasil Ukur serta Skala Data.....	51
Tabel 5.2.1 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut umur di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004	63
Tabel 5.2.2 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut jenis kelamin di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004.....	64
Tabel 5.2.3 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Tingkat pendidikan di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004.....	64
Tabel 5.2.4 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Pekerjaan di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004	65
Tabel 5.2.5 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Pengetahuan di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004.....	66
Tabel 5.2.6 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut sikap di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004	67
Tabel 5.2.7 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Mobilitas di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004	68
Tabel 5.2.8 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut derajat penyakit di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004.....	69
Tabel 5.2.9 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut efek samping di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004.....	70
Tabel 5.2.10 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Penyuluhan di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004.....	70

Tabel 5.2.11 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Akses Obat di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004	71
Tabel 5.2.12 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Akses Pemeriksaan Dahak di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004	74
Tabel 5.2.13 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Biaya Pemeriksaan Dahak di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004	74
Tabel 5.2.14 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut waktu pemeriksaan Dahak di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004	75
Tabel 5.2.15 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Ada tidaknya PMO di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004	76
Tabel 5.2.16 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut jenis PMO di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004	77

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.2 Model Permasalahan.....	11
Gambar 3.1 Faktor Yang mempengaruhi terhadap Kepatuhan Berobat... ..	43

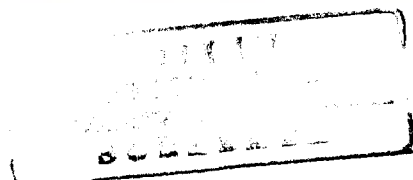
BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) sebenarnya sudah diderita manusia sejak ribuan tahun lalu. Berdasarkan penelitian pada mumi peninggalan zaman Mesir kuno, saat itu sudah banyak orang meninggal karena penyakit ini. Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit infeksi yang menular, sebagian besar disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan adalah dahak yang mengandung kuman TB. Gejala umum TB pada orang dewasa adalah batuk yang terus menerus dan berdahak, selama tiga minggu atau lebih. Bila tidak diobati maka setelah lima tahun sebagian besar (50%) penderita akan meninggal (Depkes R.I., 2002 a).

Mycobacterium tuberculosis telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia. Pada tahun 1993, WHO mencanangkan kedaruratan global penyakit TB, karena pada sebagian besar negara di dunia, penyakit TB tidak terkendali. Hal ini disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan, terutama penderita menular (BTA positif). Pada tahun 1995, hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TB merupakan penyebab kematian nomor tiga (3) setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu (1) dari golongan penyakit infeksi. Penyakit ini khususnya di daerah pedesaan miskin dan daerah kumuh di perkotaan. Penyakit TB 75% menyerang penduduk kelompok usia produktif (15-50 tahun).



Dengan munculnya epidemi HIV/AIDS di dunia, diperkirakan penderita TB akan meningkat. Di negara negara yang insiden HIV/AIDS tinggi seperti Botswana menunjukkan peningkatan 120% sejak dilaksanakannya strategi DOTS tahun 1996 (Kenyon TA, 1999). Pada tahun 1999, WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TB dengan kematian karena TB sekitar 140.000. Secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru TB BTA positif atau 1,3 per 1.000 penduduk. Di Propinsi Jawa Timur setiap tahun diperkirakan ditemukan kasus TB 1,15 per 1.000 penduduk sehingga kabupaten Sampang dengan jumlah penduduk 780.033 jiwa diperkirakan kasus yang ditemukan sebanyak 897 (Depkes R.I, 2002 f).

Indonesia adalah penyumbang kasus TB terbesar ke 3 di dunia. Setiap menit ada satu pasien TB baru di Indonesia, setiap 2 menit akan ada kasus baru TB BTA (+) dan setiap 4 menit 1 orang akan meninggal akibat TB di negara kita. Incidence rate Indonesia adalah 271 dengan jumlah penderita pertahunnya 587.000 orang (Tjandra, 2005).

Di Kabupaten Sampang, kasus BTA positif yang ditemukan pada tahun 2004 sebanyak 336 kasus dari target 897 kasus atau 37% dari perkiraan kasus yang ada. Dari data tersebut yang paling tinggi penemuan kasusnya adalah Puskesmas Banyuwang (3,098/1.000), Kedungdung (1,91/1.000) dan Sreseh (1,372/1.000). Sedangkan angka penemuan kasusnya yang rendah adalah Puskesmas Robatal, Karang penang, Tamberu barat, Banjar dan Camplong. Puskesmas Jrengik, Tambelangan dan Omben yang angka penemuan kasusnya mendekati 1/1.000 penduduk. Rendahnya angka penemuan kasus tuberkulosis ini dapat disebabkan

karena pengetahuan dari penduduk kabupaten Sampang yang masih belum memahami secara benar gejala dan tanda penyakit tuberkulosis paru. Kebanyakan dari mereka baru berobat bila sudah ada batuk darah. Sebab lainnya yaitu persepsi petugas kesehatan yang kurang tepat terhadap konsep penularan TB (Dinkes, 2003).

Dari data profil kesehatan Sampang tahun 2004 menunjukkan bahwa dari 336 penderita yang ditemukan ternyata 302 (90,65%) kasus baru, 4 (1,2 %) kasus kambuh dan 27 orang (7,3%) BTA negatif tetapi rontgen +, serta 3 orang (0,8%) ekstra paru. Angka kesembuhan TB masih jauh dari target yang ditetapkan. Dari 336 penderita TB yang ditemukan ternyata yang sembuh hanya 224 orang atau 67,2% sedangkan target yang harus dicapai sesuai dengan Gerdunas TB Paru angka kesembuhannya harus diatas 85% (Depkes R.I., 2002 i).

Mulai tahun 1995, program penanggulangan TB nasional mengadopsi strategi *Directly Observed Treatment, Shortcourse (DOTS)*, yang direkomendasi oleh WHO. Strategi DOTS telah dibuktikan dengan ujicoba lapangan dapat memberikan angka kesembuhan yang tinggi. Bank Dunia menyatakan bahwa strategi DOTS merupakan strategi kesehatan yang *cost effective* dan *cost benefit*. Satu studi *cost benefit* yang dilakukan WHO di Indonesia menggambarkan bahwa setiap satu dolar yang digunakan untuk membiayai program penanggulangan TB, akan menghemat sebesar 55 dolar selama 20 tahun (Depkes R.I., 2002 a).

Lima komponen strategi DOTS yaitu :

1. Komitmen politis dari para pengambil keputusan, termasuk dukungan dana.
2. Diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis
3. Kesenambungan persediaan OAT jangka pendek untuk penderita

4. Pengobatan dengan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO)
5. Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program TB.

Untuk menjamin keberhasilan penanggulangan TB kelima komponen tersebut diatas harus dilaksanakan secara bersamaan (Depkes R.I., 2002 a).

Hasil penelitian di rumah sakit Albert Schweitzer Haiti terhadap 281 pasien TB menunjukkan bahwa hasil pengobatan menggunakan strategi DOTS sukses ratenya mencapai 87% berbanding 58% yang tidak menggunakan stareti DOTS. Angka drop outnya juga menunjukkan angka 7% berbanding 29% serta angka kematian yang mencapai 4% berbanding 12 %. Hal ini menunjukkan bahwa pengobatan dengan strategi DOTS sangat efektif dalam upaya penanggulangan penyakit Tuberkulosis (Olle-goig JE, Alvares J, 2001).

Di India 75% penderita menghentikan pengobatan setelah 2-3 bulan berobat. Kurangnya kelengkapan penderita TB dalam minum obat menyebabkan angka kesembuhan penderita rendah, angka kematian meningkat dan kekambuhan meningkat, serta yang lebih mengawatirkan adalah terjadinya resistensi kuman terhadap beberapa obat anti TB atau *Multi Drug Resistance Tuberculosis* (MDR TB), sehingga penyakit TB sangat sulit disembuhkan (Nurul, 1999).

Di Kamboja penemuan kasus TB tahun 1996 meningkat 121% dibandingkan tahun 1982. Angka kesembuhan sebelum tahun 1994 antara 40% - 50% meningkat menjadi 85% sejak menggunakan strategi DOTS tahun 1995. Hal ini disebabkan komitmen pemerintah, training dan mobilisasi tenaga kesehatan, jaminan suplai obat.

kerjasama dengan LSM, desentralisasi pelayanan TB dan supervisi yang adekuat (Norval et all, 1998).

Strategi DOTS dimaksudkan untuk menjamin keberhasilan program pengobatan penyakit TB dengan kepatuhan dan kelengkapan penderita selama masa pengobatan, yaitu dengan melakukan pengawasan dan pengendalian pengobatan penderita (Depkes, 1995). Keberhasilan strategi DOTS telah teruji di banyak negara, di Banglades strategi DOTS mulai diterapkan sejak tahun 1993 dan mencakup 75% wilayah menunjukkan hasil kesembuhan penderita 80%, sedangkan di Vietnam yang merupakan negara Asia pertama yang menerapkan strategi DOTS telah mencapai angka kesembuhan 90% pada tahun 1997. Di Indonesia sendiri pelaksanaan strategi DOTS dalam program penanggulangan penyakit TB menunjukkan angka kesembuhan penderita mencapai 90%, dimana angka tersebut melebihi target WHO yaitu 85% (Nurul, 1999).

Secara nasional, penanggulangan TB mempunyai target angka kesembuhan lebih dari 85% dengan cakupan penderita sebesar 70% dari perkiraan seluruh kasus baru BTA positif yang ada. Apabila keadaan ini dapat dipertahankan selama lima tahun berturut-turut, maka insiden kasus TB akan dapat diturunkan separuh (Depkes R.I., 2002 a).

Pada SKN tahun 1982 dijelaskan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi keteraturan berobat antara lain :

1. Efek samping obat
2. Jarak rumah ke Puskesmas
3. Pelayanan kesehatan yang kurang menyenangkan hati

4. Sosial ekonomi.

Penelitian Danusantoso di Poliklinik penyakit Paru P.P.T.I di Jakarta pada tahun 1980 pada 67 penderita yang menghentikan pengobatannya disebabkan karena :

1. Tak punya uang
2. Merasa sudah sembuh
3. Pindah tempat tinggal
4. Pekerjaan tidak memungkinkan
5. Merasa enak
6. Belum tahu lama masa pengobatan.

Pada umumnya keluarga di Indonesia dan khususnya pulau Jawa masih banyak yang disebut *extended family* artinya dalam satu rumah di huni oleh beberapa keluarga. Demikian juga keadaan di Sampang Madura , banyak satu rumah (di desa) yang dihuni oleh beberapa keluarga. Keadaan sosial tersebut dapat mempengaruhi penyebaran penyakit tuberkulosis di keluarga sendiri. Jika tingkat kesembuhan pengobatan TB masih tetap rendah maka insidens penyakit TB akan tetap tinggi karena penularan penyakit masih berlangsung.

Untuk mencapai tingkat kesembuhan diperlukan kelengkapan atau kepatuhan berobat bagi setiap penderita. Untuk menjamin kelengkapan berobat penderita dengan menggunakan paduan obat anti tuberkulosis jangka pendek diperlukan penerapan pengawasan menelan obat. Walaupun paduan obat yang digunakan baik tapi bila penderita tidak berobat dengan lengkap maka umumnya hasil pengobatan akan mengecewakan. Kelengkapan/kepatuhan berobat penderita TB juga ditentukan oleh perhatian tenaga kesehatan untuk memberikan penyuluhan, penjelasan kepada

penderita, kalau perlu mengunjungi ke rumah untuk mengetahui kondisi lingkungan penderita baik fisik, sosial budaya serta tersedianya obat paket TB ini.

Walaupun Kabupaten Sampang telah melaksanakan strategi DOTS sejak tahun 2000 namun tingkat kesembuhan dan kelengkapan berobat penderita masih jauh dari harapan. Banyak faktor yang mempengaruhi yaitu faktor penderita, faktor kebijakan kesehatan, faktor lingkungan dan, faktor pelayanan kesehatan. Sesuai dengan Kepmendagri No.29 tahun 2000 tentang Kinerja Instansi Pemerintah maka hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan kabupaten Sampang dalam upaya meningkatkan cakupan program kesehatan terutama dalam pemberantasan penyakit menular.

Penelitian ini dilakukan untuk mempelajari apakah ada hubungan antara faktor penderita dan pelayanan kesehatan di Puskesmas dengan faktor kelengkapan berobat penderita TB.

1.2 Identifikasi Masalah

Di kabupaten Sampang program pemberantasan penyakit menular yang didalamnya termasuk tuberkulosis masih belum optimal. Penemuan kasus yang baru mencapai 37% dan tingkat kesembuhan penyakit TB yang masih rendah (67,2%) perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor penyebab masalah tersebut. Masalah kelengkapan penderita dalam pengobatan penyakit TB sangat berpengaruh terhadap perkembangan penyakitnya karena hambatan yang paling serius dalam pengobatan penyakit TB adalah sering terputusnya/berhenti berobat/*drop out* (DO), baik karena penderita pindah, lupa minum, merasa sudah sehat, bosan minum obat karena banyak

dan lamanya pengobatan, serta efek samping obat sehingga menyebabkan kegagalan pengobatan.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi (tingkat kelengkapan berobat) suatu masyarakat yaitu faktor penderita, faktor lingkungan, dan faktor kebijakan pemerintah dan faktor pelayanan kesehatan. Pada penelitian ini kami batasi pada pengaruh faktor penderita dan pelayanan kesehatan terhadap kelengkapan berobat. Faktor yang berhubungan dengan penderita yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, mobilitas, keluhan penyakit dan efek samping yang dialami sedangkan faktor pelayanan yaitu penyuluhan kesehatan, jarak penderita ke tempat pelayanan, sarana pemeriksaan, ketersediaan obat dan PMO, jenis puskesmas serta sumberdaya manusia. Program kesehatan saat ini terfokus bagaimana mengoptimalkan kinerja unit pelayanan kesehatan dalam program pemberantasan penyakit.

1.3 Rumusan Masalah

Dari latar belakang dan identifikasi masalah yang disebutkan di atas, maka dapat dirumuskan masalahnya sebagai berikut : “ Faktor Penderita dan Pelayanan Kesehatan apakah yang berpengaruh terhadap kelengkapan/kepatuhan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum.

Mempelajari hubungan antara faktor penderita dan pelayanan kesehatan

terhadap kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan antara umur dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
2. Menganalisis hubungan antara jenis kelamin dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
3. Menganalisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
4. Menganalisis hubungan antara pekerjaan dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
5. Menganalisis hubungan antara pengetahuan dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
6. Menganalisis hubungan antara sikap dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
7. Menganalisis hubungan antara mobilitas penduduk dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
8. Menganalisis hubungan antara derajat penyakit dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
9. Menganalisis hubungan antara efek samping yang dialami dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
10. Menganalisis hubungan antara penyuluhan kesehatan dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.

11. Menganalisis hubungan antara ketersediaan obat pemeriksasn dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
12. Menganalisis hubungan antara akses (jarak) ke pelayanan kesehatan dengan kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
13. Mengidentifikasi gambaran jenis puskesmas terhadap kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
14. Mengidentifikasi gambaran sarana pemeriksaan terhadap kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.
15. Mengidentifikasi gambaran Sumber Daya Manusia (SDM) terhadap kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang.

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah :

1.5.1 Bagi Peneliti

Mengetahui hubungan faktor penderita dan pelayanan keschatan terhadap kelengkapan berobat penderita TB di Kabupaten Sampang serta meningkatkan ketrampilan/kemampuan dalam menyusun karya tulis ilmiah

1.5.2 Bagi Dinas Kesehatan

Memberi informasi dan masukan tentang bagaimana cara meningkatkan tingkat kelengkapan berobat penyakit TB di Kabupaten Sampang kepada Pemerintah Kabupaten dan Pengelola Program Pemberantasan Penyakit Menular khususnya Tuberkulosis di Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang.

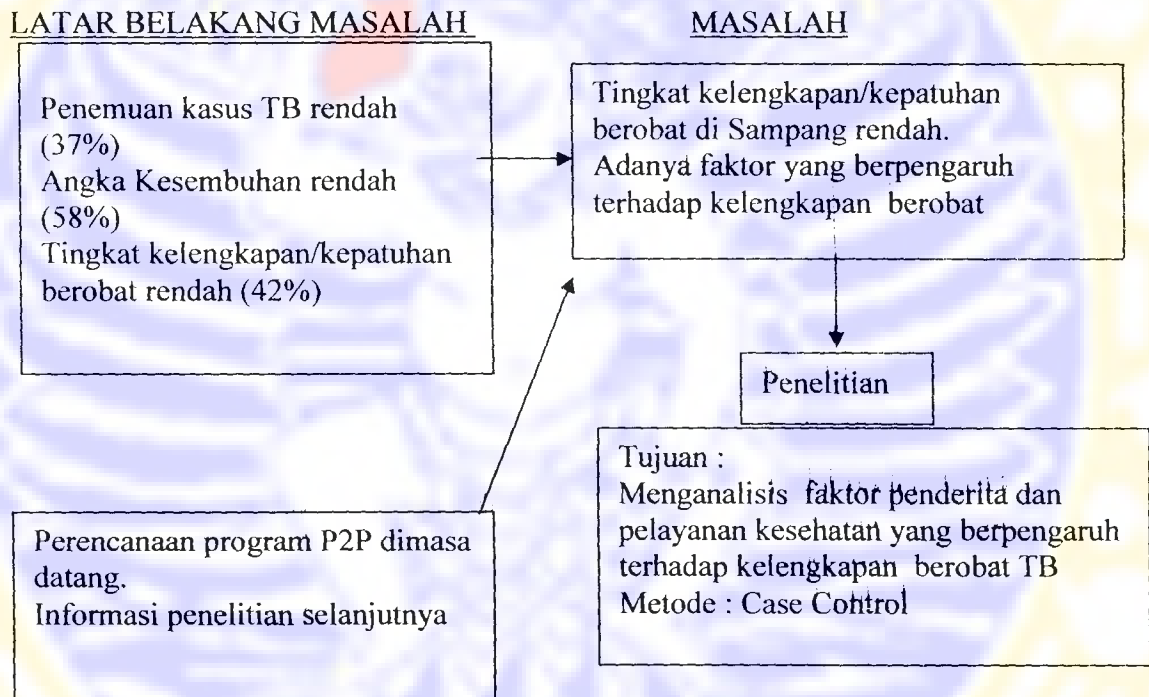
1.5.3 Bagi Masyarakat

Sebagai tambahan pengetahuan tentang penyakit TB khususnya tentang kelengkapan berobat.

1.5.4 Bagi Ilmu Pengetahuan

Sebagai bahan/informasi untuk melakukan penelitian TB selanjutnya.

Gambar 1.2 **MODEL PERMASALAHAN**



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas tentang penyakit Tuberkulosis (TB), kepatuhan/kelengkapan berobat dan faktor-faktor yang berpengaruh. Untuk lebih jelasnya konsep dasar tersebut dijabarkan sebagai berikut :

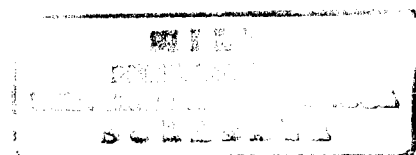
2.1 Penyakit Tuberkulosis Paru

2.1.1 Pengertian

Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang sebagian besar disebabkan oleh kuman yang disebut *Mycobacterium tuberculosis*, kuman tersebut biasanya masuk kedalam tubuh manusia melalui udara pernafasan kedalam paru. Kemudian kuman tersebut dapat menyebar dari paru kebagian tubuh lain melalui system peredaran darah, system limfe, melalui saluran pernafasan (bronchus) atau penyebaran langsung ke organ-organ tubuh lainnya (Depkes R.I., 2002 c).

2.1.2 Penyebab

Penyebab tuberkulosis adalah *Mycobacterium tuberculosis complex* yang terdiri dari *Mycobacterium tuberculosis* (penyebab utama TB), *Mycobacterium bovis* (jarang pada manusia dan sering pada hewan), *Mycobacterium bovis BCG*, serta *Mycobacterium africanum* (Scotts's & Bailey, 1998). *Mycobacterium africanum*



ditemukan terutama di kawasan Amerika dan Afrika (Nuwaha, 2000). Adapun karakteristik *Mycobacterium tuberculosis* adalah sebagai berikut (Kanai K., 1990) :

1. Kuman berbentuk batang tipis agak bengkok
2. Berukuran 0,5-4 mikron x 0,3-0,6 mikron
3. Tumbuh optimal pada suhu 37°C dengan PH 6,4-7,0
4. Mudah mati pada air mendidih (5 menit pada 80°C, 20 menit pada suhu 60°C)
5. Mudah mati dengan sinar matahari
6. Tahan hidup berbulan bulan pada suhu kamar yang lembab
7. Pewarnaan bersifat gram positif dan tahan asam.

2.1.3 Penularan

Penularan TB sebagian besar melalui udara. Penyakit TB ditularkan orang dewasa kepada anak-anak, dan tidak dari anak ke dewasa (Rosmayudi, 2002). Sumber penularan yang paling berbahaya adalah orang dewasa yang menderita TB dengan kavitas (*caverne*). Kasus seperti ini sangat infeksius dan dapat menularkan penyakit melalui batuk, bersin dan percakapan. Semakin sering dan lama kontak, makin besar pula kemungkinan terjadi penularan. Sumber penularan bagi bayi dan anak yang disebut kontak erat, adalah orangtuanya, orang serumah atau orang yang sering berkunjung (Depkes R.I., 2002 j).

Risiko penularan setiap tahun (Annual Risk of Tuberculosis Infection = ARTI) di Indonesia dianggap cukup tinggi dan bervariasi antara 1 – 2 %. Pada daerah dengan ARTI sebesar 1 %, berarti setiap tahun diantara 1000 penduduk, 10 (sepuluh) orang akan terinfeksi. Sebagian besar dari orang yang terinfeksi tidak akan menjadi

penderita TB, hanya 10 % dari yang terinfeksi yang akan menjadi penderita TB. Dari keterangan tersebut diatas, dapat diperkirakan bahwa daerah dengan ARTI 1 %, maka diantara 100.000 penduduk rata-rata terjadi 100 (seratus) penderita tuberkulosis setiap tahun, dimana 50 % penderita adalah BTA positif. Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita TB adalah daya tahan tubuh yang rendah; diantaranya karena gizi buruk atau HIV/AIDS (RSPI, 2003).

Suatu studi menunjukkan bahwa 23 persen seseorang terkena infeksi pada usia antara 15 – 19 tahun, 13 persen usia 20 – 24 tahun, 4 persen usia 25 – 29 tahun dan 2 persen diatas 30 tahun (Mandell et. all, 1998). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar (60%) infeksi terjadi pada usia dibawah 15 tahun.

2.1.4 Diagnosis

Departemen Kesehatan R.I. telah mengikuti anjuran WHO dan menetapkan keluhan penderita sebagai alat untuk mencari tersangka tuberkulosis. Mereka yang memiliki satu gejala respiratorik atau lebih dan mempunyai dua gejala sistemik atau lebih, dianggap sebagai tersangka dan diharuskan untuk pemeriksaan sputum.

Departemen Kesehatan RI menetapkan pemeriksaan BTA untuk menentukan kuman dalam sputum dilakukan dengan pengecatan *Ziehl-Neelsen* sedangkan untuk cara pemeriksaan, cara membaca dan melaporkan hasil pemeriksaan digunakan cara yang dianjurkan oleh *International Union Against Tuberculosis an Lung Disease* (IUATLD)

sebagai berikut :

1. Tidak di temukan BTA dalam 100 LP = Negatif

2. Ditemukan 1-9 BTA dalam 100 L = ditulis jumlah hasil yg ditemukan

3. Ditemukan 10-99 BTA per 100 LP = Positif 1 (+)

4. Ditemukan 1-10 BTA per 1 LP = Positif 2 (++)

5. Ditemukan lebih dari 10 BTA per 1 LP = Positif 3 (+++)

Jika hasil pemeriksaan sputum negatif tetapi dicurigai menderita TB maka dilakukan pemeriksaan rontgen paru.

2.1.5 Klasifikasi

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

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

2.1.5.1 Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis paru adalah *tuberculosis* 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 (Depkes R.I., 2000).

2.1.5.2 Tuberkulosis Ekstra Paru

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

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

2.1.6 Tipe Penderita

Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita yaitu (Depkes R.I., 2002 b).

2.1.6.1 Penderita baru

Adalah penderita yang belum pernah mendapat pengobatan dengan OAT atau sudah pernah mendapat OAT tapi kurang dari 1 bulan (30 dosis harian).

2.1.6.2 Penderita kambuh

Adalah penderita yang sebelumnya telah dinyatakan sembuh dan datang lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

2.1.6.3 Penderita pindahan (*Transfer in*)

Adalah penderita yang pindah lokasi pengobatannya dari kabupaten yang satu ke kabupaten yang lain dengan meneruskan pengobatannya. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan/pindahan (Form TB 09).(Depkes R.I., 2002 b).

2.1.6.4 Pengobatan setelah lalai (*default/D.O.*)

Adalah penderita yang kembali berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif setelah lalai berobat 2 bulan atau lebih.

2.1.6.5 Lain-lain

1). Gagal.

(1). Penderita BTA positif yang tetap BTA positif atau kembali BTA positif pada akhir bulan ke-5 atau lebih.

(2). Penderita BTA negatif Ro + yang menjadi BTA positif pada akhir bulan ke-2 pengobatan.

2). Kronis.

Adalah penderita dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang dengan katagori 2.

Seorang penderita BTA positif adalah seorang penderita yang hasil pemeriksaan dahak SPS sekurang kurangnya 2 dari 3 spesimen ternyata BTA positif. Atau seorang penderita yang hasil pemeriksaan dahak SPS 1 dari 3 spesimen ternyata BTA positif dan hasil foto rontgen dada mendukung TB (Depkes R.I., 2002 c).

Seorang penderita tuberkulosis BTA negatif adalah seorang penderita dengan pemeriksaan dahak SPS semua hasilnya negatif dan pada pemeriksaan rontgen terlihat gambaran tuberkulosis aktif. Penderita tersebut didiagnosis sebagai “tuberkulosis paru BTA negatif, rontgen positif” (Depkes R.I., 2002 c).

Pemeriksaan Dahak secara mikroskopis langsung

Dahak yang baik untuk pemeriksaan mikroskopis berwarna kuning kehijauan (*mikopurulen*) karena mengandung banyak sel lekosit. Jangan gunakan dahak yang mengandung darah atau hanya air liur (Depkes R.I., 2002 c).

Untuk menjamin keterampilan petugas mikroskopis dalam melakukan pemeriksaan sediaan dahak di tingkat unit pelayanan kesehatan (UPK), sesuai dengan strategi penanggulangan TB nasional, dibentuk Kelompok Puskesmas Pelaksana (KPP). Tiap KPP terdiri dari 1 Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM) dan beberapa Puskesmas Satelit (PS). Agar petugas mikroskopis dapat mempertahankan ketrampilannya (mempertahankan mutu pemeriksaan), ia harus mempunyai

kesempatan untuk memeriksa 10 – 20 sediaan tiap hari. Pengiriman sediaan dahak dari PS ke PRM sebaiknya dilakukan paling lambat seminggu sekali. Supaya PRM tidak menerima sediaan dalam jumlah yang banyak pada hari yang sama sebaiknya ditentukan hari pengiriman untuk tiap PS, sehingga petugas PS dapat menentukan kapan penderita harus kembali untuk mengetahui hasil pemeriksaan dahaknya. Untuk mencegah terlambatnya pengobatan penderita maka hasil pemeriksaan dahak oleh PRM harus sudah dapat disampaikan ke PS paling lambat 1 minggu setelah sediaan dahak tersebut diterima oleh PRM. Keterlambatan akan mengakibatkan penderita tersebut hilang atau meninggal sebelum diobati (Depkes R.I., 2002 d).

2.1.7 Perjalanan Penyakit.

Mycobacterium tuberculosis adalah kuman penyebab tuberkulosis paru, walaupun dapat juga mengenai organ lain seperti tulang, sendi, ginjal, dll. Kuman ini merupakan kuman yang mutlak hidup pada daerah yang memiliki kandungan oksigen yang tinggi, oleh karena itu lokasi utama penyakit TB adalah di paru-paru. Penularan TB paru terjadi karena kuman dibatukkan atau dibersinkan keluar menjadi *droplet nuclei* (partikel kecil yang merupakan gabungan antara sel tubuh dan sel yang telah terinfeksi) dalam udara. Setiap kali seorang penderita TB batuk maka akan dikeluarkan 3.000 droplet yang infeksi (memiliki kemampuan menginfeksi). Partikel infeksi ini dapat menetap dalam udara bebas selama 1-2 jam, tergantung pada ada tidaknya sinar ultra violet, ventilasi yang baik dan kelembaban. Dalam suasana lembab dan gelap kuman dapat bertahan sehari-hari sampai berbulan-bulan (Depkes R.I., 2002 d).

TB primer biasanya terjadi pada anak-anak. Kelainan yang terjadi akibat penyakit ini dapat berlokasi di mana saja pada jaringan paru yang sering disertai pembesaran kelenjar getah bening regional (kompleks primer). TB dewasa sering disebut sebagai TB reinfeksi (Tb post-primer).

Mycobacterium yang terhirup dapat menghindari pertahanan mekanik saluran nafas bagian atas dan akan menuju alveoli (jaringan paru) dimana infeksi awal terjadi. Kuman ini akan membentuk sarang primer yang dapat terjadi di bagian mana saja di jaringan paru. Selanjutnya sarang primer ini diikuti dengan pembesaran kelenjar getah bening (KGB) paru yang disebut sebagai kompleks primer (Depkes R.I., 2002 d).

Kompleks primer ini selanjutnya dapat mengalami beberapa perjalanan penyakit tergantung dari virulensi dan jumlah kuman serta ketahanan tubuh penderitanya. Kompleks primer ini dapat sembuh sama sekali tanpa meninggalkan cacat, sembuh dengan meninggalkan sedikit bekas (kerusakan jaringan paru), atau berkomplikasi dan menyebar ke sekitarnya, ke paru sekitarnya, atau jika secara tidak sengaja kuman yang berada di sputum (dahak) tertelan dapat menyebar ke usus, menyebar ke organ lain melalui penyebaran secara hematogen (melalui darah) atau limfatogen (melalui KGB).

Kuman yang *dormant* (menetap namun tidak beraktivitas /“tidur”) pada TB primer akan muncul bertahun-tahun kemudian sebagai TB dewasa (TB post-primer). TB post-primer ini dimulai dengan sarang dini yang berlokasi pada daerah dengan kandungan oksigen yang tinggi yaitu pada paru-paru bagian atas (terutama paru kanan) (Depkes R.I., 2002 d).

Tergantung dari jumlah dan virulensi kuman serta kekebalan tubuh penderita, sarang dini ini dapat : diserap kembali dan sembuh tanpa meninggalkan cacat, menyembuh dengan meninggalkan kerusakan pada jaringan paru, atau berkembang menghancurkan jaringan sekitarnya dan bagian tengahnya mengalami kematian jaringan dan menjadi lembek membentuk jaringan seperti keju (*kavitas*). Selanjutnya jika tidak mendapat pengobatan yang tepat penyakit ini dapat berkembang dan merusak jaringan paru lain atau menyebar ke organ tubuh yang lain (Depkes R.I., 2002 d).

2.1.8 Gejala Klinis.

Pada TB dapat menimbulkan gejala klinis pada penderitanya, namun tidak jarang pula tanpa menimbulkan keluhan sama sekali. Gejala klinik TB dapat dibagi menjadi 2 golongan, yaitu gejala respiratorik (sistem pernapasan) dan gejala sistemik (menyeluruh). Pada gejala respiratorik dapat tampak berupa:

- 1). batuk selama 3 minggu atau lebih yang dapat berupa batuk kering sampai produktif (berdahak)
- 2). hemoptisis/batuk darah akibat terlukanya pembuluh darah di sekitar bronkus
- 3). dispneu/sesak nafas;
- 4). nyeri dada dapat timbul bila infiltrasi sampai ke pleura sehingga menyebabkan pleuritis.

Sedangkan pada gejala sistemik dapat dijumpai gejala berupa:

- 1). demam tidak terlalu tinggi terutama pada malam hari
- 2). malaise (kelelahan pada tubuh),

Saat ini pengobatan dalam pemberantasan TB, menggunakan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek selama enam bulan yang terdiri dari Isoniasid (H) Rifampisin ®, Pyrazinamide (Z), Streptomycin (S) dan Ethambutol (E).

Di Indonesia paduan OAT yang disediakan oleh program ada 3 macam yaitu kategori 1, kategori 2, kategori 3 dan sisipan (HRZE), obat ini diberikan kepada penderita secara gratis. Untuk memudahkan pemberian dan menjamin kelangsungan pengobatan, obat ini disediakan dalam bentuk blister kombipak, 1 paket untuk 1 penderita dalam 1 masa pengobatan. Setiap kategori pengobatan terdiri atas dua tahap pemberian yaitu fase awal intensif dan fase lanjutan berkala (intermitten). Pada fase awal penderita minum obat tiap hari dengan pengawasan penuh, sedangkan fase intermitten penderita minum obat 3 kali seminggu.

2.1.9.2 Paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Paduan pengobatan yang dipergunakan dalam program penanggulangan penyakit tuberkulosis, sesuai dengan rekomendasi WHO berdasarkan klasifikasi dan tipe penderita, yang terdiri dari 3 (tiga) kategori, yaitu :

1). Kategori 1 : (2HRZE/4H3R3)

Tahap intensif terdiri dari Isoniasid (H), Rifampisin ®, Pirazinamid (Z) dan Ethambutol (E). Obat obat tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari Isoniasid (H) dan Rifampisin ®, diberikan 3 kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3).

Obat ini diberikan untuk :

- (1). penderita baru BTA positif

(2). Penderita baru BTA negatif/Rontgen positif yang sakit berat dan ekstra paru berat, yang belum pernah menelan obat OAT atau kalau pernah kurang dari satu bulan. Yang dimaksud dengan “sakit berat” adalah Tuberkulosis BTA negatif yang mengenai jaringan parenkhim yang luas. Ekstra paru berat contohnya antara lain : *Meningitis TB, Perikarditis, pleuritis berat atau bilateral, peritonitis, milier TB, limfadenitis, osteomielitis*, penyakit pada *medulla spinalis* dengan komplikasi syaraf, tuberkulosis usus, tuberkulosa saluran kemih.

Untuk seorang penderita baru BTA positif (114 kali dosis harian), disediakan OAT untuk fase awal 60 kombipak II dan untuk fase lanjutan 54 kombipak III yang masing-masing dikemas dalam 1 dos kecil dan disatukan dalam dos besar.

2). Kategori 2

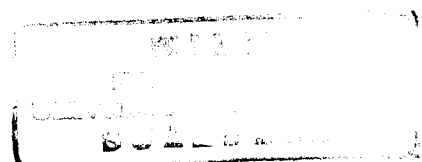
Tahap intensif terdiri dari Isoniasid (H), Rifampisin ®, Pirasinamid (Z) dan

Etambutol (E). Obat-obat tersebut diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZE).

Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari Isoniasid (H) dan Rifampisin ®, diberikan 3 kali dalam seminggu selama 4 bulan (4H3R3).

Obat ini diberikan kepada penderita BTA positif yang sudah pernah memakan OAT selama lebih sebulan. Termasuk kelompok yang mendapat obat kategori 2 ini ialah penderita :

- (1). Kambuh (relaps) BTA positif
- (2). Gagal (failure) BTA positif
- (3). Lain-lain



Untuk seorang penderita kambuh atau gagal pengobatan BTA positif (156 dosis), disediakan OAT untuk fase awal 90 kombipak II, dan fase lanjutan 66 kombipak IV dikemas dalam satu dos besar disertai satu streptomycin dan satu dos pelengkap pengobatan (sputum dan aquabidest).

3). Kategori 3

Paduan ini terdiri dari atas 2 bulan fase awal intensif dengan HRZE diminum setiap hari kemudian diteruskan dengan fase lanjutan atau intermitten selama 4 bulan dengan HR diminum 3 kali seminggu.

Kategori 3 ini untuk :

- (1). Penderita baru BTA negatif/rontgen positif
- (2). Penderita ekstra paru ringan.

Untuk 1 orang penderita BTA negatif/rontgen positif atau ekstra paru (114 kali dosis harian), disediakan OAT untuk fase awal 60 kombipak I dan untuk fase lanjutan 54 kombipak III yang masing-masing dikemas dalam 1 dos kecil dan disatukan dalam 1 dos besar.

4) OAT Sisipan

Bila pemberian pengobatan kategori 1 dan kategori 2 pada akhir fase awal/intensif masih BTA positif, diberikan obat sisipan selama 1 bulan setiap hari yang terdiri dari Isoniasid (H), Rifampisin ®, Pirazinamid (Z) dan Etambutol (E).

Beberapa hal yang harus diperhatikan:

- 1). Streptomisin tidak boleh diberikan pada wanita hamil
- 2). Etambutol tidak diberikan untuk pengobatan anak, kecuali dengan pengawasan dokter ahli.
- 3). Penderita tuberkulosis paru BTA negatif dan rontgen positif sakit berat serta penderita tuberkulosis extra paru sakit berat diobati dengan paduan OAT kategori-1.

**Tabel 2.1 : PADUAN OBAT ANTI TUBERKULOSIS (OAT) JANGKA PENDEK
REKOMENDASI WHO DAN PERUNTUKANNYA.**

Kategori	PADUAN OBAT		UNTUK PENDERITA TUBERKULOSIS
	Tahap Intensip	Tahap Lanjutan	
I	2 HRZE 2HRZS	4 H3R3 4 HR 6 HE	. TB BTA (+) . TB BTA (-) Ro (+) yang "sakit berat"(baik gambaran Ro atau keadaan klinisnya buruk . TB extra paru sakit berat
II	2 HRZES/1 HRZE	5H3R3E3 5 HRE	. TB BTA (+), kambuh . TB BTA (+), gagal . TB BTA (+), pengobatan ulang karena lalai berobat.
III	2 HRZE	4H3R3 4 HR 6 HE	. TB BTA (-) Ro (+) sakit ringan. . TB Extra paru ringan

Komplikasi yang bisa terjadi pada penderita TB antara lain pleurel effusion (pengumpulan cairan di antara paru-paru dan dinding rongga dada) atau pneumothorax (terdapat udara di antara paru-paru dan dinding rongga dada). Keadaan akan makin fatal kalau kerusakan paru-paru sudah luas. TB ada kalanya dapat

menjalar ke organ tubuh lain melalui aliran darah. Terkadang pula infeksi primer TB tidak terjadi pada paru-paru (10%), tapi pada sendi atau tulang, ginjal, usus, rahim serta getah bening (leher). Jutaan manusia sebenarnya hidup dengan kuman TB tanpa harus menjadi sakit. Namun suatu saat bila daya tahan tubuh menurun, kuman *tubercle* dapat bangkit memperbanyak diri kembali, kemudian menyerang masuk ke bagian lain dari paru-paru. Pada taraf ini mungkin penderita masih merasa sehat sampai gejalanya muncul, misalnya saat fungsi pernapasan terganggu, batuk dan lain sebagainya (Depkes, 2000).

Namun, di beberapa negara, termasuk Indonesia, upaya pemberantasan TB masih berlangsung lamban. Hambatannya antara lain letak geografis wilayah Indonesia yang terpencar-pencar, kurang penerangan, kurang teraturnya pengobatan, dll. Bahkan, di negara-negara berpenghasilan rendah, proyek ini masih tertunda. Padahal pengobatan penyakit TB tidak boleh setengah-setengah, harus rutin, berturut-turut sampai tuntas dan memakan waktu paling sedikit enam bulan (Depkes, 2000).

Jika strategi DOTS dari WHO itu dijalankan dengan baik, pada tahun 2001 nanti sedikitnya 70% kasus TB di dunia dapat terdiagnosis dan terobati. Diharapkan angka kesembuhan nanti mencapai 85 - 95%. Artinya, dapat dicegah seperempat kasus baru dan kematian akibat TB. Dalam pemberantasan TB, Singapura pernah menerapkan *Singapore Tuberculosis Elimination Program* (STEP) atau Program Pemberantasan TB. Caranya, Kementerian Kesehatan setempat mengadakan kampanye pendidikan masyarakat agar waspada terhadap bahaya penyakit menular ini. Juga kepada para dokter diberikan bimbingan dalam mendiagnosis serta

mengobati pasien TB. Dokter diharapkan segera memberitahukan dan menyarankan untuk pengobatan kepada pasien yang terdeteksi mengidap penyakit ini. Bagi pasien yang resisten atau kurang (tidak) bereaksi terhadap obat yang diberikan, langsung ditangani di bawah kontrol program DOTS agar ditanggulangi sampai tuntas (Depkes R.I., 2000). Untuk memantau hasil pengobatan maka diperlukan pemeriksaan ulang dahak yang dilaksanakan sebagai berikut :

- 1). Bila penderita ditetapkan sebagai penderita tuberkulosis paru BTA positif, pemeriksaan ulang dahak akan dilaksanakan paling sedikit 3 kali, yaitu pada saat akhir pengobatan tahap intensif (pada akhir bulan-2), sebulan sebelum akhir pengobatan (akhir bulan ke 5 atau bulan ke 7) dan pada akhir pengobatan. Bila mendapat sisipan, pemeriksaan dahak ulang dilaksanakan 4 kali.
- 2). Bila penderita didiagnosa sebagai penderita TB BTA negatif, pemeriksaan ulang dahak dilaksanakan 1 kali, yaitu pada akhir masa pengobatan tahap intensif (akhir bulan ke-2).

2.1.10 Efek Samping OAT

Penderita TB yang menjalani program pengobatan dapat mengalami efek samping atau tanpa efek samping. 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. Efek samping yang berat yaitu gatal dan kemerahan kulit, tuli, gangguan keseimbangan, ikterus tanpa penyebab lain, binung dan muntah-muntah, gangguan penglihatan dan purpura & renjatan (syok).

Apabila penderita mengalami efek samping berat maka pemberian OAT harus dihentikan dan penderita dirujuk ke pelayanan kesehatan spesialis. Efek samping ringan dapat ditanggulangi dengan pemberian obat-obatan simptomatik atau obat sederhana dan pemberian OAT dapat diteruskan (Depkes, 2000).

2.1.11 Pengawas Menelan Obat

Mulai tahun 1995 program pemberantasan tuberkulosis paru menggunakan strategi DOTS yang telah direkomendasikan WHO. 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 perlu seorang Pengawas Menelan Obat (PMO) dalam masa pengobatan. Persyaratan seorang PMO antara lain adalah :

- 1). Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui baik oleh petugas puskesmas maupun penderita, selain itu harus disegani oleh penderita
- 2). Seseorang yang tinggal dekat dengan penderita
- 3). Bersedia membantu penderita dengan sukarela
- 4). 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 (Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia (PPTI), PKK, anggota keluarga dan tokoh masyarakat lainnya (Depkes R.I., 2000).

Di Indonesia dalam upaya mendekatkan pelayanan dan mempermudah pelaksanaan pengobatan penderita tuberkulosis paru, maka untuk penderita yang rumahnya dekat 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, tokoh masyarakat dan dasa wisma/PKK. Bila PMO bukan petugas kesehatan maka pada waktu penderita mengambil obat, dosis untuk hari itu harus diminum dihadapan petugas.

Sebelum pengobatan 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 (Depkes, 1999).

Tugas dari PMO antara lain adalah mengawasi penderita tuberkulosis paru agar menelan obat secara lengkap sampai selesai pengobatan, memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat lengkap, 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 ke unit pelayanan kesehatan (Depkes, 2000).

2.1.12 Pemantauan Hasil Pengobatan TB pada orang Dewasa.

Pemantauan kemajuan hasil pengobatan pada orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara

mikroskopis lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan radiologis dalam memantau kemajuan pengobatan. Untuk memantau pengobatan dilakukan pemeriksaan specimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila kedua specimen tersebut negatif. Bila salah satu spesimen positif, maka hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif. Pemeriksaan ulang dahak untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pada :

2.1.12.1 Akhir Tahap Intensif

Dilakukan seminggu sebelum akhir bulan ke 2 pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1, atau seminggu sebelum akhir bulan ke 3 pengobatan ulang BTA positif dengan kategori 2.

2.1.12.2 Sebulan sebelum akhir Pengobatan

Dilakukan seminggu sebelum akhir bulan ke 5 pengobatan penderita baru BTA positif kategori 1, atau seminggu sebelum akhir bulan ke 7 pengobatan ulang penderita BTA positif, dengan kategori 2.

2.1.12.3 Akhir Pengobatan

Dilakukan seminggu sebelum akhir bulan ke 6 pengobatan pada penderita baru BTA positif dengan kategori 1, atau seminggu sebelum akhir bulan ke 8 pengobatan ulang BTA positif, dengan kategori 2. Pemeriksaan ulang dahak pada sebulan sebelum akhir pengobatan dan akhir pengobatan (AP) bertujuan untuk menilai hasil pengobatan (“sembuh”, atau “gagal”). Penderita dinyatakan sembuh bila penderita telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap, dan pemeriksaan ulang dahak (*follow up*) paling sedikit 2 (dua) kali berturut-turut hasilnya negatif (yaitu

pada AP dan/atau sebulan sebelum AP, dan pada satu pemeriksaan *follow-up* sebelumnya).

2.1.13 Hasil Pengobatan dan tindak lanjut

Hasil pengobatan seorang penderita dapat dikategorikan kepada : Sembuh, pengobatan lengkap, meninggal, dan lain-lain misalnya gagal, defaulted atau lalai berobat, pindah (transfer out).

1). Sembuh

Ialah penderita BTA positif yang telah menyelesaikan pengobatan lengkap, kemudian diperiksa dahak ulang terdapat hasil BTA negatif 2 kali pada waktu yang berurutan yaitu sebulan sebelum AP dan AP (Akhir Pengobatan). Pada kategori-1 : bulan ke-5 dan ke-6, Kategori-2 : bulan ke-7 dan 8. Tindak lanjut pengobatan tidak diperlukan.

2). Pengobatan lengkap

Ialah penderita yang telah mengikuti pengobatan lengkap tapi tidak melakukan pemeriksaan dahak ulang (atau hanya diperiksa satu kali dengan hasil BTA negatif pada bulan ke-2 atau ke-5, ke-7 atau pada AP. Tindak lanjut pengobatan yaitu penderita diberitahu apabila gejala muncul kembali supaya memeriksakan diri mengikuti prosedur tetap.

3). Meninggal

Ialah penderita yang dalam masa pengobatan diketahui meninggal karena sebab apapun.

II.2 Konsep Kepatuhan (kelengkapan berobat)

Kepatuhan adalah suatu perilaku dari seseorang yang secara tetap dan periodik untuk melakukan aktifitasnya. Perilaku kelengkapan/kepatuhan berobat seseorang pada dasarnya merupakan respon seseorang atau masyarakat terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakitnya, sistem pelayanan kesehatan dan pengobatannya (Notoatmodjo, 2003).

Ada beberapa variabel yang berhubungan dengan kepatuhan/kelengkapan :

1). Ciri-ciri kesakitan dan pengobatan

Perilaku kepatuhan lebih rendah untuk penyakit kronis (karena tidak ada akibat buruk yang langsung dirasakan) saran mengenai gaya hidup umum dan kebiasaan lama. Pengobatan yang kompleks, pengobatan dengan efek samping. Tingkat kepatuhan dengan rata-rata minum obat untuk menyembuhkan kesakitan akut dengan pengobatan jangka pendek adalah 78% untuk kesakitan kronis dengan pengobatan jangka panjang tingkat kepatuhan menurun sampai 54%. Kepatuhan terhadap gaya hidup yang disarankan seperti berhenti merokok, merubah diet seseorang, secara umum sangat bervariasi dan sering sangat rendah.

2). Ciri-ciri individual

Variabel demografis juga digunakan untuk meramalkan kelengkapan seseorang individu, sebagai contoh di Amerika Serikat, para wanita, kaum kulit putih dan orang-orang tua cenderung mematuhi anjuran dokter.

3). Komunikasi antara pasien dengan petugas

Berbagai aspek komunikasi antara pasien dengan petugas (dokter, paramedis, PMO) mempengaruhi tingkat kelengkapan berobat, misalnya informasi dengan pengawasan

yang cukup, kepuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan petugas, kepuasan terhadap pengobatan yang diberikan, frekuensi pengawasan, dukungan dan tindak lanjut juga cukup penting

4). Variabel-variabel sosial

Hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan telah dipelajari secara luas. Secara umum orang-orang yang menerima perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau sekelompok orang biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis daripada pasien yang kurang mendapat dukungan sosial. Keluarga memberikan peranan yang sangat penting dalam pengelolaan medis, baik pada anak-anak, remaja ataupun dewasa misalnya penggunaan “pengaruh normatif” pada pasien yang mungkin memudahkan atau menghambat perilaku kepatuhan

5. Persepsi dan Pengharapan para penderita.

Variabel-variabel dari *Health Belief model* bahwa kepatuhan sebagai fungsi dari keyakinan-keyakinan tentang kesehatan, ancaman yang dirasakan, persepsi kekebalan, pertimbangan mengenai kerugian (biaya, waktu) dan keuntungan (efektifitas pengobatan).

2.3 Faktor Faktor yang mempengaruhi kepatuhan/Kelengkapan Berobat

2.3.1 Faktor Penderita

2.3.1.1 Umur

Umur merupakan salah satu faktor yang penting pada proses terjadinya penyakit. Sebagian penyakit timbul hampir secara eksklusif pada kelompok umur tertentu. Menurut data Dinas Kesehatan Sampang tahun 2004 menunjukkan

bahwa sebagian besar penderita tuberkulosis berada pada usia dimana tingkat mobilitas dan produktifitas tinggi yaitu pada usia 15 – 44 tahun (56%). Pada orang tua fungsi ekskresi ginjal kurang sempurna sehingga, sehingga akan menimbulkan efek yang kuat dan panjang pada kelompok umur ini. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian bahwa sebagian besar penderita Tuberkulosis yang patuh atau taat dalam melaksanakan program pengobatan adalah pada kelompok umur kurang atau sama dengan 40 tahun (Mawardi, 2003 dikutip dari Adriati)

2.3.1.2 Jenis Kelamin

Jenis kelamin akan mempengaruhi kepatuhan berobat. Di Amerika kasus antara pria dan wanita hampir sama prevalensinya sedangkan data di negara berkembang di Asia menunjukkan lebih tinggi kasusnya dibandingkan perempuan. Dari hasil survey tahun 1995 di Banglades menunjukkan 118,2 :100.000 untuk laki-laki dan 57,4 untuk wanita atau 2,1 : 1 sedangkan dinegara Thailand menunjukkan perbandingan 2 : 1. Dinegara Bhutan kasus Tuberkulosis menunjukkan proporsi yang hampir seimbang yaitu 55% laki-laki dan 45% perempuan (Nuwaha F, 2000). Hasil Penelitian Mawardi (2003) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pria dan wanita untuk patuh/lengkap dalam melaksanakan program pengobatan. Namun hal ini juga berbeda dari Mawardi (dikutip dari Anderson) yang menyatakan bahwa wanita lebih banyak melaporkan gejala penyakitnya dan berkonsultasi dengan dokter dari pada laki-laki, hal ini disebabkan wanita cenderung lebih tekun dari laki-laki. Penelitian di Madagaskar menunjukkan bahwa laki-laki pada umumnya lebih tidak lengkap berobat

dibandingkan perempuan (76% berbanding 56%) (Comolet TM, Rakotamalala R, Rajaonarioa H, 1998).

2.3.1.3 Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kelengkapan berobat. Orang yang berpendidikan tinggi akan lebih mudah menerima pesan-pesan serta lebih terbuka tentang penyakitnya. Namun hasil penelitian Mawardi tahun 2003 menunjukkan bahwa pendidikan yang rendah yang paling lengkap berobat dalam program pengobatan. Hasil penelitian Sbarbaro JA. Menunjukkan tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan kelengkapan berobat (Sbarbaro JA, 1990).

2.3.1.4 Pekerjaan

Pekerjaan seseorang akan mempengaruhi kepatuhan dalam menjalani program pengobatan, sehingga akan mempengaruhi kesempatan untuk datang berobat ke tempat pelayanan kesehatan. Orang yang tingkat ekonominya rendah cenderung untuk lebih mementingkan pekerjaannya daripada pergi ke tempat pelayanan kesehatan (Gunawan 2001).

2.3.1.5 Pengetahuan

Ilmu pengetahuan merupakan suatu wahana untuk mendasari seseorang untuk mendasari seseorang berperilaku secara ilmiah, sedangkan tingkatannya tergantung dari ilmu pengetahuan atau dasar pendidikan orang tersebut. Untuk memperoleh pengetahuan dapat melalui bangku sekolah, pengalaman, maupun lingkungan pergaulan. Melalui pengetahuan yang didapat akan mendasari seseorang dalam mengambil keputusan rasional dan efektif, sehingga makin

tinggi tingkat pengetahuan seseorang untuk mengadaptasikan dirinya dalam lingkungan yang baru (Notoatmojo, 2003).

Penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku didasari oleh pengetahuan yang mana akan menghasilkan persepsi positif dan negatif karena perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng. Semakin tinggi pengetahuan seseorang diharapkan akan terjadi peningkatan sikap dan perilaku kesehatan yang didasarkan atas dasar kesadaran dan keadaan individu yang bersangkutan

2.3.1.6 Sikap

Sikap adalah kebiasaan merespon seseorang yang sifatnya positif atau negatif terhadap obyek situasi tertentu secara konsisten. Sikap merupakan hasil sosialisasi, karena seseorang bereaksi sesuai dengan rangsangan yang diterimanya. Dengan demikian sikap adalah konsep yang membantu kita untuk memahami perilaku (Ahmadi, 1985).

Menurut Teori WHO mengatakan bahwa sikap diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang (Notoatmodjo, 2003). Sikap memiliki tiga komponen yang saling berhubungan, pertama : Komponen kognisi berupa pengetahuan , kepercayaan atau pikiran yang didasarkan pada informasi yang berhubungan dengan obyek, kedua: komponen afeksi yang menunjukkan dimensi emosi dari sikap yang berhubungan dengan obyek, obyek dirasakan menyenangkan atau tidak, ketiga : komponen konasi yang melibatkan salah satu keadaan mudah terpengaruh untuk bertindak terhadap obyek.

2.3.1.7 Mobilitas Penduduk.

Berdasarkan penelitian Danusantoso tahun 1980 mobilitas penduduk berpengaruh terhadap kelengkapan berobat seseorang. Karena sumber daya alam yang kurang mendukung mendorong masyarakat madura untuk merantau ke daerah lain. Banyak warga Sampang yang bekerja di Surabaya dan kadang-kadang pulang ke kampung halamannya saat-saat tertentu misalnya hari raya, pernikahan atau pulang tiap minggu ke Sampang (Dinkes, 2003).

2.3.1.8 Derajat Penyakit Awal Pengobatan

Gejala awal mulai berobat memotifasi seseorang dalam menyelesaikan pengobatannya. Berdasarkan wawancara dengan pengelola program TB di Dinas Kesehatan Sampang mengindikasikan bahwa penderita yang datang dalam keadaan muntah darah akan memiliki motivasi yang besar untuk menyelesaikan program pengobatannya secara lengkap karena takut penyakitnya tidak sembuh.

2.3.1.9 Efek samping

Efek samping OAT merupakan salah satu sebab kegagalan pengobatan (SKN, 1992). Hal ini akan bisa berkurang jika ada penyuluhan sebelumnya, sehingga penderita akan tahu lebih dahulu tentang efek samping obat dan tidak cemas (Depkes, 1999). Bila terjadi efek samping obat yang ringan seperti mual, muntah diare, sakit kepala, gangguan pencernaan, nyeri pada bekas suntikan akan menghentikan pengobatannya tanpa terlebih dahulu berkonsultasi dengan dokter yang merawatnya. Efek samping tersebut sering disembuhkan dengan pengobatan simptomatik atau obat sederhana, tetapi kadang-kadang tetap ada selama obat anti tuberkulosis diminum. Efek samping yang dapat menimbulkan bahaya bagi

kesehatan penderita sehingga untuk sementara pemakaian obat dihentikan, misalnya : tuli, ikterus, gangguan penglihatan, bingung, muntah-muntah dan sebagainya. Namun sebelum penderita menghentikan pengobatannya sebaiknya menghubungi petugas kesehatan terlebih dahulu agar tidak bisa mendapatkan penanganan petugas (Depkes R.I., 2000).

2.3.2 Faktor Pelayanan Kesehatan

2.3.2.1 Penyuluhan Perorangan (Komunikasi, Informasi dan Edukasi)

Komunikasi merupakan wahana yang digunakan petugas untuk belajar mengenal seseorang sebagai orang, menetapkan kebutuhannya dan bekerja bersama untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dapat juga dilihat komunikasi ini bukan tujuan akhir, melainkan merupakan alat mencapai tujuan. Komunikasi Informasi dan Edukasi diharapkan petugas kesehatan dapat membuat penderita mempunyai dorongan dalam diri sendiri untuk berobat secara teratur (Depkes, 2001).

Hasil penelitian di Madagaskar menunjukkan bahwa komunikasi yang jelek antara pasien dan petugas kesehatan berpengaruh terhadap kelengkapan berobat sebesar 28% dibandingkan komunikasi yang baik sebesar 3%.

Berikut ini beberapa hal yang perlu dilakukan oleh petugas kesehatan terhadap penderita TB di Poliklinik yang melakukan kunjungan ulang dalam rangka pengobatan yaitu :

1). Menggali informasi tentang:

(1). keluhan yang masih dirasakan

- (2). perubahan yang terjadi setelah berobat
- (3). permasalahan yang terjadi selama pengobatan
- (4). cara penderita minum obat dan
- (5). efek samping yang mungkin dialami penderita

2). Menyampaikan informasi yang perlu diketahui oleh penderita seperti berikut ini.

- (1). Kemajuan hasil pengobatan sesuai dengan hasil pemeriksaan klinis dan laboratorium.
- (2). Pentingnya minum obat secara teratur sampai obat habis.
- (3). Perlunya pemeriksaan dahak ulang untuk melihat kemajuan pengobatan dan mengetahui kesembuhan.
- (4). Agar tidak menghentikan pengobatan dan segera meminta pertolongan jika mengalami efek samping.

3). Mengecek kembali pemahaman penderita terhadap informasi yang telah disampaikan, antara lain berikut ini.

- (1). pentingnya minum obat secara teratur sampai obat habis
- (2). perlunya pemeriksaan dahak ulang untuk melihat kemajuan pengobatan dan mengetahui kesembuhan.
- (3). Pentingnya tidak menghentikan pengobatan dan segera meminta pertolongan jika mengalami efek samping.

Beberapa hal yang sebaiknya tidak dilakukan oleh petugas adalah :

- 1). membuat penderita menjadi tertutup
- 2). membatasi informasi yang diberikan penderita
- 3). memarahi penderita karena setelah parah baru datang berobat, dan
- 4). memberikan informasi yang terlalu banyak sehingga sulit untuk diingat.

2.3.2.2 Ketersediaan Obat dan Pengawas Menelan Obat

UPK harus mempunyai stok minimal 20% lebih banyak dari pemakaian OAT tahun lalu, hal ini agar penderita yang ditemukan dapat langsung diberikan pengobatan tanpa harus menunggu permintaan ke Kabupaten.

Untuk menemukan satu penderita BTA positif, perlu dilakukan pemeriksaan kurang lebih 10 suspek. Setiap suspek harus diperiksa 3 spesimen dahak (SPS). Setiap penderita BTA + yang diobati memerlukan pemeriksaan dahak ulang 3 kali masing-masing 2 spesimen sehingga 1 penderita positif memerlukan 36 pot dahak (Depkes R.I. 2000).

PMO harus dikenal, dipercaya dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun penderita, selain itu harus disegani dan dihormati oleh penderita. PMO bisa berasal dari petugas kesehatan ataupun dari masyarakat. Dari masyarakat misalnya : keluarga, kader, tokoh agama, tokoh adat dan tokoh masyarakat dan sebaiknya satu rumah atau yang tinggal dekat dengan penderita.

Tugas dari PMO antara lain mengawasi penderita Tuberkulosis agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan, memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat secara lengkap dan mengingatkan penderita untuk

periksa dahak/sputum pada waktu-waktu yang telah ditentukan (Depkes RI, 2002).

2.3.2.3 Jarak ke tempat pelayanan

Jarak yang jauh untuk mengambil obat di Puskesmas secara rutin dan tidak ada waktu untuk mengambil obat karena pekerjaannya tidak dapat ditinggalkan mengakibatkan ketidaklengkapan penderita dalam melaksanakan program pengobatan yang pada akhirnya mengakibatkan kegagalan pengobatan (Isa, 2001).

Jarak rumah penderita ke tempat pelayanan pengobatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan penderita untuk selalu datang ke tempat pelayanan pengobatan. Jarak tempat tinggal penderita dan tempat pengobatan hendaknya sedekat mungkin yaitu antara 3 – 5 Km. Jarak yang terlalu jauh (lebih dari 5 Km) atau kalau ditempuh membutuhkan waktu lebih dari 1 jam akan mempengaruhi kelengkapan berobat (42 % berbanding 24%) dibandingkan yang jaraknya dekat dengan unit pelayanan kesehatan (Comolet TM, Rakotamalala R, Rajaonarioa H, 1998).

2.3.2.4 Jenis Puskesmas

Dalam penanggulangan penyakit TB ada beberapa jenis puskesmas menurut kemampuan pemeriksaan mikroskopis. Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), Puskesmas Mandiri (PPM) dan Puskesmas Satelit (PS) (Depkes R.I. 2000).

2.3.2.5 Sarana Pemeriksaan

Sebagai puskesmas yang memberikan pelayanan tuberculosis seharusnya memiliki sarana pemeriksaan yang memadai antara lain mikroskop binokuler, reagen, bahan habis pakai (reagen), maupun bahan tidak habis pakai (pot dahak dan bahan pemeriksaan lainnya). Dengan makin lengkap sarana yang ada mendorong masyarakat untuk menggunakan pelayanan yang terdekat dengan mutu yang memadai (Dinkes. 2003).

2.3.2.6 Sumberdaya Manusia

Kualitas dan kuantitas sumberdaya manusia sangat menentukan keberhasilan pemberantasan penyakit TB. Jumlah tenaga kesehatan yang memadai dengan kualitas yang tinggi akan mempercepat upaya penanggulangan penyakit TB (Dinkes. 2003).

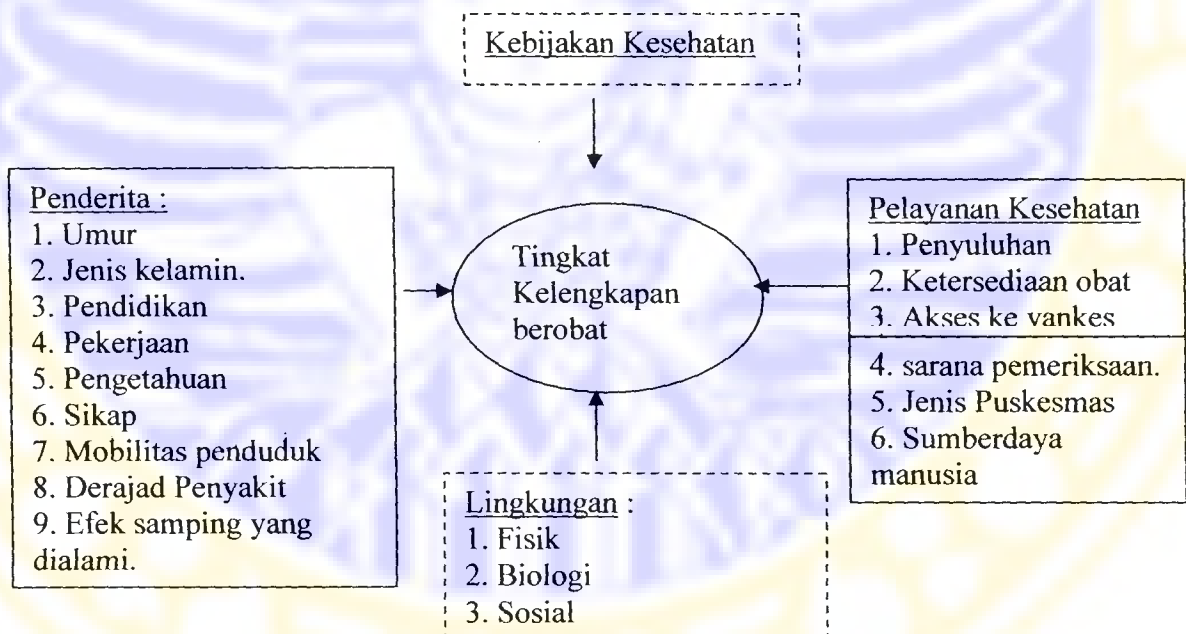
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Berdasarkan kajian teori yang telah diuraikan pada bab II, maka faktor yang berpengaruh terhadap kelengkapan/kepatuhan berobat penderita TB antara lain faktor pelayanan kesehatan dan factor penderita.

Faktor pelayanan kesehatan meliputi penyuluhan, akses ke pelayanan kesehatan, ketersediaan obat dan PMO, jenis puskesmas, sarana pemeriksaan dan Sumberdaya manusia. Faktor penderita terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, gejala awal penyakit, efek samping dan mobilitas penderita.



Gambar 3.1 Faktor yang berpengaruh terhadap kelengkapan berobat.
 Faktor yang tidak diteliti -----
 Faktor yang diteliti _____

Pada gambar 3.1 diatas nampak kerangka konseptual yaitu untuk mengetahui hubungan penderita dan pelayanan kesehatan terhadap kelengkapan/kepatuhan obat penderita TB. Karena keterbatasan peneliti maka tidak semua faktor diteliti dan hanya faktor penderita dan pelayanan kesehatan saja yang diteliti. Sedangkan faktor sarana pemeriksaan, type puskesmas dan sumberdaya manusia hanya dianalisa secara deskriptif

3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu:

1. Ada hubungan antara faktor penderita (Umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, mobilitas penderita, derajat penyakit, dan efek samping dengan kelengkapan berobat TB di Kabupaten Sampang.
2. Ada hubungan antara faktor pelayanan kesehatan (penyuluhan, Ketersediaan obat dan akses ke yankes) dengan kelengkapan berobat TB di Kabupaten Sampang.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional, karena tidak dilakukan intervensi pada penelitian ini namun dianalisa hubungan antar variabelnya. Pada penelitian ini dipelajari kelengkapan berobat penderita Tuberkulosis Paru yang melaksanakan program pengobatan dengan strategi DOTS dan menganalisis hubungan antara karakteristik penderita (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, gejala awal penyakit, mobilitas penderita) faktor pelayanan kesehatan (penyuluhan, jarak ke pelayanan kesehatan, ketersediaan obat dan PMO) terhadap kepatuhannya dalam melaksanakan program pengobatan. Kemudian dilakukan analisis dengan tabulasi silang untuk mengetahui hubungan antara variabel penelitian. Penelitian ini dilakukan dengan menempuh langkah-langkah pengumpulan data, klasifikasi, pengolahan dan analisis data serta membuat kesimpulan. Khusus untuk faktor pelayanan kesehatan (sarana pemeriksaan, Jenis Puskesmas dan sumberdaya kesehatan bersifat deskriptif saja.

Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *case control study* (studi kasus kontrol) yang menilai hubungan faktor resiko dengan cara menentukan sekelompok penderita berobat lengkap maupun yang tidak lengkap berobat penyakit Tuberkulosis, lalu membandingkan frekuensi paparan pada kedua kelompok. Jika terlihat perbedaan frekuensi atau level paparan antara kasus dan kontrol yang berobat teratur dan yang tidak teratur, maka dapat ditarik kesimpulan terdapat asosiasi antara

kelengkapan berobat dan faktor yang berpengaruh. Case control study dipilih karena keterbatasan waktu penelitian tapi hasilnya dapat digunakan untuk mengetahui hubungan faktor resiko kepatuhan berobat.

4.2 Populasi dan Sample

4.2.1 Populasi

4.2.1.1 Populasi kasus adalah penderita TB paru dewasa (usia ≥ 15 tahun yang tidak lengkap berobat dan telah menyelesaikan pengobatan atau berhenti berobat di Puskesmas tahun 2004.

4.2.1.2 Populasi kontrol adalah penderita TB Paru dewasa (usia ≥ 15 tahun yang lengkap berobat di puskesmas tahun 2004.

4.2.2 Sample

4.2.2.1 Sample kasus adalah populasi kasus yang terpilih yang sesuai dengan kriteria pemilihan sample.

4.2.2.2 Sample kontrol adalah populasi kasus yang terpilih sesuai kriteria pemilihan sample.

Sample dimasukkan dalam penelitian apabila memenuhi criteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut.

4.2.2.3 Kriteria inklusi

Sample dimasukkan dalam penelitian apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :

4.2.2.3.1 Penderita TB Paru positif yang telah diobati oleh Puskesmas di wilayah Kabupaten Sampang dengan obat paket dari program P2TB.

4.2.2.3.2 Telah menjalankan pengobatan sampai selesai atau diperkirakan selesai pengobatannya tahun 2004.

4.2.2.3.3 Penderita berusia lebih atau sama dengan 15 tahun

4.2.2.4 Kriteria eksklusi

Sample tidak dimasukkan apabila :

4.2.2.4.2 Pindah tempat (tidak ditemukan)

4.2.2.4.2 berhenti berobat sementara berdasar anjuran dokter

4.2.3 Besar Sample

Besar sample pada penelitian ini menggunakan rumus uji hipotesa untuk 2 proporsi populasi. Besarnya rumus dihitung dengan rumus untuk uji 2 ekor (Lemeslow, dkk.1997), seperti dibawah ini :

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

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

n_1, n_2 = jumlah sampel pada masing-masing kelompok kasus dari 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

Paparannya adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, efek samping, derajat penyakit dan mobilitas penderita serta faktor pelayanan kesehatan..

P_2 atau perkiraan proporsi paparan pada kelompok yang patuh (kontrol) sebesar 30% dengan OR (Odds Ratio) sebesar 3,25, maka P_1 atau perkiraan proporsi paparan pada kelompok yang tidak patuh (kasus) dapat dihitung sebagai berikut (Lemeslow, 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 $P_1 = 0,58$ $P_2 = 0,30$

$$n_1 = n_2 = \frac{\{1,96 \sqrt{(2 \cdot 0,3(1-0,3))} + 0,842 \sqrt{[0,58(1-0,58) + 0,30(1-0,3)]}\}^2}{(0,58 - 0,30)^2}$$

$$n_1 = n_2 = \frac{3,3749}{0,0784} = 43 \quad (n_1 = n_2 = 43)$$

Dengan demikian besar sample secara keseluruhan, minimal adalah sebesar 2 kali 43 menjadi 86. Dengan rincian 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 yang telah berobat di Puskesmas yang ada di Kabupaten Sampang. Penderita tersebut diperhitungkan selesai pengobatannya sebelum akhir Maret 2005 sesuai kartu berobat TB. Sample diambil pada penderita yang selesai pengobatannya dihitung mundur mulai Maret, Pebruari, Januari, Desember sampai terpenuhinya jumlah sampel minimal (*Consecutive Sampling*).

4.2.4.2 Penderita yang tidak lengkap berobat diambil sebagai kelompok kasus.

4.2.4.3 Penderita yang lengkap berobat diambil sebagai kelompok kontrol.

4.3 Variabel, Definisi Operasional Cara Pengukuran dan Hasil Ukur Serta Skala Data

4.3.1 Variabel Penelitian

Variabel Dalam penelitian ini terdiri dari:

4.3.1.1 Variabel tergantung adalah kelengkapan berobat TB.

4.3.1.2 Variabel bebas yaitu : faktor penderita (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, gejala awal, efek samping dan mobilitas penderita), dan pelayanan kesehatan (penyuluhan, akses ke pelayanan kesehatan dan ketersediaan obat dan PMO)

4.3.2 Definisi Operasional

4.3.2.1 Umur penderita

Yang dimaksud dengan 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 kategori, yaitu :

1. Umur muda : bila penderita mempunyai umur 15 – 40 tahun
2. Umur tua : bila penderita mempunyai umur > 40 tahun

4.3.2.2. Jenis kelamin penderita

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

4.3.2.3 Pendidikan penderita

Yang dimaksud pendidikan adalah tingkat pendidikan formal terakhir yang telah diselesaikan oleh penderita. Hasil dibuat 5 kategori yaitu :

1. Tidak sekolah
2. Tidak tamat SD/MI
3. Tamat SD/MI
4. Tamat SMP/MTs.
3. Tamat pendidikan dasar : termasuk dalam kategori tamat SMP/MTs.

4. Pendidikan Tingkat Menengah : termasuk dalam kategori Tidak Tamat SMU, Tamat SMU atau sekolah kejuruan.

5. Pendidikan Tinggi : termasuk dalam kategori : Tamat/tidak tamat Perguruan tinggi/Akademi.

4.3.2.4 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 lima kategori yaitu :

1. Karyawan swasta
2. PNS/Anggota ABRI, karyawan BUMN, karyawan swasta, wiraswasta.
3. Pedagang
4. Petani
5. Buruh Tani
6. Nelayan
7. Tidak Bekerja
8. Lainnya : pekerjaan yang tidak termasuk diatas

4.3.2.5 Pengetahuan penderita

Yang dimaksud dengan pengetahuan adalah gambaran pemahaman penderita terhadap penyakit TB, yang meliputi tentang tanda-tanda sakit, penyebab, cara penularan dan akibat bila tidak teratur minum obat. Diukur dengan cara wawancara menggunakan kuesioner yang terdiri dari 18 pertanyaan. Masing-masing diberi skor kemudian dijumlahkan.

Hasil dibuat dalam tiga kategori yaitu :

1. Pengetahuan baik apabila penderita mempunyai skor > 13 ($\geq 75\%$ dari skor total).
2. Pengetahuan sedang apabila penderita mempunyai skor 11-13 (60 – 74% dari total skor)
3. Pengetahuan kurang apabila penderita mempunyai skor < 11 ($< 60\%$ dari skor total).

4.3.2.6 Sikap Penderita

Yang dimaksud dengan sikap adalah gambaran sikap penderita terhadap penyakit

TB Paru yang diukur dengan cara wawancara menggunakan kuesioner yang berisi 13 pertanyaan. Masing-masing pertanyaan bernilai antara 1-4 sehingga setiap responden akan memiliki skor antara 13-52.

Hasil dibuat dalam dua kategori yaitu :

1. Sikap Baik apabila penderita mempunyai skor ≥ 39 ($\geq 75\%$ dari skor total)
2. Sikap sedang apabila penderita mempunyai skor 32-38 (60%- $< 75\%$ dari skor total)
3. Sikap Kurang apabila penderita mempunyai skor < 32 dari ($< 60\%$ dari skor total)

4.3.2.7 Mobilitas

Yang dimaksud dengan mobilitas adalah berapa lama yang bersangkutan pergi keluar kota dalam 1 minggu.

Hasil dibuat dalam 3 kategori yaitu :

1. Tinggi apabila dalam 1 minggu keluar kota minimal 4 kali dalam seminggu

2. Sedang apabila dalam 1 minggu keluar kota antara 2 – 3 kali seminggu
3. Rendah apabila dalam 1 minggu keluar kota 1 kali atau tetap tinggal dikota.

4.3.2.8 Derajat Penyakit Pada Awal Pengobatan.

Hal lain yang membuat seseorang patuh dalam menjalankan program pengobatannya yaitu adanya ancaman suatu penyakit yang serius. Keseriusan penyakit Tuberkulosis dapat dilihat pada keluhan awal penderita dengan adanya batuk darah. Adanya batuk darah pada penderita Tuberkulosis adalah keadaan lanjut dari gejala batuk yang ada dan merupakan tanda adanya ekskavasi dan ulserasi dari pembuluh darah pada dinding kavitas, dan hal ini merupakan keluhan awal yang berat. Pada penderita Tuberkulosis paru dengan keluhan awal yang berat mempunyai kecenderungan lebih dari 5 kali daripada penderita dengan keluhan awal yang ringan untuk patuh dalam melaksanakan program pengobatannya (Isa, 2001).

4.3.2.9 Efek samping

Yang dimaksud dengan Efek Samping adalah gejala lainnya yang dialami oleh penderita selama masa pengobatan baik tahap intensif maupun tahap intermitten.

Efek samping bisa ringan maupun berat.

Hasil dibuat menjadi 2 kategori yaitu :

1. Jika mengalami efek samping
2. Tidak mengalami efek samping ringan
3. Mengalami efek samping berat

4.3.2.10 Ketersediaan Obat

Yang dimaksud dengan ketersediaan obat adalah ketepatan UPK dalam memberikan obat sesuai jenis obat yang diperlukan serta obat yang diterima pasien sesuai dengan kebutuhannya.

Hasil Ketepatan pemberian obat dibuat dalam 2 kategori yaitu :

1. Bila obat diberikan sesuai dengan hasil pemeriksaan diberi nilai 10
2. Bila obat diberikan tidak sesuai hasil pemeriksaan diberi nilai 0

Hasil penerimaan obat pasien dibagi dalam 3 kategori yaitu :

1. Bila penderita selalu menerima obat sesuai kebutuhannya tepat waktu skornya 10.
2. Bila kadang kadang obat tidak diberikan tapi hanya dijanjikan oleh puskesmas diberi skor 5
3. Tidak tersedia diberi skor 0

4.3.2.11 Penyuluhan oleh tenaga kesehatan

Yang dimaksud dengan penyuluhan adalah kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam bentuk penjelasan atau pesan mengenai penyakit TB dan pengobatannya.

Hasil dibuat dalam 2 katagori, yaitu :

1. Isi penyuluhan baik, apabila penderita minimal bisa menyebutkan ≥ 6 isi penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.
2. Isi penyuluhan kurang apabila, penderita hanya bisa menyebutkan < 6 isi penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

4.3.2.12 Jarak rumah penderita ke Puskesmas

Yang dimaksud dengan jarak adalah persepsi penderita mengenai perjalanan yang ditempuh penderita dari rumah ke Puskesmas.

Hasil dibuat dalam 3 kategori:

1. Dekat apabila jarak dari rumah penderita ke Puskesmas adalah kurang dari 3 km
2. sedang apabila jarak dari rumah ke Puskesmas 3 – 5 km
2. Jauh apabila jarak dari rumah ke Puskesmas \geq 5km

4.3.2.13 Tipe Puskesmas

Deskripsi tentang kemana pasien berobat dan memeriksakan dahaknya apakah di Puskesmas Rujukan Mikroskopis, Puskesmas Mandiri atau Puskesmas Satelit.

4.3.2.14 Sarana Pemeriksaan

Deskripsi tentang kelengkapan sarana puskesmas tempat pasien berobat yang meliputi kelengkapan Mikroskop Binokuler, reagen, bahan habis pakai dan bahan tidak habis pakai.

4.3.2.15 Sumberdaya manusia

Deskripsi tentang kuantitas dan kualitas tenaga pengelola program TB di Puskesmas tempat pasien melaksanakan pengobatan baik tenaga pengelola program, petugas laboratorium dan PMO.

4.3.2 Variabel, Definisi Operasional Cara Pengukuran dan Hasil Ukur Serta Skala Data

Tabel 4.1 Variabel, Definisi Operasional, Cara Pengukuran dan hasil ukur

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran dan kriteria
<p>Variabel Tergantung</p> <p>Kepatuhan/ kelengkapan berobat</p> <p>Variabel Bebas</p> <p><u>Penderita</u></p>	<p>Penderita melaksanakan program pengobatan sesuai anjuran petugas (pengambilan obat dan selalu periksa dahak/ sputum pada akhir bulan ke 2, 5, dan akhir pengobatan) dan strategi DOTS.</p>	<p>Melihat kartu penderita, bila dilakukan sesuai anjuran petugas kesehatan dianggap lengkap/patuh, maka nilainya 1 dan bila tidak dilakukan sesuai dengan anjuran petugas kesehatan dianggap tidak lengkap/patuh maka nilainya 0.</p>
Umur	Usia responden pada saat dilakukan penelitian	<p>Wawancara dengan kuesioner dan dikelompokkan menjadi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. < 50 tahun 2. ≥ 50 tahun
Jenis Kelamin	Sesuai pengakuan responden yang mengatakan dirinya laki-laki atau perempuan.	<p>Wawancara dan kuesioner dan dikelompokkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laki-laki 2. Perempuan
Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal yang pernah diikuti oleh responden meliputi : tidak sekolah, tidak tamat/tamat SD, tamat SLTP, tamat SLTA dan tamat Akademi/PT.	<p>Wawancara dan kuesioner dan dikelompokkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak sekolah 2. Tidak tamat SD 3. Tamat SD 4. Tamat SMP 5. Tamat SMU 6. Pendidikan tinggi
Pekerjaan	Aktifitas rutin yang dilakukan setiap hari oleh responden dengan tujuan untuk memperoleh penghasilan meliputi buruh tani, petani, nelayan, PNS, ABRI, pensiunan, Swasta dan lainnya serta tidak bekerja.	<p>Wawancara dan kuesioner dan dikelompokkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak bekerja 2. Pedagang 3. Petani 4. Nelayan 5. swasta 6. Buruh tani 7. PNS/ABRI 8. lainnya

Pengetahuan	Gambaran pemahaman penderita terhadap penyakit TB, yang meliputi tentang tanda-tanda sakit, penyebab, cara penularan dan akibat bila tidak teratur minum obat.	Wawancara dengan kuesioner dan dikelompokkan: 1. Baik jika benar > 13 (skor > 75%) 2. Sedang jika benar 11-13 (skor 60 % -< 75%) 3. Kurang jika benar ≤ 10 (skor ≤ 60%)
Sikap	Gambaran Tanggapan (sikap) penderita terhadap penyakit TB dan program pengobatannya	Wawancara dengan kuesioner dan dikelompokkan: 1. Baik : skor ≥ 75% 2. Sedang ; 60- 74 3. Kurang : skor < 60%
Mobilitas	Gambaran frekuensi keluar kota dalam seminggu dalam bekerja.	Wawancara dan kuesioner dan dikelompokkan: 1. Tinggi : keluar kota > 3 kali dalam seminggu 2. Sedang : 2 – 3 kali seminggu keluar kota 3. Rendah : sekali sekali atau lebih banyak tinggal dirumah
Derajat penyakit	Derajat penyakit pada saat awal/ sebelum pengobatan	Wawancara dengan kuesioner dan dikelompokkan : 1. Ringan 2. Berat
Efek samping	Gambaran efek samping yang dialami selama pengobatan	Wawancara dengan kuesioner dan dikelompokkan : 1. Mengalami efek samping 2. Tidak mengalami efek samping
Pelayanan Kesehatan Penyuluhan/ Komunikasi petugas dg Pasien di poliklinik	Perorangan : pesan pesan yang harus diterima oleh penderita saat menjalani program pengobatan. Pesan yang harus diterima: 1. Keluhan yang dirasakan 2. Minum obat sampai habis 3. Cara penderita minum obat. 4. Efek samping yang mungkin dialami penderita. 5. Jadwal pemeriksaan dahak. 6. Tidak dimarahi karena terlambat. Penyuluhan kelompok	Wawancara dengan kuesioner dan tiap pertanyaan diberi nilai, bila penderita menerima pesan diberi nilai 1 dan jika tidak menerima pesan diberi nilai 0. Kemudian dikelompokkan menjadi 1. Baik : skor 7 – 8 (≥ 75%) 2. Sedang : skor 5 – 6 (60-75%) 3. Kurang : skor < 5 (< 60%) Frekuensi penyuluhan dibandingkan yang seharusnya (deskriptif).
Ketersediaan Obat-obatan dan PMO	Tepat pemberian kategori obat a. Kategori 1 b. Kategori 2 c. Kategori 3 d. Sisipan	Wawancara dan data sekunder, bila obat diberikan sesuai hasil pemeriksaan maka diberi nilai 10 dan jika tidak sesuai hasil pemeriksaan diberi nilai 0.

	Ketersediaan obat : Obat yang disediakan oleh UPK sesuai kebutuhan	Wawancara dengan kuesioner : 1. Bila penderita selalu menerima obat sesuai kebutuhannya tepat waktu : skor 10. 2. Kadang kadang obat tidak ... 3. Tidak tersedia : skor 0
	Ketersediaan PMO : ada tidaknya PMO serta	Wawancara dengan kuesioner dan dikelompokkan : 1. Ada PMO skor 10 2. Ada PMO tapi jaraknya jauh skor 6 3. Tidak ada PMO skor 0
Akses ke Pelayanan	Jarak penderita ke pengambilan obat.	Wawancara dengan kuesioner Dekat : skor 10 (<3 km) Sedang : skor 6 (3 - <5 km) Jauh : skor 3 (>= 5 km)
	Jarak penderita ke pemeriksaan dahak/sputum.	Wawancara dengan kuesioner Dekat : skor 10 Sedang : skor 7 Jauh : skor 3
	Biaya yang diperlukan untuk pemeriksaan dahak	Wawancara dengan kuesioner Biaya memberatkan : skor 5 Biaya tidak memberatkan : skor 10
	Waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan dahak/sputum	Wawancara dengan kuesioner Menyita waktu : skor 5 Cepat/tak menyita waktu : skor 10
Pemeriksaan	Deskripsi tentang ketersediaan : 1. Mikroskop binokuler 2. Bahan Habis pakai 3. Bahan tidak habis pakai	Data sekunder 1. Baik (tersedia > 75%) 2. sedang (60 – 75%) 3. Kurang (< 50%)
Type Puskesmas	Deskripsi tentang kepatuhan berobat dengan type puskesmas	Puskesmas PRM Puskesmas Mandiri Puskesmas Satelit
Sumber daya Manusia	Gambaran tentang kuantitas dan kualitas tenaga	Petugas pengelola TB Paru Petugas Pengelola Laboratorium

4.4 Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrumen penelitian untuk mendapatkan data dengan cara sebagai melakukan wawancara langsung kepada responden dengan

menggunakan kuesioner sebagai alat ukur penelitian yang telah diukur validitasnya dan reliabilitasnya. Untuk melengkapi data yang ada maka digunakan data pendukung lainnya baik dari Puskesmas terutama mengenai catatan pengobatan penderita, kartu identitas penderita atau register yang ada serta data pendukung lainnya dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang.

4.4.1 Validitas instrumen Penelitian

Dalam pengumpulan data primer digunakan instrumen penelitian berupa kuesioner yang terstruktur terdiri dari 18 butir pertanyaan untuk menilai tingkat pengetahuan, 13 butir pertanyaan untuk mengukur sikap, dan 8 pertanyaan untuk mengukur penyuluhan, serta pertanyaan lainnya untuk mengukur akses, mobilitas, derajat penyakit, sarana dan sumberdaya manusia. Sebelum melaksanakan pengumpulan data terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen tersebut.

Untuk uji validitas atau kesahihan instrumen serta reliabilitas pengetahuan sikap dan kepatuhan dilakukan ujicoba terhadap 10 responden yang ada di wilayah kerja puskesmas Kamoning.

4.5 Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas di kabupaten Sampang (Puskesmas Banyuanyar, Puskesmas Jrengik, Puskesmas Kedungdung, Puskesmas Omben dan Puskesmas Ketapang dan lain-lain) , dengan pertimbangan karena peneliti bertugas/dinas di Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang. Pengambilan dan

menggunakan kuesioner sebagai alat ukur penelitian yang telah diukur validitasnya dan reliabilitasnya. Untuk melengkapi data yang ada maka digunakan data pendukung lainnya baik dari Puskesmas terutama mengenai catatan pengobatan penderita, kartu identitas penderita atau register yang ada serta data pendukung lainnya dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang.

4.4.1 Validitas instrumen Penelitian

Dalam pengumpulan data primer digunakan instrumen penelitian berupa kuesioner yang terstruktur terdiri dari 18 butir pertanyaan untuk menilai tingkat pengetahuan, 13 butir pertanyaan untuk mengukur sikap, dan 8 pertanyaan untuk mengukur penyuluhan, serta pertanyaan lainnya untuk mengukur akses, mobilitas, derajat penyakit, sarana dan sumberdaya manusia. Sebelum melaksanakan pengumpulan data terlebih dahulu dilakukan uji coba kuesioner untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen tersebut.

Untuk uji validitas atau kesahihan instrumen serta reliabilitas pengetahuan sikap dan kepatuhan dilakukan ujicoba terhadap 10 responden yang ada di wilayah kerja puskesmas Kamoning.

4.5 Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas di kabupaten Sampang (Puskesmas Banyuanyar, Puskesmas Jrengik, Puskesmas Kedungdung, Puskesmas Omben dan Puskesmas Ketapang dan lain-lain) , dengan pertimbangan karena peneliti bertugas/dinas di Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang. Pengambilan dan

pengolahan data untuk penelitian ini dilaksanakan selama 3 bulan mulai tanggal 30 Maret sampai dengan 1 Juli 2005.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer akan dilakukan oleh penulis sendiri dengan dibantu oleh 10 orang pewawancara yang terlebih dahulu dilatih oleh penulis. Pewawancara adalah perawat puskesmas yang tidak mengelola/pemegang program TB di Kabupaten Sampang. Wawancara dilakukan secara langsung kepada penderita dengan menggunakan daftar pertanyaan terstruktur yang telah disediakan.

Data sekunder dari register TB 01, Kartu Penderita didapat dari Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, data sarana kesehatan, data demografi, data geografi dan lain-lain diambil dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang.

4.7. Analisis Data

Analisis data dilakukan untuk mempermudah interpretasi dan menguji hipotesis penelitian. Data yang ada dianalisis secara deskriptif dan analitis. 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.

Setelah dilakukan analisa deskriptif kemudian dilakukan analisis dua variabel dengan melakukan uji Chi Square (Tes Of Independence) untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan berobat. Selanjutnya untuk melihat

besarnya resiko dengan menghitung OR (Odds Ratio) dari faktor faktor yang berhubungan dengan kelengkapan berobat.

Untuk mengetahui hubungan secara bersama-sama beberapa variabel faktor penderita dan faktor pelayanan kesehatan dengan variabel kelengkapan berobat digunakan Multiple Logistic Regression.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Kabupaten Sampang merupakan salah satu dari empat kabupaten yang terletak di Pulau Madura Propinsi Jawa Timur. Kabupaten Sampang terletak ditengah-tengah pulau Madura yang berjarak kurang lebih 90 kilometer dari Surabaya dengan melewati selat Madura. Kabupaten Sampang terdiri dari 14 kecamatan dan 186 desa dengan luas wilayah 1.315 km² dengan batas wilayah sebagai berikut :

- (1). Sebelah Utara : Laut Jawa
- (2). Sebelah Selatan : Samudera Indonesia
- (3). Sebelah Barat : Kabupaten Bangkalan
- (4). Sebelah Timur : Kabupaten Pamekasan

Jumlah penduduk Kabupaten Sampang pada tahun 2004 berjumlah 780.033 jiwa yang terdiri dari laki-laki 334.533 jiwa dan perempuan 345.500 jiwa dengan 184.233 kepala keluarga. Jumlah penduduk miskin di kabupaten sampang sebanyak 525.000 jiwa atau 62 % dari jumlah penduduk (BPS., 2004).

Penduduk Kabupaten Sampang mayoritas beragama Islam dengan jumlah 98% sedangkan sisanya (2%) beragama Kristen. Sarana pelayanan kesehatan yang ada di kabupaten Sampang terdiri dari 1 buah rumah sakit type C, 20 Puskesmas, 51 Puskesmas pembantu, 839 posyandu. Sarana pelayanan kesehatan swasta masih sangat sedikit yaitu 1 buah rumah bersalin, 20 praktek dokter swasta, 1 laboratorium kesehatan dan 4 buah klinik swasta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar penderita TB di Kabupaten Sampang berobat dengan obat TB kategori 1 (93%) sedangkan sisanya menggunakan obat kategori 3 dan kategori 2.

Tabel 5.1 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut kategori obat di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

UMUR	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap		n.	%
	n.	%	n.	%		
Kategori 3	1	1,2	3	3,5	4	4,6
Kategori 2	1	1,2	1	1,2	2	2,4
Kategori 1	41	47,7	39	45,3	80	93
TOTAL	43	50	43	100	86	100

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa semua puskesmas menarik biaya pemeriksaan dahak sebesar 5.000 rupiah setiap pemeriksaan dahak. Biaya obat di Puskesmas semuanya gratis kecuali Puskesmas Kedungdung dan Camplong yang menarik biaya sebesar seratus ribu rupiah.

5.2 Analisis Hasil Penelitian

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk narasi dan tabel dapat dilihat selengkapnya berikut ini.

5.2.1 Umur

Dari hasil penelitian ini didapatkan responden yang bervariasi antara umur 16 tahun sampai 75 tahun dengan rata-rata berumur 50 tahun. Pada kelompok yang tidak

berobat lengkap proporsi terbanyak adalah kelompok usia 15-40 tahun yaitu 29 orang (67.4%) sedangkan yang berobat lengkap proporsi terbanyak adalah kelompok usia 41-75 tahun (kelompok tua) yaitu 24 orang (55.8%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.2. Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* 1-sided : $p = 0,083$.

Tabel 5.2 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut umur di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

UMUR	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap		n.	%
	n.	%	n.	%		
41-75 tahun	14	32,6	24	55.8	38	45.3
15-40 tahun	29	67.4	19	44.2	48	54.7
TOTAL	43	50	43	100	86	100

5.2.2 Jenis Kelamin

Dari hasil penelitian ini didapatkan responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 51 orang (59.3%) dan jenis kelamin perempuan sebanyak 35 orang (40.7%). Pada kelompok yang tidak berobat lengkap dan berobat lengkap proporsi terbanyak adalah kelompok laki-laki yaitu 27 orang (62.8%) dan 24 orang (55.8%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.3. Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p = 0,033$.

Tabel 5.3 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut jenis kelamin di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

JENIS KELAMIN	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap		N	%
	n.	%	n.	%		
Perempuan	16	37.2	19	44.2	35	40.7
Laki-laki	27	62.8	24	55.8	51	59.3
TOTAL	43	50	43	50	86	100

5.2.3 Tingkat Pendidikan

Dari hasil penelitian ini didapatkan responden yang bervariasi mulai dari yang tidak sekolah sampai tamat SMU dan tidak ada yang berpendidikan akademi/sarjana. Tingkat pendidikan responden adalah Tamat SD 28 orang (32,6%), Tidak tamat SD 23 orang (26,7%), Tidak sekolah 17 orang (19,8%) lainnya tamat SMU 10 orang dan tamat SMP 8 orang.

Pada kelompok yang tidak berobat lengkap dan lengkap berobat proporsi terbanyak adalah kelompok yang Tamat SD yaitu 15 orang (34,9%) dan 13 orang (30,2%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut tingkat pendidikan di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

TINGKAT PENDIDIKAN	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Lengkap		Tidak Lengkap		n.	%
	n.	%	n.	%		
Tidak sekolah	6	13.9	11	25.6	17	19,8
Tidak tamat SD	11	25.6	12	27.9	23	26,7
Tamat SD	15	34.9	13	30.2	28	32,6
Tamat SMP	4	9.3	4	9.3	8	9,3
Tamat SMU	7	16.3	3	7	10	11,6
TOTAL	43	50	43	50	86	100

Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p > 0,25$. Dengan kondisi diatas maka dilakukan penyederhanaan kategori. Setelah dilakukan analisis dengan berbagai *cut of point* yang berbeda ternyata $p > 0,140$ jika tingkat pendidikan dibagi menjadi 2 kategori yaitu kategori 1 terdiri dari tidak sekolah dan tidak tamat SD dan kategori 2 terdiri dari Tamat SD, SMP, SMU (lihat lampiran).

5.2.4 Pekerjaan

Pekerjaan responden terdiri dari tidak bekerja 29 orang (33,7%), petani 28 orang (33%), buruh tani 10 orang (11,63%), pedagang 6 orang (7%), kerja lainnya 6 orang (7%) dan sisanya sebagai nelayan, karyawan dan PNS Pada kelompok yang tidak berobat lengkap proporsi terbanyak adalah kelompok yang bekerja sebagai petani (39.6%) sedangkan yang berobat lengkap proporsi terbanyak adalah yang tidak bekerja (44.3%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut pekerjaan responden di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

UMUR	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap		n.	%
	n.	%	n.	%		
Tidak kerja	10	23.3	19	44.2	29	33,7
Lain-lain	4	9.3	2	4.6	6	7
Nelayan	1	2,3	2	4.6	3	3,5
Buruh Tani	7	16.3	3	7	10	11,6
Petani	17	39.5	11	25.6	28	32,6
Pedagang	2	4.6	4	9.3	6	7
Karyawan swasta	1	2,3	2	4.6	3	3,5
PNS	1	2,3	0	0	1	1,2
TOTAL	43	100	43	100	86	100

Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p > 0,25$. Dengan kondisi diatas maka dilakukan penyederhanaan kategori. Setelah dilakukan analisa dengan berbagai *cut of point* yang berbeda ternyata $p = 0,034$ jika dilakukan pembagian 2 kategori yaitu tidak bekerja dan bekerja (lihat lampiran).

5.2.5 Pengetahuan

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa penderita TB paru yang berpengetahuan kurang 44 orang (51,2%), sedang 18 orang (17,4%) dan baik 27 orang (31,4%). Pada kelompok yang tidak berobat lengkap proporsi terbanyak adalah kelompok yang berpengetahuan kurang (41.9%) sedangkan yang berobat lengkap proporsi terbanyak adalah yang berpengetahuan baik 28 orang (65.1%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.6. Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p = 0,032$, $X^2 = 6,87$.

Tabel 5.6 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Tingkat Pengetahuan di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

TINGKAT PENGETAHUAN	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap			
	n.	%	n	%	n.	%
Kurang	18	41.9	9	21	27	31,4
Sedang	9	13.9	6	13.9	18	17,4
Baik	16	37.2	28	65.1	44	51,2
TOTAL	43	100	43	100	86	100

5.2.6 Sikap

Tabel 5.6 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Sikap penderita terhadap program pengobatan TB di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

SIKAP	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap			
	n.	%	n.	%	n.	%
Kurang	27	62.8	11	25.6	38	44,2
Sedang	16	37.2	28	65.1	44	51,2
Baik	0	0	4	9.3	4	4,7
TOTAL	43	100	43	100	86	100

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB paru bersikap sedang 44 orang (51,2%), Baik 38 orang (44,2%) dan kurang 4 orang (4,7%). Pada kelompok yang tidak berobat lengkap proporsi terbanyak adalah kelompok yang bersikap kurang yaitu 27 orang (62.8%) sedangkan yang berobat lengkap proporsi terbanyak adalah yang bersikap sedang 28 orang (65.1%). Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p = 0,001$, $X^2 = 14,01$.

5.2.7 Mobilitas

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB paru mobilitasnya rendah 81 orang (94,2%), sedang 2 orang (2,3%) dan tinggi 3 orang (3,5%). Pada kelompok yang tidak berobat lengkap dan tidak lengkap proporsi terbanyak adalah yang mobilitasnya rendah yaitu 42 orang (97.7%) dan 39 orang (90.8%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut mobilitas responden di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

MOBILITAS	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap		n.	%
	n.	%	n	%		
Tinggi	1	2.3	2	4.6	3	3,5
Sedang	0	0	2	4.6	2	2,3
Rendah	42	97.7	39	90.8	81	94,2
TOTAL	43	100	43	100	86	100

Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p > 0,25$. Dengan kondisi diatas maka dilakukan penyederhanaan kategori. Setelah dilakukan analisa dengan berbagai

cut of point yang berbeda ternyata nilai $p = 0,180$ jika dilakukan pembagian 2 kategori yaitu kategori 1 mobilitas rendah dan kategori 2 yang mobilitasnya tinggi dan mobilitas sedang (lihat lampiran).

5.2.8 Derajat Penyakit

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB paru derajat penyakitnya berat 52 orang (60,5%) sedangkan yang ringan 34 orang (39,5%). Pada kelompok yang berobat tidak lengkap maupun berobat lengkap proporsinya sama yaitu pada kelompok yang derajat sakit berat sebanyak 26 orang (60,4%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.9. Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p = 0,59$ ($p > 0,25$).

Tabel 5.9 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut derajat penyakit di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

Derajat Sakit	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap			
	n	%	n	%	n.	%
Ringan	17	39.5	17	39.5	34	39,5
Berat	26	60.5	26	60.5	52	60,5
TOTAL	43	100	43	100	86	100

5.2.9 Efek Samping

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB paru mengalami efek samping 57 orang (66,3%) sedangkan yang tidak mengalami efek samping 29 orang (33,7%). Pada kelompok yang tidak berobat lengkap maupun yang berobat lengkap proporsi terbanyak adalah yang mengalami efek samping yaitu 28

orang (65.1%) dan 29 orang (67.4%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.10. Setelah dilakukan uji *Fisher's exact test* nilai $p = 0,50$ ($p > 0,05$).

Tabel 5.10 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut efek samping di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

Efek Samping	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap			
	n.	%	n	%	n.	%
Ada	28	65.1	29	67.4	57	66,3
Tidak ada	15	34.9	14	32.6	29	33,7
TOTAL	43	100	43	100	86	100

5.2.10 Penyuluhan (pesan)

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa penderita TB paru kurang menerima penyuluhan (pesan-pesan tentang penyakit TB) yaitu 53 orang (61,6%) sedang 30 orang (34,9%) dan baik 3 orang (3,5%). Pada kelompok yang tidak berobat lengkap dan lengkap proporsi terbanyak adalah yang kurang penyuluhannya 30 orang (69.8%) dan 23 orang (53.5%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Penyuluhan di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

Penyuluhan (pesan petugas)	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap			
	n.	%	n	%	n.	%
Kurang	30	69.8	23	53.5	53	61,6
Sedang	12	27.9	18	41.9	30	34,9
Baik	1	2.3	2	4.6	3	3,5
TOTAL	43	100	43	100	86	100

Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p > 0,25$. Dengan kondisi diatas maka dilakukan penyederhanaan kategori. Setelah dilakukan analisa dengan berbagai *cut of point* yang berbeda ternyata $p = 0,092$ jika dilakukan pembagian 2 kategori yaitu kategori 1 penyuluhan baik dan kategori 2 untuk penyuluhan sedang dan kurang (lihat lampiran).

5.2.11 Akses pengambilan obat dan periksa dahak

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa penderita TB paru akses pengambilan obatnya jauh yaitu 46 orang (53,5%), dekat jaraknya 27 orang (31,4%) sedangkan yang sedang jaraknya 30 orang (15,1%). Pada kelompok yang tidak berobat lengkap dan lengkap proporsi terbanyak adalah yang jauh jaraknya yaitu 19 orang (44,2%) dan 27 orang (62,8%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.12. Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p = 0,004$ ($p < 0,25$).

Tabel 5.12 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut Akses Obat di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

Akses Obat	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	TidakLengkap		Lengkap		n	%
	n.	%	n	%		
Jauh	19	44.2	27	62.8	46	53,5
Sedang	12	27.9	1	2.3	13	15,1
Dekat	12	27.9	15	34.9	27	31,4
TOTAL	43	100	43	100	86	100

Distribusi berdasar akses pemeriksaan dahak menunjukkan pada kelompok yang tidak berobat lengkap dan lengkap proporsi terbanyak adalah yang jauh tempat

pemeriksaan dahaknya 22 orang (51.2%) dan 34 orang (79.1%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.12. Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p=0,50$ ($p>0,25$).

Tabel 5.13 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut akses pemeriksaan dahak di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

Akses Periksa Dahak	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap		n	%
	n.	%	n	%		
Jauh	22	51.2	34	79.1	56	65,1
Sedang	13	30.2	4	9.3	17	19,8
Dekat	8	18.6	5	11.6	13	15,1
TOTAL	43	100	43	100	86	100

Pada kelompok yang tidak berobat lengkap dan lengkap proporsi terbanyak adalah yang merasa biaya pemeriksaan tidak berat yaitu 32 orang (74.4%) dan 24 orang (55.8%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.14. Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p = 0,113$ ($p<0,25$).

Tabel 5.14 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut biaya pemeriksaan dahak di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

Biaya Periksa Dahak	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap		n	%
	n.	%	n	%		
Tidak berat	32	74.4	24	55.8	56	65,1
Memberatkan	11	25.6	19	44.2	30	34,9
TOTAL	43	100	43	100	86	100

Pada distribusi menurut waktu pemeriksaan dahak pada kelompok yang tidak berobat lengkap proporsi terbanyak adalah kelompok yang tidak keberatan dengan waktu pemeriksaan dahak 31 orang (72.1%) sedangkan yang berobat lengkap proporsi terbanyak adalah yang merasa berat dengan waktu pemeriksaan dahak 23 orang (53.5%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.15. Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p = 0,028$ ($p < 0,25$).

Tabel 5.15 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut waktu Periksa Dahak di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

Waktu Periksa Dahak	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap			
	n.	%	n	%	n	%
Memberatkan	12	27.9	23	53.5	35	40,7
Tidak berat	31	72.1	20	46.5	51	59,3
TOTAL	43	100	43	100	86	100

5.2.12 Ketersediaan obat

Tabel 5.16 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut ketersediaan obat di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

Ketersediaan Obat	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap			
	n.	%	n	%	n	%
Kadang-kadang	8	18.6	6	13.9	14	16.3
Selalu Ada	35	81.4	37	86.1	72	83.7
TOTAL	43	100	43	100	86	100

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB selalu menerima obat sesuai kebutuhan tiap waktu 72 orang (83.7%) sedangkan yang tidak selalu menerima obat atau dijanjikan beberapa hari sebanyak 14 orang (16.3%). Pada

kelompok yang tidak berobat lengkap dan berobat lengkap proporsi terbanyak adalah kelompok yang selalu menerima obat sesuai kebutuhan (81,4%) dan (86,1%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.16. Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p = 0,559$ ($p > 0,25$).

Tabel 5.17 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut ada tidaknya PMO di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

Ada Tidaknya PMO	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap		n	%
	n	%	n	%		
Ada	29	67.4	24	55.8	53	61,6
Tidak	14	32.6	19	44.2	34	38,4
TOTAL	43	100	43	100	86	100

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB paru memiliki Pengawas Minum Obat (PMO) sebanyak 53 orang (61,6%) sedangkan yang tidak memiliki PMO 30 orang (38,4%).

Tabel 5.17 Distribusi kelengkapan berobat TB menurut jenis PMO di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

Jenis PMO	Kelengkapan Berobat				TOTAL	
	Tidak Lengkap		Lengkap		n	%
	n	%	n	%		
Tak ada PMO	14	32.5	19	41.9	33	38.4
Tetangga	0	0	1	2.3	1	1,2
Puskesmas	7	16.3	1	2.3	8	9,3
Polindes/pustu	10	23.3	5	11.6	15	17,4
Keluarga	12	27.9	17	41.9	29	33.7
TOTAL	43	100	43	100	86	100

Pada kelompok yang tidak berobat lengkap proporsi terbanyak adalah kelompok yang tidak memiliki PMO (54,7%) sedangkan yang berobat lengkap proporsi terbanyak adalah yang tidak ada PMO (57,6%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.17. Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p = 0,375$ ($p > 0,25$).

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar penderita TB PMO nya anggota keluarganya (suami, istri, menantu dan orang tua) yaitu 29 orang (33,7%). Pada kelompok yang tidak berobat lengkap dan lengkap proporsi terbanyak adalah kelompok yang memiliki PMO keluarga yaitu 12 orang (27,9%) dan 17 orang (41,9%). Gambaran selengkapnya terlihat pada tabel 5.17.

Setelah dilakukan uji *Fisher's Exact* nilai $p = 0,027$ ($p < 0,25$). Hal ini menunjukkan ada hubungan antara jenis PMO dengan kelengkapan berobat TB.

5.2.13 Ketersediaan sarana pemeriksaan

Dari sepuluh Puskesmas yang menjadi unit pelayanan penderita TB dalam penelitian ini tidak ada satupun Puskesmas yang memiliki sarana pemeriksaan yang memenuhi standart yaitu Mikroskop Binokuler (mikroskop, spareparts dan kotak penyimpanan), bahan habis pakai (sputum pot, kaca sediaan, larutan Ziehl Nielsen, asam alkohol pro analisis, kapas pembersih lensa mikroskop dan form RR), bahan tidak habis pakai (slide box, rak pewarna dan pengering) sebagian besar yang ada hanya cukup untuk pemeriksaan penderita yang aktif ke penderita sedangkan untuk pemeriksaan kontak tidak ada sarana dan prasarannya. Gambaran jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.18.

Tabel 5.18 Distribusi sarana pemeriksaan di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

No	Nama Puskesmas	SARANA PEMERIKSAAN			kriteria
		Mikroskop Binokuler	Bahan tidak habis pakai	Bahan Habis pakai	
1	Kamoning	1 (baik)	1/3 (kurang)	1/3 (kurang)	Sedang
2	Banyuanyar	1 (baik)	1/3 (kurang)	1/3 (kurang)	Sedang
3	Torjun	0	0	0	Kurang
4	Sreseh	1 (baik)	1/3 (kurang)	1/3 (kurang)	Sedang
5	Jrengik	1 (baik)	1/3 (kurang)	1/3 (kurang)	Sedang
6	Camplong	0	0	0	Kurang
7	Kedungdung	1 (baik)	1/3 (kurang)	1/3 (kurang)	Sedang
8	Jrangoan	0	0	0	Kurang
9	Omben	1 (baik)	1/3 (kurang)	1/3 (kurang)	Sedang
10	Tambelangan	0	0	0	kurang

5.2.14 Type Puskesmas

Tabel 5.19 Distribusi kelengkapan berobat menurut type puskesmas di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004

	Nama Puskesmas	Type Puskesmas	KELENGKAPAN BEROBAT			
			Tidak Lengkap		Lengkap	
			Abs	%	Abs	%
1	Banyuanyar	PRM	8	18.6	9	20.93
2	Kedungdung	PRM	2	4.65	5	11.63
3	Omben	PRM	0	0	3	6.98
4	Jrengik	PRM	10	23.26	4	9.30
	Jumlah		20	46.51	21	48.84
5	Kamoning	Mandiri	0	0	7	16.28
6	Sreseh	Mandiri	6	13.95	6	13.95
	Jumlah		6	13.95	13	30.23
7	Camplong	Satelit	3	6.98	0	0
8	Tambelangan	Satelit	3	6.98	3	6.98
9	Torjun	Satelit	5	11.63	6	13.95
10	Jrangoan	Satelit	2	4.65	0	0
	Jumlah		13	30.23	9	20.93

Dari hasil penelitian diperoleh data bahwa yang berobat lengkap dan tidak berobat lengkap yang paling banyak pada Puskesmas PRM (Pusat Rujukan Mikroskopis) yaitu 48.84% dan 46.51%. Kalau kita lebih teliti maka akan tampak bahwa pada Puskesmas PRM dan satelit penderitanya lebih banyak yang berobat lengkap daripada yang tidak berobat lengkap sedangkan pada Puskesmas satelit lebih banyak yang tidak berobat lengkap. Gambaran jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.19 berikut ini :

5.2.15 Sumberdaya Manusia

**Tabel 5.20 Distribusi Sumberdaya Manusia
di Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2004**

No	Nama Puskesmas	Type	Programer		Terlatih		Tenaga Labor		
			P.medis	Non	sudah	Tidak	Analisis	non	Tak Ada
1	Banyuwang	PRM		1	1			1	
2	Kedungdung	PRM	1		1		1		
3	Omben	PRM	1		1		1		
4	Jrengik	PRM		1	1			1	
	Jumlah		2	2	4		2	2	
5	Kamoning	PPM		1		1		1	
6	Sreseh	PPM	1			1		1	
	Jumlah		1	1	0		0	2	
7	Camplong	PS	1		1				1
8	Tambelangan	PS	1			1			1
9	Torjun	PS		1		1			1
10	Jrangoan	PS	1		1				1
	Jumlah		3	1	2		0	0	4
	Total		6	4	6	4	2	4	4

Dari data menunjukkan bahwa Sumberdaya manusia pengelola program TB sebagian besar tenaga paramedis (60%) sedangkan sisanya tenaga non medis. Dari

pengelola program tersebut yang terlatih baru mencapai 60%. Pengelola laboratorium juga kondisinya memprihatinkan. Dari 4 puskesmas rujukan mikroskopis hanya ada 2 tenaga analis yaitu omben dan kedungdung sedangkan sisanya tenaga non analis. Dua puskesmas PPM laboratoriumnya dikelola tenaga non analis sedangkan empat puskesmas satelit tidak ada tenaga pengelola laboratorium. Gambaran jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.20.

5.2.13. Analisis Variabel independen yang bermakna pada $p < 0.250$ secara bersamaan dengan kelengkapan berobat.

Tabel 5.21. Rekapitulasi Hasil uji kemaknaan dengan Uji Statistik Chi Square atau Fisher's Exact Test variabel bebas terhadap kelengkapan berobat (variabel tergantung)

NO	VARIABEL	Hasil Uji Chi Square (p)	Keterangan
1	Umur	0,083	
2	Jenis Kelamin	0,661	
3	Tingkat Pendidikan	0.280	
4	Pekerjaan	0.068	
5	Pengetahuan	0.032	
6	Sikap	0.001	
7	Mobilitas	0.357	
8	Derajat Penyakit	1.000	
9	Efek Sampling	1,000	
10	Penyuluhan (Pesan)	0.183	
11	Ketersediaan Obat	0.559	
12	Ada Tidaknya PMO	0.375	
13	Jenis PMO	0.027	
14	Akses Obat	0.004	
15	Akses pemeriksaan dahak	0.018	
16	Akses biaya pemeriksaan dahak	0.113	
17	Akses Waktu yang diperlukan	0.028	

Dari hasil uji statistik sebelumnya didapatkan beberapa variabel yang bermakna pada $p < 0.250$ yaitu umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, mobilitas, akses obat, akses pemeriksaan dahak akses biaya periksa dahak, waktu pemeriksaan dahak, penyuluhan, jenis PMO sedangkan yang tidak bermakna yaitu jenis kelamin, derajat penyakit, efek samping pengobatan, tempat ambil obat, ketersediaan obat dan PMO. Gambaran jelasnya pada tabel 5.21.

5.2.14. Hasil Uji Regresi Logistik Ganda

Tabel 5.22. Hasil Uji Regresi Logistik Ganda Interaksi Antara Variabel yang Significant

Variabel	Koefisien (B)	Sig (p)	Exp (B)	95% C.I. For Exp (B)	
				Lower	Upper
Sikap	1.451	0,005	4,265	1.536	11.845
Akses Pemeriksaan Dahak	1.398	0,010	4,047	1.404	11.667
Jenis PMO (1)	-0.398	0,501	0,672	0.211	2.142
Jenis PMO (2)	1.205	0,069	3,338	0.909	12.256
konstant	-1.282	0,007			

Hasil uji Regresi Logistik Ganda menunjukkan bahwa step 4 koefisien dari constantnya tidak bermakna sehingga yang dipilih yang konstantnya bermakna yaitu step 3. Variabel yang bermakna adalah sikap dan akses pemeriksaan dahak. Dari tabel 5.22. menunjukkan bahwa penderita yang bersikap kurang akan berisiko 4,265 kali lebih besar untuk berobat tidak lengkap daripada yang bersikap baik. Responden dengan akses pemeriksaan yang jauh mempunyai resiko 4,047 kali lebih besar untuk berobat tidak lengkap daripada responden dengan akses pemeriksaan dahak yang dekat

Sehingga uji regresi logistik ganda pada variabel yang signifikan (sikap dan Akses pemeriksaan dahak) yang digunakan untuk menentukan probabilitas resiko terjadinya kelengkapan berobat TB.

Persamaan Regresinya :

$$\text{Pr}(y) = -1.282 + 1.451 \text{rsikap}(1) + 1.398 \text{raskesdahak}(1)$$

Probabilitas untuk berobat tidak teratur pada kelompok yang bersikap kurang, dan akses periksa dahak jauh adalah sebesar

$$= \frac{1}{1 + e^{-(-1.282 + 1.451 + 1.398)}} = \frac{1}{1 + e^{-(1.567)}} = 0.827 = 82.7\%$$

Sebaliknya Probabilitas untuk berobat tidak lengkap pada kelompok yang sikap baik, dan akses periksa dahak dekat, adalah sebesar

$$= \frac{1}{1 + e^{-\{-1.282 + (1.451*0) + (1.389*0)\}}} = \frac{1}{1 + e^{-(-1.282)}} = \frac{1}{1 + e^{1.282}} = 0.217 = 21.7\%$$

BAB 6

PEMBAHASAN

Ada 12 variabel independen yang diteliti maka yang berhubungan secara bermakna dengan terjadinya ketidak lengkapan berobat TB setelah pengobatan selesai adalah, umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, Mobilitas, pesan penyuluhan, akses (pengambilan obat, akses pemeriksaan dahak, biaya pemeriksaan dahak, waktu pemeriksaan dahak) dan jenis PMO sedangkan yang tidak berhubungan secara bermakna adalah jenis kelamin, derajat sakit, efek samping, ketersediaan obat dan PMO. Setelah dilakukan analisis regresi ganda yang terbukti sebagai faktor resiko adalah sikap dan akses pemeriksaan dahak. Untuk jelasnya dapat dilihat pada uraian berikut ini:

6.1. Umur

Umur merupakan variabel yang selalu diperhatikan didalam penelitian epidemiologi. Pola kesakitan atau kematian akan lebih mudah membacanya bila dikelompokkan berdasarkan golongan umur. Beberapa alasan yang dapat menerangkan hubungan antara suatu keadaan kesehatan seseorang dengan umur antara lain; perkembangan fisiologis atau imunitas tubuh, di negara maju penyakit TB paru banyak menyerang usia tua atau orang tua, yang sebenarnya pada masa mudanya telah terkena infeksi kuman TB paru, karena penurunan daya tahan tubuh berkaitan dengan usia, sehingga penyakit infeksi yang sudah lama terjadi dapat timbul kembali.

Terjadinya ketidak lengkapan berobat meningkat berhubungan dengan umur penderita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok umur 15-40 tahun yang paling besar jumlah penderita TB sebesar 54,7% atau 67,4% pada usia 15-49 tahun yang merupakan usia produktif. Namun bila dilihat pada kelengkapan berobat menunjukkan bahwa kelengkapan berobat sebagian besar pada kelompok umur 40-75 tahun. dan berdasarkan hasil analisa multiple regresi ternyata tidak masuk dalam model ($p>0,05$) terhadap kelengkapan berobat walaupun hasil *Fisher's Exact Test* menunjukkan hasil yang signifikan.

Hasil penelitian ini berbeda dengan yang dihasilkan Sumardi bahwa umur kurang atau sama dengan 40 tahun cenderung patuh dan taat dalam program pengobatan TB. Hal ini terjadi karena lokasi penelitian yang berbeda yaitu di Nusa Tenggara Timur dan Madura dengan etnis yang berbeda pula.

6.2. Jenis Kelamin

Insiden terjadinya penyakit TB paru tidak sama antara pria dan wanita, faktor risiko terjadinya TB paru lebih besar terjadi pada wanita dari pada pria pada kelompok umur 15 – 44 tahun, dan lebih rendah pada wanita dari pada pria pada kelompok umur lebih dari 44 tahun. Di Amerika kasus antara laki-laki dan perempuan hampir sama prevalensinya sedangkan data negara sedang berkembang di Asia menunjukkan lebih tinggi kasus laki-laki dibandingkan perempuan. Hasil penelitian di Sampang menunjukkan bahwa penderita laki-laki lebih banyak (59,3%) dibandingkan perempuan.

Berdasarkan hasil penelitian di Sampang menunjukkan bahwa responden laki-laki mempunyai proporsi yang sama antara yang tidak berobat lengkap dan yang berobat lengkap yaitu (54,3% dan 52,9%)

Hasil uji statistik menunjukkan jenis kelamin tidak termasuk dalam model karena $p = 0,661$ ($p > 0,25$) terhadap kelengkapan berobat TB, karena antara jenis kelamin pria dan wanita mempunyai risiko yang sama untuk terjadi ketidaklengkapan berobat berdasarkan hasil penelitian ini.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mawardi juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara untuk patuh dalam melaksanakan pengobatan. Hasil penelitian tersebut sama dengan hasil penelitian ini yang menyatakan bahwa resiko terjadinya ketidaklengkapan berobat antara pria dan wanita adalah sama.

6.3. Pendidikan

Hasil penelitian diperoleh bahwa pendidikan terakhir responden yang paling besar jumlahnya adalah tamat SD ada 28 orang (32,6%) dan terendah adalah responden tamat SMP ada 8 (9,3%) sedangkan pendidikan P.T / Akademi tidak ada, dan hasilnya adalah tingkat pendidikan tidak masuk dalam model karena $p = 0,280$ ($p > 0,25$) terhadap kejadian ketidaklengkapan berobat TB. Dengan menggunakan analisis regresi ganda tidak terbukti adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan kelengkapan berobat walaupun kategorinya dibagi menjadi kategori Tidak tamat SD kebawah dan Tamat SD keatas hasilnya tetap $p > 0,05$.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi akan mudah menerima pesan-pesan serta lebih terbuka (Notoatmojo, 2003)

6.4 Jenis Pekerjaan

Hasil penelitian diperoleh bahwa jenis pekerjaan responden pada penelitian ini yang paling besar jumlahnya adalah tidak bekerja ada 29 orang (33,7%) dan petani 28 orang (33%) dan hasilnya adalah jenis pekerjaan tidak mempunyai hubungan yang signifikan $p = 0.604$ ($p > 0,25$) terhadap kejadian kelengkapan berobat TB. Namun bila dikategorikan menjadi 2 kategori yaitu bekerja dan tidak bekerja maka $p=0,068$ ($p < 0,25$) sehingga ada hubungan antara pekerjaan dengan kelengkapan berobat TB. Jika dilakukan analisa dengan uji regresi logistik ganda ternyata ($p>0,05$) tidak ada hubungan antara jenis pekerjaan dengan kelengkapan berobat.

Hasil ini menunjukkan bahwa pekerjaan tidak mempengaruhi seseorang untuk berobat lengkap.

6.5. Pengetahuan

Hasil penelitian diperoleh bahwa tingkat pengetahuan responden yang paling besar jumlahnya adalah yang berpengetahuan baik ada 44 orang (51,2%), namun setelah dilakukan uji statistik regresi logistik ganda tidak terbukti ($p > 0.05$) ada hubungan antara pengetahuan dengan kelengkapan berobat TB walaupun pada uji bivariat menunjukkan adanya hubungan. Tingkat pengetahuan dengan $p = 0.032$ ($p < 0,05$) terhadap kejadian kelengkapan berobat TB.

Hasil penelitian ini belum membuktikan bahwa melalui pengetahuan yang didapat seseorang akan mendasari seseorang dalam mendasari keputusan rasional dan efektif, sehingga makin tinggi tingkat pengetahuan seseorang untuk mengadaptasikan dirinya dalam lingkungan yang baru (Notoatmojo, 2003).

6.6. Sikap

Sikap merupakan kebiasaan merespon seseorang yang sifatnya positif atau negatif terhadap obyek situasi tertentu secara konsisten. Sikap merupakan hasil sosialisasi, karena seseorang bereaksi sesuai dengan rangsangan yang diterimanya. Dengan demikian sikap adalah konsep yang membantu kita untuk memahami perilaku termasuk didalamnya kelengkapan berobat (Ahmadi, 1985).

Hasil penelitian diperoleh bahwa sikap responden dalam melaksanakan kelengkapan berobat yang paling besar adalah yang bersikap baik (100%) sedangkan yang bersikap sedang (63,6), dan bersikap kurang hanya 28,9%, hasil uji statistik regresi logistik ganda menunjukkan bahwa terbukti ada hubungan antara sikap penderita dengan kelengkapan berobat TB ($p < 0,05$) hal ini juga didukung hasil uji Chi Square menunjukkan adanya hubungan yang signifikan $p = 0.001$ ($p < 0,05$) terhadap kejadian ketidak lengkapan berobat TB.

6.7. Mobilitas

Hasil penelitian diperoleh bahwa yang kelengkapan berobat yang paling besar ada pada kelompok yang mobilitasnya tinggi sedang (80%) sedangkan yang tidak lengkap berobat ada pada kelompok yang mobilitasnya rendah (51,9%), uji statistik

menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan $p = 0.357$ ($p > 0,25$) antara mobilitas dengan kelengkapan berobat TB. Setelah dilakukan penyederhanaan kategori menjadi 2 yaitu mobilitas tinggi sedang dan mobilitas rendah maka ada hubungan yang bermakna antara mobilitas dengan kelengkapan berobat TB. Namun jika dilakukan uji regresi logistik ganda tidak terbukti adanya hubungan tersebut.

Hasil ini belum menunjukkan hubungan antara mobilitas dengan kelengkapan berobat walaupun kondisi lapangan menunjukkan karena sarana-dan prasarana transportasi serta daerah-daerah yang terpencil yang kurang memadai sehingga untuk ke pelayanan kesehatan/ berobat lengkap banyak dilakukan oleh orang yang mobilitasnya tinggi sedang.

6.8. Derajat sakit

Berdasarkan hasil di lapangan menunjukkan bahwa penderita TB yang derajat sakitnya berat 52 orang (60,5%) sedangkan yang derajat sakitnya ringan sebanyak 31 orang (39,5%). Namun kalau dihubungkan dengan kelompok kelengkapan berobat menunjukkan besaran yang sama 50 persen dengan kelompok yang berobat tidak lengkap, uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan $p = 1.000$ ($p > 0,25$) antara derajat penyakit dengan kelengkapan berobat TB.

Berdasarkan hasil evaluasi dinas kesehatan yang menyatakan bahwa sebagian besar penderita TB yang datang derajat penyakit beratnya sangat tinggi tidak sesuai dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan hasil yang sama antara penderita yang derajat sakitnya berat dengan yang ringan dalam kelengkapan berobat.

6.9. Efek Samping

Efek samping OAT merupakan salah satu sebab kegagalan pengobatan (SKN 1992). Efek samping bisa ringan ataupun berat, makin berat seseorang mengalami efek samping maka akan semakin besar pula kemungkinan untuk menghentikan pengobatan.

Hasil penelitian menunjukkan 57 orang (66,3%) mengalami efek samping. Kelompok yang berobat lengkap sebagian besar pada penderita yang mengalami efek samping (50,9%) sedangkan yang kelompok tidak lengkap paling besar pada kelompok yang tidak mengalami efek samping (51,7%).

Uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan $p = 1.000$ ($p > 0,25$) antara efek samping dengan lengkapan berobat TB

Hasil penelitian di atas secara tidak langsung kurang menunjang terhadap hasil penelitian yang dilakukan depkes yang berkaitan dengan efek samping, yang menyatakan bahwa adanya efek samping akan meningkatkan kegagalan pengobatan TB (Depkes, 1999).

6.10. Penyuluhan perorangan

Komunikasi, informasi dan edukasi diharapkan petugas kesehatan dapat membuat penderita mempunyai dorongan dalam diri sendiri untuk berobat teratur (Depkes, 2001). Hal yang perlu dilakukan petugas kesehatan kesehatan di poliklinik pada penderita yang melakukan kunjungan ulang adalah menggali informasi tentang keluhan yang dirasakan, cara minum obat, efek samping serta memberikan informasi balik agar penderita dapat mengikuti program pengobatan TB dengan baik dan benar.

Hasil penelitian diperoleh menunjukkan bahwa sebagian besar penderita TB kurang mendapatkan penyuluhan (pesan-pesan) yaitu 53 orang (61,6%) sedangkan yang baik hanya 3,5%, uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan $p > 0,25$ antara penyuluhan perorangan dengan kelengkapan berobat TB paru. Setelah dilakukan penyederhanaan kategori menjadi baik dan sedang kurang uji statistik menunjukkan bahwa penyuluhan perorangan mempunyai hubungan yang bermakna $p = 0,121$ ($p < 0,25$) terhadap kelengkapan berobat TB. Uji regresi logistik ganda menunjukkan bahwa terbukti ada hubungan antara penyuluhan (pesan petugas pada pasien) dengan kelengkapan berobat TB.

Hasil ini mendukung penelitian yang dilakukan di Madagaskar yang menunjukkan komunikasi yang jelek antara pasien dengan petugas kesehatan berpengaruh terhadap kelengkapan berobat sebesar 28% dibandingkan komunikasi yang baik sebesar 3%.

6.11. Akses Obat

Jarak yang jauh untuk mengambil obat secara rutin dan tidak ada waktu mengambil obat karena pekerjaannya tidak dapat ditinggalkan mengakibatkan ketidakpatuhan penderita dalam melaksanakan program pengobatan yang pada akhirnya mengakibatkan kegagalan pengobatan (Isa, 2001).

Hasil penelitian diperoleh bahwa sebagian besar penderita akses pengambilan obatnya jauh yaitu 46 orang (53,5%), dekat 31,4% dan sedang 15,1%. Pada kelompok berobat lengkap sebagian besar (58%) jaraknya jauh sedangkan kelompok berobat tidak lengkap sebagian besar pada penderita yang akses obatnya sedang (3-5

kilometer). Uji statistik regresi logistik ganda menunjukkan tidak ada hubungan antara akses obat dengan kelengkapan berobat walaupun dengan uji bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan $p = 0.004$ ($p < 0,25$) antara variabel akses ke pengambilan obat dengan kelengkapan berobat TB.

Akses pemeriksaan dahak, biaya pemeriksaan dahak serta waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan dahak menunjukkan adanya hubungan dengan kelengkapan berobat (uji statistik Chi Square) namun jika dilakukan uji regresi logistik ganda hanya akses pemeriksaan dahak yang membuktikan adanya hubungan antara akses pemeriksaan dahak dengan kelengkapan berobat TB.

Hasil penelitian ini tidak mendukung (membuktikan) penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa jarak yang terlalu jauh (lebih dari 5 kilometer) atau kalau ditempuh membutuhkan waktu 1 jam akan mempengaruhi kepatuhan berobat (42% berbanding 24%) dibandingkan dengan yang jaraknya dengan unit pelayanan kesehatan (Comolet, RakotamalalaR, Rajaonarioa H, 1998).

Jika dilihat kondisi Kabupaten Sampang yang Akses pemeriksaan dahak sangat jauh dari jangkauan penderita sangat mendukung hasil penelitian ini. Dari data yang ada menunjukkan bahwa kelengkapan laboratorium yang kurang serta minimnya tenaga laboratorium menyebabkan rendahnya pelayanan pemeriksaan dahak penderita TB.

6.12. Ketersediaan Obat dan PMO

Ketersediaan obat dan PMO sangat penting akan memberikan dorongan agar

penderita mau berobat teratur dan mengingatkan penderita untuk memeriksakan dahaknya secara teratur pada waktu-waktu yang telah ditentukan (Depkes RI, 2002).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (83%) obat selalu tersedia dan 16,3 % kadang kadang tidak tersedia di Puskesmas tapi bisa secepatnya dalam beberapa hari disediakan oleh Dinas Kesehatan. Pada kelompok yang pengobatan lengkap sebagian besar selalu mendapatkan obat 37 orang (51,4%) sedangkan pada kelompok yang tidak berobat lengkap sebagian besar 8 orang (57,1%) kadang-kadang menerima obat tapi terlambat.

Uji statistik bivariat menunjukkan bahwa terbukti tidak ada hubungan yang signifikan $p = 0.375$ ($p > 0,25$) antara variabel ketersediaan obat dengan kelengkapan berobat TB Paru.. Uji regresi terhadap ada tidaknya PMO dengan kelengkapan berobat TB juga menunjukkan tidak adanya hubungan.

Distribusi kelengkapan berobat TB menurut jenis PMO menunjukkan bahwa sebagian besar PMO adalah anggota keluarga (anak, suami, istri, menantu) sebesar 33,7% dengan kelengkapan berobat yang tinggi pula (41,9%). Hasil uji statistik bivariat menunjukkan ada hubungan antara jenis PMO dengan kelengkapan berobat namun jika dilakukan analisa regresi logistik ganda tidak terbukti adanya hubungan tersebut ($p > 0,05$).

Peran keluarga merupakan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu (Depkes RI, 1986). Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatan dalam kelompoknya. Dalam keluarga masalah-masalah kesehatan saling berkaitan, dan apabila salah satu

anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lain (Freeman, 1981).

Pada saat anggota keluarga sakit, maka dibutuhkan kemampuan keluarga dalam pengetahuan, pengambil keputusan, tindakan untuk mengatasi penyakit atau perawatan, penggunaan pelayanan kesehatan serta dalam hal sikap dan ekspresi emosional (Friedman, 1998).

Hasil penelitian ini tidak mendukung teori diatas, peran PMO maupun tingginya jumlah PMO dari keluarga tidak bisa membuktikan adanya hubungan dengan kelengkapan berobat. Data di kabupaten menunjukkan tidak adanya pelatihan atau bimtek PMO di kabupaten sampang sehingga ada atau tidaknya PMO belum berpengaruh terhadap kelengkapan berobat TB.

6.13 Ketersediaan sarana pemeriksaan

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada satupun puskesmas yang memiliki sarana dan prasarana standart. Sarana prasarana tersebut hanya cukup untuk memberikan pelayanan secara pasif saja tanpa ada tindakan aktif untuk melakukan tindakan pemberantasan TB. Dengan kondisi ini maka upaya untuk memberantas TB akan menjadi kurang bermakna karena masih banyak penderita TB yang tidak terdeteksi dengan pemeriksaan yang ada.

6.14 Type Puskesmas

Dari hasil penelitian menunjukan bahwa penderita TB didaerah wilayah kerja Puskesmas Rujukan Mikroskopis dan Puskesmas Mandiri kelengkapan berobatnya

lebih tinggi dibandingkan dengan penderita di wilayah puskesmas satelit. Hal ini disebabkan karena dukungan, sarana dan prasarana dan petugas yang cukup. Untuk itu diperlukan upaya upaya untuk meningkatkan jumlah puskesmas yang lebih mandiri dengan meningkatkan jumlah dan kualitas sarana dan tenaga pengelola TB.

6.15. Sumberdaya Manusia

Dari data yang ada menunjukkan bahwa tenaga pengelola program, tenaga laboratorium dan Pengawas Menelan Obat masih sangat terbatas atau masih 50% dari kebutuhan yang ada. Upaya yang harus dilakukan adalah dengan meningkatkan kualitas kompetensi tenaga pengelola, mengadakan pelatihan petugas dan on the job training petugas laboratorium serta mengadakan recruitment tenaga yang dibutuhkan.

6.16. Probabilitas gagal konversi sputum BTA penderita TB Paru

Hasil Uji regresi Logistik menunjukkan bahwa faktor resiko kelengkapan berobat TB adalah sikap dan akses pemeriksaan dahak. Dengan Uji regresi Logistik ganda pada variabel yang signifikan diperoleh hasil, bahwa penderita TB yang bersikap kurang mempunyai resiko berobat tidak lengkap sebesar 4 kali lebih besar daripada penderita TB yang bersikap baik. Penderita TB yang akses pemeriksaan dahaknya jauh mempunyai resiko berobat tidak lengkap sebesar 4 kali lebih besar dari pada penderita TB yang akses pemeriksaan dahaknya dekat.

Penderita TB yang bersikap kurang dan akses pemeriksaan dahaknya jauh, probabilitas terjadinya kelengkapan berobat sebesar 82,7%, sedangkan penderita yang bersikap baik dan akses pemeriksaan dahaknya rendah mempunyai resiko untuk

berobat tidak teratur sebesar 21,7%. Berdasarkan penelitian ini didapatkan bahwa probabilitas kelengkapan berobat TB akan semakin besar jika penderita memiliki sikap baik terhadap pengobatan dan akses pemeriksaan dahaknya dekat. Penderita yang memiliki sikap baik biasanya memiliki pengetahuan yang baik tentang program TB sehingga dengan pengetahuan dan sikap yang baik akan mendorong penderita untuk berperilaku berobat lengkap. Sedangkan penderita yang akses pemeriksaan dahaknya dekat menyebabkan penderita mau memeriksakan dahaknya lebih teratur karena tidak mengeluarkan dana, tenaga dan waktu yang lebih sedikit dibandingkan yang aksesnya pemeriksaannya jauh.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan beberapa factor yang mempengaruhi kelengkapan berobat TB di Puskesmas se Kabupaten Sampang melalui analisa hubungan antara variable tergantung dan variable bebas maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

7.1. Kesimpulan

- (1). Dari 12 variabel independen yang diteliti ternyata hanya ada 2 variabel yang terbukti ada hubungannya dengan ketidak lengkapan berobat. Variabel tersebut adalah sikap ($p = 0,005$; $OR = 4,36$) dan akses pemeriksaan dahak ($p = 0,010$; $OR = 4,05$). Hal ini menunjukkan bahwa penderita TB yang bersikap kurang terhadap program pengobatan mempunyai resiko berobat tidak lengkap sebesar 4,36 kali lebih besar daripada penderita yang bersikap baik terhadap program TB. Penderita TB yang akses pemeriksaan dahaknya jauh memiliki resiko berobat tidak lengkap sebesar 4,05 kali lebih besar dibandingkan dengan yang akses pemeriksaan dahaknya dekat. Sedangkan variabel umur, pekerjaan, pengetahuan, penyuluhan, jenis PMO, akses obat, biaya pemeriksaan dahak dan akses waktu yang diperlukan tidak terbukti berhubungan dengan kelengkapan berobat.
- (2) Dengan kondisi diatas maka upaya-upaya yang harus dilakukan untuk meningkatkan kelengkapan berobat penderita TB meningkatkan sikap baik penderita TB serta mendekatkan akses pemeriksaan dahak.

(3) Untuk meningkatkan sikap penderita dilakukan dengan meningkatkan tepat dosis, cara minum obat, efek samping dan jadwal pemeriksaan dahak. Untuk lebih mendorong peningkatan sikap yang baik maka perlu peningkatan pengetahuan penderita tentang program TB.

(3) Untuk meningkatkan akses pemeriksaan dahak maka perlu peningkatan jumlah puskesmas yang mampu melakukan pemeriksaan dahak agar akses pemeriksaan dahak penderita menjadi lebih dekat dan terjangkau.

7.2. Saran

(1) Untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat khususnya meningkatkan sikap penderita maka perlu ditingkatkan penyuluhan baik langsung maupun tidak langsung kepada masyarakat sehingga dengan pengetahuan yang baik akan mendorong seseorang untuk bersikap dan berperilaku baik terhadap program TB. Peningkatan Pengetahuan, sikap dan perilaku ini bukan hanya dilakukan oleh petugas kesehatan saja tapi juga para kader kesehatan, tokoh masyarakat, Pengawas menelan obat dan para penderita TB yang telah menyelesaikan program pengobatannya lengkap.

(2). Upaya untuk meningkatkan akses pemeriksaan dahak dilakukan dengan menambah jumlah puskesmas PRM dan Mandiri, menambah sarana-prasarana pemeriksaan dahak, Dengan meningkatkan penyuluhan baik langsung maupun tidak langsung akan menurunkan resiko ketidak lengkapan berobat TB. Untuk itu petugas kesehatan maupun PMO harus lebih sering menyampaikan pesan-pesan kepada penderita khususnya jadwal pemeriksaan dahak serta rasa disiplin dalam menjalankan program pengobatan agar penderita lebih memahami dan berperilaku baik. Hal ini

juga dipengaruhi kondisi masyarakat yang lebih dari 60% berpendidikan tidak tamat SD kebawah.

(3) Hal lain yang harus ditingkatkan adalah kelengkapan sarana dan prasarana pemeriksaan, serta mutu dan jumlah tenaga baik itu petugas pengelola program, petugas laboratorium maupun Pengawas Minum Obat

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, Abu. 1985. *Psikologi Sosial*. Surabaya. Bina Ilmu.
- Bailey, Scott's. 1998. *Diagnostic Microbiology*. Tenth edition. Mosby. St. Louis, Missouri United State of America. Page 715).
- Comolet TM, Rakotamalala R, Rajaonariora H, 1998. Factors determining compliance with tuberculosis treatment in an urban environment, Tamatave, Madagaskar. *International Journal of tuberculosis and Lung Disease second edition*. Page 891-897.
- Crofton John. Horne Norman. Miller Fred, 1999. *Clinical Tuberculosis*. (second Edition). Macmillan education Ltd.London.
- Depkes R.I., 1999. *Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis*. Cetakan keempat. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman. Jakarta. Hal 23-
- Depkes R.I., 2000, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Jakarta, Dirjen PPM dan PLP Depkes RI.
- Depkes R.I., 2001. *Komunikasi Interpersonal Antara Petugas Kesehatan dengan penderita Tuberkulosis*. Dirjen PPM & PL
- Depkes R.I., 2002, a. *Program Penanggulangan Tuberkulosis*. Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta.
- Depkes R.I., 2002.,b. *Penemuan dan Diagnosa Penderita Tuberkulosis*. Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta.
- Depkes R.I., 2002, c. *Pemeriksaan Mikroskopik Dahak dan cross check sediaan BTA*. Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta .
- Depkes R.I., 2002, d. *Pengobatan Penderita Tuberkulosis*. Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta.
- Depkes R.I., 2002, e. *Monitoring dan evaluasi*. Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta 2002.
- Depkes R.I., 2002, f. *Pelaksanaan Supervisi*. Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta.

- Depkes R.I., 2002, g. *Penyuluhan. Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan, 2003. *Laporan Hasil Kegiatan P2PL*. Kabupaten Sampang.
- Dinas Kesehatan Sampang., 2004. *Profil Kesehatan Sampang*.
- Nurul H.A., 1999, *Menumpas TB dengan DOTS*, Jakarta, Medika
- Isa, Mohamad., Makmur, Suwandi (dkk). 2001. *Tuberkulosis Tinjauan Multidisiplin*. Edisi Pertama. Banjarmasin : Pusat Studi Tuberkulosis Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat/RSUD Ulin, :268 – 300.
- Kanai K. 1990. Introduction to Tuberculosis and Bacteria. *Japan. South East Asean Medical*.
- Kenyon TA, Mwasekaga MJ, Huebner R, Rumisha D, Binkin N, Maganu E. 1999. Low Levels of drug resistance amidst rapidly increasing tuberculosis and Human immunodeficiency virus co-epidemics in Botswana. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. Page 224-230.
- Norval PY, San KK, Bakhim T, Rith DN, Ahn DI, Blanc L. 1998. DOTS in Cambodia. Directly observed treatment with short course chemotherapy. *International journal of Tuberculosis and Lung Disease*. Page 44-51.
- Notoatmodjo, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Mandell, Douglas and Bennett. 1995. Principles and Practice of Infectious Diseases. Fourth edition. Churchill Livingstone Inc. Leith Walk, Edinburg. Page 2222.
- Mawardi. 2003. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keteraturan Berobat TB Paru di Puskesmas Lombok timur. Skripsi. FKM Universitas Airlangga.
- Nuwaha. F, 1997. Factors Influencing Completion of Treatment Among Tuberculosis patients in Mbarara district, Uganda. Departement of Community Health. University of Mbarara Uganda. *East Africa Medical Journal*. November 1997.
- Olle-goig JE, Alvares J, 2001. treatment of Tuberculosis in a rural area of Haiti: directly observed and non observed regimens. The experience of Hospital Albert Schweitzer. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* page : 137- 141.

RSPI Prof doktor Sulianti Saroso. 2003.. Resiko Penularan. Jakarta. Info@infeksi.com.

Sbarbaro JA, 1990. The patient-physician relationship: Compliance visited. Annals of Allergy page: 325-331.

Smet, Bart. 1994. Psikologi Kesehatan. Jakarta : PT. Grasindo, :250 – 261.

Bailey, Scott's. 1998. Diagnostic Microbiology. Tenth edition. St. Louis, Missouri United State of America. Page 715).

Tjandra, 2005. *Terapi Tuberkulosis Dengan Fixed Dose Combination*.
File: "D:\data" \20internet_Terapi TB.htm. Jakarta

Lampiran 1**PEDOMEN KUESIONER**

Daftar pertanyaan tentang hubungan pelayanan kesehatan terhadap kepatuhan penderita Tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Sampang tahun 2005

I. PENGANTAR

Nama saya ASRUL SANI mahasiswa pasca sarjana (S2) Ilmu Kedokteran Tropis Universitas Airlangga Surabaya angkatan 2004/2005. Saya akan melakukan penelitian tentang “ Hubungan Faktor Pelayanan Kesehatan terhadap Kepatuhan Berobat Tuberkulosis Paru di Kabupaten Sampang”. Penelitian ini sangat bermanfaat dalam membantu menekan dan memberantas penyebaran penularan penyakit Tuberkulosis Paru.

Untuk itu kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi/menjawab pertanyaan pewawancara dibawah ini secara jujur, terbuka dan apa adanya sesuai dengan yang Bapak/Ibu ketahui dan alami. Selain itu identitas Bapak/Ibu benar-benar kami lindungi.

Atas partisipasi dan ketulusan Bapak/Ibu dalam memberikan jawaban, kami ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Hormat

Peneliti

ASRUL SANI

Lampiran 2

Nomor Responden			
-----------------	--	--	--

KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN FAKTOR PENDERITA DAN PELAYANAN KESEHATAN
TERHADAP KEPATUHAN BEROBAT TUBERKULOSIS PARU
DI KABUPATEN SAMPANG TAHUN 2004

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, 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
(.....)	(.....)	(.....)
Tgl koreksi kuesioner :, yang mengoreksi.....		
Tgl data entry :, yang entry data		

I. IDENTITAS RESPONDEN

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan menuliskan jawabannya pada kolom yang tersedia.

1. Nomor Responden : _____ (Jangan diisi)
2. Nama Responden : _____
3. Alamat Responden : _____
4. Tanggal wawancara : _____
5. Tanggal mulai mengikuti program pengobatan : _____ Kategori
6. Nama Pengawas Minum Obat : _____

II. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Umur : Tahun.
2. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki
2. Perempuan
3. Pendidikan : 1. Tidak pernah sekolah
2. Tidak tamat SD
3. Tamat SD
4. Tamat SLTP
5. Tamat SMU
6. Tamat Akademi/PT
4. Pekerjaan : 1. Tidak bekerja
2. Petani
3. Buruh Tani
4. Nelayan
5. Pedagang
6. PNS
7. Pegawai swasta
8. ABRI
9. PNS
10. Pensiunan
11. Lainnya, sebutkan

Berilah Tanda silang (X) pada pertanyaan dibawah ini yang menurut saudara benar.

No	PERTANYAAN	Jawaban
1	Apakah saudara tahu, penyakit apa yang saudara derita sebelum ini. Apa nama penyakit yang saudara alami : a. Batuk sesak b. TBC c. Asma d. Sakit paru e. Tidak tahu f. Lain-lain	
2	Siapa yang memberitahu nama penyakit tersebut ? a. Petugas kesehatan b. Tahu sendiri c. Keluarga d. Tetangga/teman e. Lain-lain	
3	Menurut saudara, apa penyebab penyakit TBC..? a. Kutukan b. Keturunan c. Guna guna d. Kuman/basil e. Tidak Tahu f. Lain-lain, sebutkan.....	
4	Apa saja gejala-gejala penyakit TBC Paru yang anda ketahui....?(jawaban boleh lebih dari 1) a. Batuk terus menerus selama 3 minggu atau lebih b. Batuk darah c. Sesak nafas dan nyeri dada d. Napsu makan berkurang dan berat badan menurun e. Sering berkeringat malam hari walau tanpa melakukan aktifitas	
5	Menurut saudara, apakah penyakit TB Paru dapat menulari orang lain: a. Ya. b. Tidak (lanjut ke No. 7)	
6	Jika ya, bagaimana cara penularan penyakit TB Paru..? a. Keturunan b. Melalui makanan dan minuman c. Melalui udara d. Melalui barang-barang bekas yang digunakan penderita e. Tidak tahu f. Lain-lain, sebutkan.....	
7	Bagaimana cara mengetahui bahwa seseorang menderita TB Paru.....? (Jawaban lebih dari satu) TBC a. Pemeriksaan Dahak b. Pemeriks. foto rontgen dada c. Mantoux test d. Terdapat tanda penyakit e. Reaksi cepat BCG	

8	<p>Kemanakah saudara pertamakali berobat TB Paru berobat (jawaban boleh lebih dari 1)</p> <p>a. Puskesmas d. Poliklinik b. Rumah sakit e. Dokter praktik c. BP4 (Balai Pengobatan Penyakit Paru) f. Tabib</p>	
9	<p>Sebutkan efek samping yang bisa ditimbulkan oleh Obat TB Paru ?</p> <p>a. Mual/muntah d. Kesemutan pada kaki b. Gatal dan kemerahan pada kulit e. Gangguan penglihatan c. Warna kemerahan pada air kencing</p>	<input type="checkbox"/>
10	<p>Tujuan pengobatan TBC Paru adalah (jawaban boleh lebih dari 1):</p> <p>a. Menyembuhkan penderita b. Mencegah kekambuhan c. Mencegah kematian d. Mencegah penularan e. Membebaskan masyarakat dari penyakit TB Paru</p>	<input type="checkbox"/>
11	<p>Berapa lama pengobatan TB Paru.</p> <p>a. 2 bulan d. 2 – 5 bulan b. 1 tahun e. 6 – 8 bulan c. Tidak tahu</p>	<input type="checkbox"/>
12	<p>Menurut saudara penyakit TB Paru bisa disembuhkan</p> <p>a. Bisa c. Tidak tahu b. Tidak dapat sembuh</p>	<input type="checkbox"/>
13	<p>Menurut Anda, seseorang dikatakan sembuh dari penyakit TB paru jika.</p> <p>a. Sudah terasa Nyaman b. Dinyatakan sembuh oleh petugas kesehatan/ dokter c. Tidak batuk d. Badan terasa gemuk</p>	<input type="checkbox"/>
14	<p>Menurut anda berapa kali diambil dahaknya untuk sekali pemeriksaan...?</p> <p>a. 1 kali saat datang b. 2. kali (pagi dan saat datang) c. 13 kali (Sewaktu periksa, besok pagi dan besok saat periksa ulang)</p>	<input type="checkbox"/>
15	<p>Selama pengobatan sebaiknya memeriksakan dahaknya berapa kali.....?</p> <p>a. 1 kali setelah 2 bulan berobat b. kali setelah pengobatan selesai c. 2. kali pada 2 bulan pertama pengobatan dan akhir</p>	<input type="checkbox"/>

	<p>pengobatan</p> <p>d. 3. Kali pada akhir bulan ke 2, 5 dan akhir pengobatan</p> <p>e. Tidak tahu</p>	
16	<p>Bagaimana Bapak/Ibu mengetahui ibu menderita gejala TBC ?</p> <p>a. Batuk 3 minggu tak sembuh sembuh</p> <p>b. Batuk/muntah darah</p> <p>c. Berat badan turun</p> <p>d. Berkeringat dingin pada malam hari walaupun tanpa aktifitas</p> <p>e. Nyeri dada</p>	<input type="checkbox"/>
17	<p>Apakah Bapak/ibu mengalami hal-hal ini (efek samping) selama program pengobatan :</p> <p>‘a. Mual/Muntah</p> <p>‘b. Sakit kepala</p> <p>‘c. Gatal dan kemerahan pada kulit</p> <p>‘d. Kesemutan pada kaki</p> <p>e. Gangguan penglihatan</p>	<input type="checkbox"/>
18	<p>Apakah Bapak/Ibu sehari hari dirumah ?</p> <p>‘a. 3 hari dirumah</p> <p>‘b. Sabtu minggu dirumah</p> <p>‘c. Tiap-hari dirumah</p> <p>‘d. Kadang kadang keluar kota</p>	<input type="checkbox"/>

IV. ASPEK SIKAP

Berikan tanda silang (X), pada pertanyaan dibawah ini yang menurut saudara benar.

Keterangan :

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Walaupun obat OAT rasanya tidak enak tapi dapat menyembuhkan penyakit paru paru				
2	Jika ingin sembuh dari penyakit TBC maka minum OAT harus tepat dosis/jumlahnya.				
3	Minum obat OAT cukup 2 bulan saja yang penting kondisi semakin baik				
4	Minum obat 2 bulan pertama tidak perlu dihadapan petugas/PMO				
5	Jika tidak ada PMO saya tidak akan minum obat				
6	Minum OAT yang baik sebaiknya tepat waktu				
7	Efek samping obat TBC tidak sama pada masing2 orang.				
8	Saya akan menghentikan pengobatan jika mengalami efek samping				
9	Jika saya mengalami efek samping saya akan berkonsultasi dengan dokter/tenaga kesehatan				
10	Saya akan berhenti minum obat jika badan terasa nyaman				
11	Setelah minum obat selama pengobatan selesai tidak perlu memeriksakan dahak				
12	Penyakit TB Paru sebaiknya diobati sampai sembuh agar tidak menulari orang lain				
13	Setelah selesai minum obat selama 6 – 8 bulan tidak perlu periksa dahak karena tidak ada manfaatnya.				

ASPEK PERILAKU

No	Pertanyaan	Ya	Tidak	Ket
1.	Apakah ada di keluarga saudara yang menderita penyakit yang sama dengan anda (TBC)			
2.	Pertamakali anda mengetahui sakit TBC dari Petugas kesehatan ?			
3.	Pada 2 bulan pertama anda minum obat 7 butir tiap hari			

4.	Sesudah berobat 2 bulan apakah anda minum obat tiap 3 kali seminggu			
5.	Setelah berobat 2 bulan apakah anda memeriksa dahak ke puskesmas			

ASPEK PELAYANAN KESEHATAN

Penyuluhan (Komunikasi Interpersonal)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah saudara ditanya petugas tentang keluhan yang dirasakan.		
2	Apakah saudara ditanya perubahan yang terjadi setelah minum obat		
3	Apakah Saudara disuruh minum obat sampai habis walaupun saudara merasa nyaman.		
4	Apakah petugas menyampaikan cara minum obat		
5	Apakah petugas menyampaikan efek samping yang mungkin dialami penderita		
6	Apakah petugas menyampaikan jadwal pemeriksaan dahak untuk sekali pemeriksaan		
7	Apakah petugas menyampaikan berapa kali penderita harus periksa dahak selama pengobatan		
8	Apakah anda pernah dimarahi (gigit) petugas karena terlambat periksa atau kontrol.		

ASPEK PENDERITA : No .1, 2, 3.

ASPEK PELAYANAN KESEHATAN : No 4 - 12

No	Pertanyaan	jawab
1	MOBILITAS Berapakah kali saudara pergi keluar kota dalam 1 minggu : a. 1 kali b. 2 kali c. 3 kali d. lebih dari 3 kali e. Jarang sekali	
2	DERAJAD PENYAKIT Pada saat pertamakali sakit TB gejala apa yang saudara alami a. Berkeringat dingin pada malam hari b. Berat badan turun drastis c. Batuk lebih dari 3minggu d. Batuk darah e. Sering pusing	
3	EFEK SAMPING Selama menjalani masa pengobatan, keluhan apa yang saudara rasakan? a. Rasa tidak enak b. Gangguan penglihatan c. Kesemutan pada kaki d. Mual/muntah e. Sakit Kepala f. Kemerahan Pada kulit g. tidak ada keluhan seperti diatas	<input type="checkbox"/>
4	AKSES Berapa jauh jarak antara rumah Saudara dengan Puskesmas ? a. kurang dari 3 km b. 3 kilometer atau lebih	<input type="checkbox"/>
5	Berapa jarak rumah saudara dengan tempat memeriksa dahak ? a. < 3 kilometer b. 3 – 5 kilometer c. lebih dari 5 kilometer	<input type="checkbox"/>
6	Dimana Saudara mengambil obat a. Puskesmas b. Polindes c. Pustu d. Kader kesehatan e. Diambilkan orang lain	
7	Berapa jarak antara rumah dengan tempat mengambil obat a. < 3 kilometer b. 3 – 5 kilo c. Lebih dari 5 kilometer	
8	Menurut Saudara biaya pemeriksaan dahak bagaimana ? a. Mahal dan memberatkan b. tidak memberatkan	
9	Menurut Saudara waktu yang diperlukan untuk pemeriksaan dahak bagaimana ? a. Memberatkan (menyita waktu) b. Tidak memberatkan (tak menyita waktu)	
10	KETERSEDIAAN OBAT Saat Mengambil obat ke unit pelayanan apakah tersedia : a. selalu menerima obat sesuai kebutuhan tiap waktu b. Kadang kadang obat tidak diberikan tapi dijanjikan c. Tidak tersedia	
11	KETERSEDIAAN PMO Apakah saudara tahu tentang PMO a. Ya b. tidak	
12	Jika Ya.. siapakah yang menjadi PMO saudara ? a. Suami/istri b. Anak/menantu c. Petugas kesehatan/bidan d. Tidak ada e. Petugas Puskesmas f. Tetangga g. Tokoh masyarakat	

Form Observasi sarana pemeriksaan

No	Nama sarana	Jumlah	Kebutuhan	Kondisi	Keterangan	
1	Mikroskop Binokuler		1			
	Spare parts		1 paket			
	Tempat penyimpanan		1			
2	Bahan Habis pakai					
	Sputum Pot		36 x perkiraan BTA +			
	Kaca sediaan		36 x perkiraan BTA +			
	Larutan ziehl Neelsen		Kaca sediaan x 3 cc tiap jenis larutan pewarna			
	Asam alkohol pro analisis		Kaca sediaan x 5cc			
	Kertas pembersih lensa mikroskop		1 boX			
	Formulir pencatatan dan pelaporan		1 paket			
3	BAHAN TIDAK HABIS PAKAI					
	Slide box		1			
	Rak pewarna dan pengering		1			
	Lampu spiritus		1			
	Ose		1			
	Botol plastik bercorong pipet		1			

1. Puskesmas PRM/PPM harus memiliki minimal 1 mikroskop binokuler (Depkes, 2002hal. 123)

rumur * pengobatan lengkap**Crosstab**

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
rumur	15-40-th	Count	19	28	47
		% within pengobatan lengkap	44.2%	65.1%	54.7%
		% of Total	22.1%	32.6%	54.7%
	41-75th	Count	24	15	39
		% within pengobatan lengkap	55.8%	34.9%	45.3%
		% of Total	27.9%	17.4%	45.3%
Total	Count	43	43	86	
	% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.800 ^b	1	.051		
Continuity Correction ^a	3.003	1	.083		
Likelihood Ratio	3.830	1	.050		
Fisher's Exact Test				.083	.041
Linear-by-Linear Association	3.756	1	.053		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.50.

2 jenis klmn

jeniskelamin * pengobatan lengkap**Crosstab**

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
jeniskelamin	perempuan	Count	19	16	35
		% within pengobatan lengkap	44.2%	37.2%	40.7%
		% of Total	22.1%	18.6%	40.7%
	laki-laki	Count	24	27	51
		% within pengobatan lengkap	55.8%	62.8%	59.3%
		% of Total	27.9%	31.4%	59.3%
	Total	Count	43	43	86
		% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.434 ^b	1	.510		
Continuity Correction ^a	.193	1	.661		
Likelihood Ratio	.434	1	.510		
Fisher's Exact Test				.661	.330
Linear-by-Linear Association	.429	1	.513		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.50.

3.pendidikan Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
rpendidikan * pengobatan lengkap	86	100.0%	0	.0%	86	100.0%

rpendidikan * pengobatan lengkap Crosstabulation

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
rpendidikan	amatSDkeatas	Count	20	26	46
		% within pengobatan lengkap	46.5%	60.5%	53.5%
		% of Total	23.3%	30.2%	53.5%
	taksekolah-ktmatSD	Count	23	17	40
		% within pengobatan lengkap	53.5%	39.5%	46.5%
		% of Total	26.7%	19.8%	46.5%
Total		Count	43	43	86
		% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.683 ^b	1	.195		
Continuity Correction ^a	1.168	1	.280		
Likelihood Ratio	1.688	1	.194		
Fisher's Exact Test				.280	.140
Linear-by-Linear Association	1.663	1	.197		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20.00.

berdasarkan hsl uji c square

4pekerjaan

rpekerjaan * pengobatan lengkap

Crosstab

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
rpekerjaan	tidak bekerja	Count	19	10	29
		% within pengobatan lengkap	44.2%	23.3%	33.7%
		% of Total	22.1%	11.6%	33.7%
	bekerja	Count	24	33	57
		% within pengobatan lengkap	55.8%	76.7%	66.3%
		% of Total	27.9%	38.4%	66.3%
Total	Count	43	43	86	
	% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.214 ^b	1	.040		
Continuity Correction ^a	3.330	1	.068		
Likelihood Ratio	4.267	1	.039		
Fisher's Exact Test				.067	.034
Linear-by-Linear Association	4.165	1	.041		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.50.

5 pengetahuan

kriteriatahu * pengobatan lengkap

Crosstab

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
kriteriatahu	baik	Count	9	18	27
		% within pengobatan lengkap	20.9%	41.9%	31.4%
		% of Total	10.5%	20.9%	31.4%
	sedang	Count	6	9	15
		% within pengobatan lengkap	14.0%	20.9%	17.4%
		% of Total	7.0%	10.5%	17.4%
	kurang	Count	28	16	44
		% within pengobatan lengkap	65.1%	37.2%	51.2%
		% of Total	32.6%	18.6%	51.2%
Total	Count	43	43	86	
	% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.873 ^a	2	.032
Likelihood Ratio	6.977	2	.031
Linear-by-Linear Association	6.444	1	.011
N of Valid Cases	86		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.50.

6.sikap kriteriasikap * pengobatan lengkap

Crosstab

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
kriteriasikap	baik	Count	11	27	38
		% within pengobatan lengkap	25.6%	62.8%	44.2%
		% of Total	12.8%	31.4%	44.2%
	sedang	Count	28	16	44
		% within pengobatan lengkap	65.1%	37.2%	51.2%
		% of Total	32.6%	18.6%	51.2%
	kurang	Count	4		4
		% within pengobatan lengkap	9.3%		4.7%
		% of Total	4.7%		4.7%
Total	Count	43	43	86	
	% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.010 ^a	2	.001
Likelihood Ratio	15.811	2	.000
Linear-by-Linear Association	13.844	1	.000
N of Valid Cases	86		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.00.

7 mobilitas rmobil * pengobatan lengkap

Crosstab

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
rmobil	rendah	Count	39	42	81
		% within pengobatan lengkap	90.7%	97.7%	94.2%
		% of Total	45.3%	48.8%	94.2%
	tinggi-sedang	Count	4	1	5
		% within pengobatan lengkap	9.3%	2.3%	5.8%
		% of Total	4.7%	1.2%	5.8%
	Total	Count	43	43	86
		% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.911 ^b	1	.167		
Continuity Correction ^a	.849	1	.357		
Likelihood Ratio	2.039	1	.153		
Fisher's Exact Test				.360	.180
Linear-by-Linear Association	1.889	1	.169		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.50.

8 derajat sakit rderajatsakit * pengobatan lengkap

Crosstab

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
rderajatsakit	ringan	Count	17	17	34
		% within pengobatan lengkap	39.5%	39.5%	39.5%
		% of Total	19.8%	19.8%	39.5%
	berat	Count	26	26	52
		% within pengobatan lengkap	60.5%	60.5%	60.5%
		% of Total	30.2%	30.2%	60.5%
Total		Count	43	43	86
		% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.000 ^b	1	1.000		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.000	1	1.000		
Fisher's Exact Test				1.000	.587
Linear-by-Linear Association	.000	1	1.000		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.00.

9 efeksamping efeksampingobat * pengobatan lengkap

Crosstab

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
efeksampingobat	tidakada	Count	14	15	29
		% within pengobatan lengkap	32.6%	34.9%	33.7%
		% of Total	16.3%	17.4%	33.7%
	ada	Count	29	28	57
		% within pengobatan lengkap	67.4%	65.1%	66.3%
		% of Total	33.7%	32.6%	66.3%
Total	Count	43	43	86	
	% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.052 ^b	1	.820		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.052	1	.820		
Fisher's Exact Test				1.000	.500
Linear-by-Linear Association	.051	1	.821		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.50.

10 penyuluhan terima pesan penyuluhan rkpesan * pengobatan lengkap

Crosstab

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
rkpesan	diterimabaik	Count	23	30	53
		% within pengobatan lengkap	53.5%	69.8%	61.6%
		% of Total	26.7%	34.9%	61.6%
	kurang	Count	20	13	33
		% within pengobatan lengkap	46.5%	30.2%	38.4%
		% of Total	23.3%	15.1%	38.4%
Total	Count	43	43	86	
	% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.409 ^b	1	.121		
Continuity Correction ^a	1.770	1	.183		
Likelihood Ratio	2.423	1	.120		
Fisher's Exact Test				.183	.092
Linear-by-Linear Association	2.381	1	.123		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.50.

11 Akses Obat**raksesobat * pengobatan lengkap****Crosstab**

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
raksesobat	dekat	Count	15	12	27
		% within pengobatan lengkap	34.9%	27.9%	31.4%
		% of Total	17.4%	14.0%	31.4%
	sedang	Count	1	12	13
		% within pengobatan lengkap	2.3%	27.9%	15.1%
		% of Total	1.2%	14.0%	15.1%
	jauh	Count	27	19	46
		% within pengobatan lengkap	62.8%	44.2%	53.5%
		% of Total	31.4%	22.1%	53.5%
Total	Count	43	43	86	
	% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.032 ^a	2	.004
Likelihood Ratio	12.703	2	.002
Linear-by-Linear Association	.359	1	.549
N of Valid Cases	86		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.50.

aksespriksadahak * pengobatan lengkap**Crosstab**

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
aksespriksadahak	dekat	Count	5	8	13
		% within pengobatan lengkap	11.6%	18.6%	15.1%
		% of Total	5.8%	9.3%	15.1%
	sedang	Count	4	13	17
		% within pengobatan lengkap	9.3%	30.2%	19.8%
		% of Total	4.7%	15.1%	19.8%
	jauh	Count	34	22	56
		% within pengobatan lengkap	79.1%	51.2%	65.1%
		% of Total	39.5%	25.6%	65.1%
Total	Count	43	43	86	
	% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.028 ^a	2	.018
Likelihood Ratio	8.307	2	.016
Linear-by-Linear Association	4.682	1	.030
N of Valid Cases	86		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.50.

adapmo * pengobatan lengkap**Crosstab**

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
adapmo	ada	Count	24	29	53
		% within pengobatan lengkap	55.8%	67.4%	61.6%
		% of Total	27.9%	33.7%	61.6%
	tidakada	Count	19	14	33
		% within pengobatan lengkap	44.2%	32.6%	38.4%
		% of Total	22.1%	16.3%	38.4%
Total	Count	43	43	86	
	% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.229 ^b	1	.268		
Continuity Correction ^a	.787	1	.375		
Likelihood Ratio	1.233	1	.267		
Fisher's Exact Test				.375	.188
Linear-by-Linear Association	1.215	1	.270		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16.50.

Frequencies

Statistics

rjenispmo

N	Valid	86
	Missing	0

rjenispmo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keluarga	30	34.9	34.9	34.9
	petugas kesehatan	23	26.7	26.7	61.6
	tidak ada pmo	33	38.4	38.4	100.0
Total		86	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
rjenispmo * pengobatan lengkap	86	100.0%	0	.0%	86	100.0%

rjenispmo * pengobatan lengkap Crosstabulation

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
rjenispmo	keluarga	Count	18	12	30
		% within pengobatan lengkap	41.9%	27.9%	34.9%
		% of Total	20.9%	14.0%	34.9%
	petugas kesehatan	Count	6	17	23
		% within pengobatan lengkap	14.0%	39.5%	26.7%
		% of Total	7.0%	19.8%	26.7%
	tidak ada pmo	Count	19	14	33
		% within pengobatan lengkap	44.2%	32.6%	38.4%
		% of Total	22.1%	16.3%	38.4%
Total	Count	43	43	86	
	% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.218 ^a	2	.027
Likelihood Ratio	7.451	2	.024
Linear-by-Linear Association	.016	1	.900
N of Valid Cases	86		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.50.

beayapriksadahak * pengobatan lengkap**Crosstab**

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
beayapriksadahak	tidak	Count	24	32	56
		% within pengobatan lengkap	55.8%	74.4%	65.1%
		% of Total	27.9%	37.2%	65.1%
	memberatkan	Count	19	11	30
		% within pengobatan lengkap	44.2%	25.6%	34.9%
		% of Total	22.1%	12.8%	34.9%
	Total	Count	43	43	86
		% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.276 ^b	1	.070		
Continuity Correction ^a	2.508	1	.113		
Likelihood Ratio	3.306	1	.069		
Fisher's Exact Test				.113	.056
Linear-by-Linear Association	3.238	1	.072		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.00.

waktupriksadhk * pengobatan lengkap**Crosstab**

			pengobatan lengkap		Total
			lengkap	tidak lengkap	
waktupriksadhk	tidak	Count	20	31	51
		% within pengobatan lengkap	46.5%	72.1%	59.3%
		% of Total	23.3%	36.0%	59.3%
	memberatkan	Count	23	12	35
		% within pengobatan lengkap	53.5%	27.9%	40.7%
		% of Total	26.7%	14.0%	40.7%
Total	Count	43	43	86	
	% within pengobatan lengkap	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	50.0%	50.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.830 ^b	1	.016		
Continuity Correction ^a	4.818	1	.028		
Likelihood Ratio	5.908	1	.015		
Fisher's Exact Test				.028	.014
Linear-by-Linear Association	5.762	1	.016		
N of Valid Cases	86				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.50.

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
lengkap	0
tidak lengkap	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding	
			(1)	(2)
aksespriksadahak	dekat	13	1.000	.000
	sedang	17	.000	1.000
	jauh	56	.000	.000
rakesesobat	dekat	27	1.000	.000
	sedang	13	.000	1.000
	jauh	46	.000	.000
rjenispmo	keluarga	30	1.000	.000
	petugas kesehatan	23	.000	1.000
	tidak ada pmo	33	.000	.000
kriteriatahu	baik	27	1.000	.000
	sedang	15	.000	1.000
	kurang	44	.000	.000
kriteriasikap	baik	38	1.000	.000
	sedang	44	.000	1.000
	kurang	4	.000	.000
waktupriksadkh	tidak	51	1.000	
	memberatkan	35	.000	
rpekerjaan	tidak bekerja	29	1.000	
	bekerja	57	.000	
rkpesan	diterimabaik	53	1.000	
	kurang	33	.000	
beayapriksadahak	tidak	56	1.000	
	memberatkan	30	.000	
rumur	15-40-th	47	1.000	
	41-75th	39	.000	

Block 0: Beginning Block**Classification Table^{a,b}**

			Predicted		
			pengobatan lengkap		Percentage Correct
			lengkap	tidak lengkap	
Step 0	pengobatan lengkap	lengkap	0	43	.0
	lengkap	tidak lengkap	0	43	100.0
Overall Percentage					50.0

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	.000	.216	.000	1	1.000	1.000

Variables not in the Equation

Step	Variables		Score	df	Sig.
0	RK2UMUR(1)		3.800	1	.051
	RKERJA(1)		4.214	1	.040
	RTAHU		6.873	2	.032
	RTAHU(1)		4.373	1	.037
	RTAHU(2)		.727	1	.394
	RKSIPAK		14.010	2	.001
	RKSIPAK(1)		12.070	1	.001
	RKSIPAK(2)		6.701	1	.010
	RKPESAN(1)		2.409	1	.121
	RJENPMO		7.218	2	.027
	RJENPMO(1)		1.843	1	.175
	RJENPMO(2)		7.182	1	.007
	RAKSESOB		11.032	2	.004
	RAKSESOB(1)		.486	1	.486
	RAKSESOB(2)		10.965	1	.001
	RAKSDAHA		8.028	2	.018
	RAKSDAHA(1)		.816	1	.366
	RAKSDAHA(2)		5.939	1	.015
	RBIAYAPR(1)		3.276	1	.070
	RWAKTUPR(1)		5.830	1	.016
Overall Statistics			34.332	15	.003

Block 1: Method = Forward Stepwise (Likelihood Ratio)

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	15.805	2	.000
	Block	15.805	2	.000
	Model	15.805	2	.000
Step 2	Step	8.942	2	.011
	Block	24.748	4	.000
	Model	24.748	4	.000
Step 3	Step	9.916	2	.007
	Block	34.664	6	.000
	Model	34.664	6	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	103.416	.168	.224
2	94.474	.250	.333
3	84.558	.332	.442

Classification Table^a

Observed			Predicted		
			pengobatan lengkap		Percentage Correct
			lengkap	tidak lengkap	
Step 1	pengobatan lengkap	lengkap	32	11	74.4
	lengkap	tidak lengkap	16	27	62.8
	Overall Percentage				68.6
Step 2	pengobatan lengkap	lengkap	31	12	72.1
	lengkap	tidak lengkap	13	30	69.8
	Overall Percentage				70.9
Step 3	pengobatan lengkap	lengkap	33	10	76.7
	lengkap	tidak lengkap	12	31	72.1
	Overall Percentage				74.4

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 a	RKSIPAK			9.551	2	.008			
	RKSIPAK(1)	8.100	18.332	.195	1	.659	3293.341	.000	1.3E+19
	RKSIPAK(2)	6.642	18.331	.131	1	.717	766.704	.000	3.1E+18
	Constant	-7.202	18.328	.154	1	.694	.001		
Step 2 b	RKSIPAK			7.090	2	.029			
	RKSIPAK(1)	8.778	30.196	.085	1	.771	5490.600	.000	3.3E+29
	RKSIPAK(2)	7.452	30.195	.061	1	.805	1723.631	.000	8.7E+28
	RAKSESOB			5.433	2	.066			
	RAKSESOB(1)	.172	.530	.105	1	.746	1.187	.420	3.357
	RAKSESOB(2)	2.576	1.106	5.426	1	.020	13.148	1.505	114.887
	Constant	-8.291	30.195	.075	1	.784	.000		
Step 3 c	RKSIPAK			5.343	2	.069			
	RKSIPAK(1)	8.426	29.806	.080	1	.777	4565.685	.000	1.1E+29
	RKSIPAK(2)	7.142	29.804	.057	1	.811	1264.571	.000	3.0E+28
	RJENPMO			8.286	2	.016			
	RJENPMO(1)	-1.234	.692	3.178	1	.075	.291	.075	1.130
	RJENPMO(2)	1.143	.715	2.555	1	.110	3.135	.772	12.731
	RAKSESOB			8.441	2	.015			
	RAKSESOB(1)	-.591	.640	.850	1	.356	.554	.158	1.944
	RAKSESOB(2)	3.155	1.186	7.079	1	.008	23.464	2.295	239.854
	Constant	-7.664	29.803	.066	1	.797	.000		

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

b. Variable(s) entered on step 2: RAKSESOB.

c. Variable(s) entered on step 3: RJENPMO.

Model if Term Removed

Variable		Model Log Likelihood	Change in -2 Log Likelihood	df	Sig. of the Change
Step 1	RKSIPAK	-59.611	15.805	2	.000
Step 2	RKSIPAK	-53.259	12.044	2	.002
	RAKSESOB	-51.708	8.942	2	.011
Step 3	RKSIPAK	-46.589	8.621	2	.013
	RJENPMO	-47.237	9.916	2	.007
	RAKSESOB	-49.266	13.975	2	.001

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 1	Variables	RK2UMUR(1)	2.049	1	.152
		RKERJA(1)	2.752	1	.097
		RTAHU	1.201	2	.548
		RTAHU(1)	.467	1	.494
		RTAHU(2)	.254	1	.615
		RKPESAN(1)	.780	1	.377
		RJENPMO	4.792	2	.091
		RJENPMO(1)	2.819	1	.093
		RJENPMO(2)	4.111	1	.043
		RAKSESOB	7.753	2	.021
		RAKSESOB(1)	.216	1	.642
		RAKSESOB(2)	7.643	1	.006
		RAKSDAHA	6.395	2	.041
		RAKSDAHA(1)	.662	1	.416
		RAKSDAHA(2)	4.667	1	.031
		RBIAYAPR(1)	1.355	1	.244
		RWAKTUPR(1)	2.872	1	.090
	Overall Statistics		23.688	13	.034
Step 2	Variables	RK2UMUR(1)	.457	1	.499
		RKERJA(1)	2.148	1	.143
		RTAHU	2.132	2	.344
		RTAHU(1)	.565	1	.452
		RTAHU(2)	.629	1	.428
		RKPESAN(1)	.044	1	.834
		RJENPMO	9.313	2	.010
		RJENPMO(1)	6.867	1	.009
		RJENPMO(2)	6.261	1	.012
		RAKSDAHA	1.497	2	.473
		RAKSDAHA(1)	1.384	1	.239
		RAKSDAHA(2)	.000	1	.987
		RBIAYAPR(1)	.563	1	.453
		RWAKTUPR(1)	2.762	1	.097
	Overall Statistics		15.636	11	.155
Step 3	Variables	RK2UMUR(1)	.146	1	.702
		RKERJA(1)	1.840	1	.175
		RTAHU	1.615	2	.446
		RTAHU(1)	.001	1	.976
		RTAHU(2)	1.390	1	.238
		RKPESAN(1)	.417	1	.519
		RAKSDAHA	3.903	2	.142
		RAKSDAHA(1)	3.408	1	.065
		RAKSDAHA(2)	.030	1	.862
		RBIAYAPR(1)	.123	1	.726
		RWAKTUPR(1)	.256	1	.613
	Overall Statistics		7.702	9	.564

Berdasarkan hasil diatas tidak signifikan karena terlalu banyak variabel dan kategorinya juga banyak

Maka

XXXXXX

setelah akses periksa dahak, akses obat, pengetahuan, sikap dibuat 2 kategori hasilnya sbb:

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
lengkap	0
tidak lengkap	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding	
			(1)	(2)
rjenispmo	keluarga	30	1.000	.000
	petugas kesehatan	23	.000	1.000
	tidak ada pmo	33	.000	.000
waktupriksadhk	tidak	51	1.000	
	memberatkan	35	.000	
rpekerjaan	tidak bekerja	29	1.000	
	bekerja	57	.000	
rtahu2kat	baik	27	1.000	
	kurang	59	.000	
rsikap2kat	baik	38	1.000	
	kurang	48	.000	
rkpesan	diterima baik	53	1.000	
	kurang	33	.000	
rdahak2kat	dekat	30	1.000	
	jauh	56	.000	
beayapriksadahak	tidak	56	1.000	
	memberatkan	30	.000	
rakobat2kat	dekat	40	1.000	
	jauh	46	.000	
Umur	0	39	1.000	
	1	47	.000	

Block 0: Beginning Block**Classification Table^{a,b}**

Observed			Predicted		
			pengobatan lengkap		Percentage Correct
			lengkap	tidak lengkap	
Step 0	pengobatan lengkap	lengkap	0	43	.0
	lengkap	tidak lengkap	0	43	100.0
Overall Percentage					50.0

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	.000	.216	.000	1	1.000	1.000

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	K2UMUR(1)	3.800	1	.051
	RKERJA(1)	4.214	1	.040
	RTAHU2KA(1)	4.373	1	.037
	RSIKAP2K(1)	12.070	1	.001
	RKPESAN(1)	2.409	1	.121
	RADAHAK2(1)	7.371	1	.007
	RAOBAT2(1)	2.991	1	.084
	RJENPMO	7.218	2	.027
	RJENPMO(1)	1.843	1	.175
	RJENPMO(2)	7.182	1	.007
	RBIAYAPR(1)	3.276	1	.070
	RWAKTUPR(1)	5.830	1	.016
Overall Statistics		28.312	11	.003

Block 1: Method = Forward Stepwise (Likelihood Ratio)

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	12.388	1	.000
	Block	12.388	1	.000
	Model	12.388	1	.000
Step 2	Step	6.036	1	.014
	Block	18.425	2	.000
	Model	18.425	2	.000
Step 3	Step	6.463	2	.039
	Block	24.888	4	.000
	Model	24.888	4	.000
Step 4	Step	5.394	1	.020
	Block	30.282	5	.000
	Model	30.282	5	.000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	106.833	.134	.179
2	100.797	.193	.257
3	94.334	.251	.335
4	88.940	.297	.396

Classification Table^a

			Predicted		
			pengobatan lengkap		Percentage Correct
			lengkap	tidak lengkap	
Step 1	pengobatan lengkap	lengkap	32	11	74.4
		tidak lengkap	16	27	62.8
	Overall Percentage				68.6
Step 2	pengobatan lengkap	lengkap	25	18	58.1
		tidak lengkap	9	34	79.1
	Overall Percentage				68.6
Step 3	pengobatan lengkap	lengkap	32	11	74.4
		tidak lengkap	15	28	65.1
	Overall Percentage				69.8
Step 4	pengobatan lengkap	lengkap	29	14	67.4
		tidak lengkap	11	32	74.4
	Overall Percentage				70.9

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	RSIKAP2K(1)	1.591	.471	11.419	1	.001	4.909	1.951	12.353
	Constant	-.693	.306	5.125	1	.024	.500		
Step 2	RSIKAP2K(1)	1.556	.489	10.117	1	.001	4.738	1.817	12.356
	RADAHAK2(1)	1.235	.516	5.715	1	.017	3.437	1.249	9.456
	Constant	-1.096	.367	8.926	1	.003	.334		
Step 3	RSIKAP2K(1)	1.451	.521	7.748	1	.005	4.265	1.536	11.845
	RADAHAK2(1)	1.398	.540	6.698	1	.010	4.047	1.404	11.667
	RJENPMO			5.928	2	.052			
	RJENPMO(1)	-.398	.592	.452	1	.501	.672	.211	2.142
	RJENPMO(2)	1.205	.664	3.300	1	.069	3.338	.909	12.256
	Constant	-1.282	.477	7.214	1	.007	.278		
Step 4	RKERJA(1)	-1.306	.588	4.933	1	.026	.271	.086	.858
	RSIKAP2K(1)	1.370	.546	6.287	1	.012	3.936	1.349	11.486
	RADAHAK2(1)	1.480	.559	7.024	1	.008	4.394	1.471	13.132
	RJENPMO			7.503	2	.023			
	RJENPMO(1)	-.495	.617	.644	1	.422	.610	.182	2.041
	RJENPMO(2)	1.444	.701	4.247	1	.039	4.239	1.073	16.740
	Constant	-.859	.506	2.887	1	.089	.424		

- a. Variable(s) entered on step 1: RSIKAP2K.
 b. Variable(s) entered on step 2: RADAHAK2.
 c. Variable(s) entered on step 3: RJENPMO.
 d. Variable(s) entered on step 4: RKERJA.

Model if Term Removed

Variable		Model Log Likelihood	Change in -2 Log Likelihood	df	Sig. of the Change
Step 1	RSIKAP2K	-59.611	12.388	1	.000
Step 2	RSIKAP2K	-55.846	10.896	1	.001
	RADAHAK2	-53.417	6.036	1	.014
Step 3	RSIKAP2K	-51.265	8.196	1	.004
	RADAHAK2	-50.757	7.180	1	.007
	RJENPMO	-50.398	6.463	2	.039
Step 4	RKERJA	-47.167	5.394	1	.020
	RSIKAP2K	-47.760	6.580	1	.010
	RADAHAK2	-48.267	7.594	1	.006
	RJENPMO	-48.728	8.516	2	.014