



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS PEMBERIAN INTERVENSI PENDIDIKAN  
KESEHATAN TERHADAP KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT  
ANTI TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS KECAMATAN  
CIMANGGIS KOTA DEPOK**

**SKRIPSI**

**STEVANIE HERMINE  
0806398745**

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
PROGRAM STUDI FARMASI  
DEPOK  
JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS PEMBERIAN INTERVENSI PENDIDIKAN  
KESEHATAN TERHADAP KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT  
ANTI TUBERKULOSIS DI PUSKESMAS KECAMATAN  
CIMANGGIS KOTA DEPOK**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana farmasi**

**STEVANIE HERMINE  
0806398745**

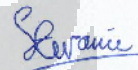
**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
PROGRAM STUDI FARMASI  
DEPOK  
JULI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 10 Juli 2012



Stevanie Hermine

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Stevanie Hermine

NPM : 0806398745

Tanda Tangan : 

Tanggal : 10 Juli 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Stevanie Hermine  
NPM : 0806398745  
Program Studi : Sarjana Farmasi  
Judul Skripsi : Analisis Pemberian Intervensi Pendidikan Kesehatan Terhadap Kepatuhan Penggunaan Obat Anti Tuberkulosis di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Farmasi pada Program Studi Sarjana Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Indonesia

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dra. Retnosari Andrajati M.S., Ph.D., Apt. (.....)

Pembimbing II : Santi Purna Sari, M.Si, Apt. (.....)

Penguji I : Dr. Rani Sauriasari, M.Sc., Ph.D., Apt. (.....)

Penguji II : Dra. Juheini Amin, M.S (.....)

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 10 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yesus Kristus sumber segala pengetahuan, karena atas berkat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dari berbagai pihak, sangatlah sulit menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, dengan rendah hati, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Yahdiana Harahap, M.S., Apt. selaku Ketua Departemen Farmasi atas bimbingannya selama ini.
2. Ibu Dra. Retnosari Andrajati, M.S., Ph.D., Apt. selaku pembimbing I yang dengan sabar mengajarkan arti kejujuran, kerja keras, kasih pada sesama, dan telah menyediakan waktu, tenaga, serta pikiran untuk membimbing saya dari awal penelitian hingga tersusunnya skripsi ini.
3. Ibu Santi Purna Sari, M.Si., Apt. selaku pembimbing II yang dengan sabar mengajarkan ketelitian, usaha, dan kegigihan serta memberikan masukan juga semangat untuk membimbing saya dalam penyusunan skripsi ini.
4. Ibu Dr. Berna Elya, Apt., M.Si. selaku Pembimbing Akademik yang dengan sabar memperhatikan dan membimbing perkembangan akademik selama ini
5. Bapak Drs. Umar Mansur, M.Sc. atas bimbingan akademik yang, dengan sabar, pernah beliau berikan baik dalam bentuk perhatian, bimbingan, dan saran yang membangun.
6. Ibu Dra. Azizahwati, M.S., Apt. selaku evaluator yang dengan bijaksana memberikan usulan yang membangun dan insipratif dalam penyusunan skripsi ini.
7. Seluruh staf pengajar Departemen Farmasi FMIPA UI, yang dengan sepenuh kasih mengajarkan ilmu dan membagikan pengalaman hidup selama 4 tahun ini.
8. Kepala dan seluruh staf Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Depok beserta staf umum yang memberikan banyak bantuan serta data informatif bagi penelitian ini.
9. Bapak dr.H.Hendrik Alamsyah selaku Kepala Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok, Ibu Endang Sarwosih selaku penganggung jawab PPM TB, dan Bapak Suarno, SKM selaku Kepala Sub Bagian Tata Usaha beserta staf atas segala kemudahan dan dukungan dalam berlangsungnya penelitian.

10. Papa, Mama, Wemmie, dan Arnold, keluargaku tersayang, yang mengajarkan untuk selalu mengandalkan Tuhan dan dengan sepenuh kasih mendoakan serta mendukung berlangsungnya penelitian dari awal hingga saat ini.
11. dr. Ekaprana Aditya Sutan yang telah mengajarkan ketekunan, kepercayaan diri untuk menulis dan berpendapat serta atas bimbingan, dukungan, kasih, dan segala bentuk perhatian yang diberikan dalam masa-masa penelitian.
12. Herma, Fista, Fara, Iren, Febby, Pihan, dan Kak Adit sebagai rekan-rekan penelitian yang sangat mendukung, membantu, mendampingi, dan menenangkan serta tempat berbagi suka duka dalam penelitian.
13. Sahabat-sahabatku, Natalia, Yurika, Evelina, Febriyanti, Gladis, Ester, dan Cyntian yang telah mengajarkan persahabatan, kebersamaan, ketabahan, semangat, dan ketegaran dalam menjalani masa-masa perkuliahan serta teman-teman Farmasi angkatan 2008 yang telah memberikan semangat, bantuan, dan dukungan selama empat tahun bersama
14. Seluruh pasien tuberkulosis Puskesmas Kecamatan Cimanggis atas doa dan kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan nama nya satu per satu segala bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis selama penelitian ini.

Akhir kata, saya berharap kiranya Tuhan Yesus Kristus berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini dapat menjadi berkat dan membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis,  
2012

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Stevanie Hermine  
NPM : 0806398745  
Program Studi : Sarjana Farmasi  
Departemen : Farmasi  
Fakultas : Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam  
Jenis karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

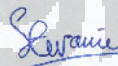
Analisis Pemberian Intervensi Pendidikan Kesehatan Terhadap Kepatuhan Penggunaan Obat Anti Tuberkulosis di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok Tahun 2012

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 10 Juli 2012

Yang menyatakan



( Stevanie Hermine )



## ABSTRAK

Nama : Stevanie Hermine  
Program Studi : Farmasi  
Judul : Analisis Pemberian Intervensi Pendidikan Kesehatan Terhadap Kepatuhan Penggunaan Obat Anti Tuberkulosis di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Penyakit Tuberkulosis (TB) memerlukan penggunaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) minimal 6 bulan. Kepatuhan pasien dalam menggunakan OAT merupakan kunci keberhasilan terapi penyakit ini. Penelitian ini bertujuan membandingkan efek pemberian intervensi pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan penggunaan OAT pada pasien TB di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Pasien yang bersedia menjadi responden penelitian dibagi menjadi dua kelompok perlakuan. Kelompok satu terdiri dari 34 pasien yang menerima intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet. Kelompok dua terdiri dari 32 pasien yang menerima intervensi berupa kombinasi leaflet dan ceramah. Tingkat kepatuhan responden diukur menggunakan kuesioner *Morisky scale* sebelum dan sesudah pemberian intervensi. Berdasarkan analisis hasil uji Wilcoxon, kelompok perlakuan satu tidak menunjukkan perubahan kepatuhan yang bermakna secara statistik ( $p=0,089$ ) namun terlihat adanya arah peningkatan status kepatuhan ( $p=0,044$ ). Sedangkan kelompok perlakuan dua menunjukkan arah peningkatan kepatuhan ( $p=0,002$ ) penggunaan OAT yang bermakna ( $p=0,004$ ). Kedua kelompok bersifat setara secara statistik jika tidak memperhitungkan keberagaman jenis kelamin dan pekerjaan responden. Oleh karena itu, dapat disimpulkan pemberian intervensi kombinasi leaflet dan ceramah meningkatkan kepatuhan secara bermakna dan lebih baik dibandingkan intervensi leaflet terhadap kepatuhan penggunaan OAT pada pasien TB di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Berdasarkan analisis bivariat, karakteristik responden tidak mempengaruhi peningkatan kepatuhan kecuali tingkat pendidikan responden pada kelompok satu.

Kata Kunci : Kepatuhan penggunaan obat, Kecamatan Cimanggis, Kota Depok, Obat Anti Tuberkulosis, Puskesmas

xvii+128 halaman: 5 gambar; 13 tabel; 36 lampiran

Daftar Pustaka : 35 (1988-2012)

## ABSTRACT

Name : Stevanie Hermine  
Program Study : Pharmacy  
Title : Provision Analysis of Health Education Interventions on Adherence to Anti Tuberculosis Drugs Use at Sub-district Public Health Center of Cimanggis in Depok City

Tuberculosis (TB) requires the use of Anti Tuberculosis Drugs (ATD) for at least 6 months. Patients adherence to ATD treatment is the key to ensure this treatment success. This study aimed to compare the provision effect of health education interventions on adherence to ATD used in TB patients at sub-district health center of Cimanggis in Depok. Patients who were would to be the respondent, were divided into two treatment groups. The first group consisted of 34 patients who received health education interventions in the form of leaflets. The second group consisted of 32 patients who received health education interventions in the combination form of leaflets and lectures. The respondent compliance status was measured by Morisky's guided interview questionnaires scale method before and after the intervention. Based on the Wilcoxon test analysis, the first group's treatment showed no significantly increases on adherence to ATD used ( $p = 0.089$ ). However, compliance changes seen increased (0.044). While the second group showed significantly ( $p = 0.004$ ) increases on adherence to ATD used ( $p = 0.002$ ). Both group is statistically equal if not take into account the diversity of respondent's gender and employment. Thus, it can be concluded that the combination form of leaflets and lectures gives a better effect than the form of leaflets on increased adherence to ATD used in TB patients at Sub-district Public Health Center of Cimanggis in Depok. Based on the bivariate analysis, there is no association between the adherence increases and respondent's characteristic except for education background of the first group's respondent.

Key Words : Adherence, Anti Tuberculosis Drugs, Depok , Subdistrict health center of Cimanggis.

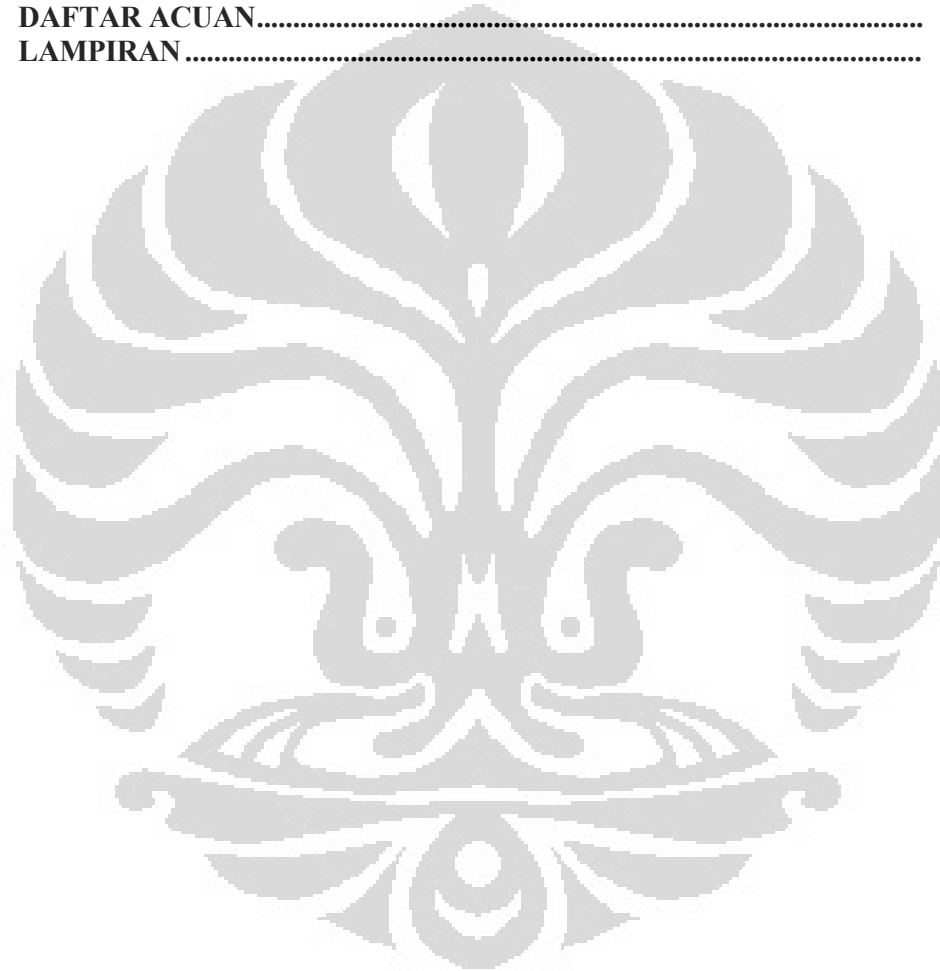
xvii+128 pages : 5 pictures; 13 tables; 36 appendixes

Bibliography : 35 (1988-2012)

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iv
HALAMAN PENGESAHAN .....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	viii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN .....	xvii
<b>1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penelitian.....	3
1.3 Hipotesis.....	3
1.3 Manfaat Penelitian.....	4
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
2.1 Tuberkulosis.....	5
2.2 Terapi Pengobatan Penyakit Tuberkulosis.....	9
2.3 Kepatuhan Pasien.....	17
2.4 Kepatuhan Penggunaan Obat Anti Tuberkulosis Pada Pasien.....	18
2.5 Metode-metode Pengukuran Kepatuhan Penggunaan Obat.....	21
2.6 Intervensi Pendidikan Kesehatan.....	23
2.7 Puskesmas.....	25
<b>3. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>29</b>
3.1 Kerangka Konsep.....	29
3.2 Definisi Operasional.....	29
3.3 Rancangan Penelitian.....	34
3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	36
3.5 Populasi Dan Sampel.....	36
3.6 Kriteria Inklusi Dan Eksklusi.....	36
3.7 Etika Penelitian.....	37
3.8 Alur Perizinan Penelitian.....	37
3.9 Alur Pengambilan Data Penelitian.....	37
3.10 Pengolahan Data.....	38
<b>4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>42</b>
4.1 Deskripsi Puskesmas Kecamatan Cimanggis.....	42
4.2 Karakteristik Pasien Tuberkulosis dan responden di Puskesmas Kecamatan Cimanggis.....	44
4.3 Deskripsi Hasil Rekapitulasi Jawaban Kuesioner <i>8-items Morisky Scale</i> .....	51

4.4 Analisis Pemberian Intervensi Pendidikan Kesehatan Terhadap Kepatuhan Penggunaan Obat Anti Tuberkulosis .....	54
4.5 Analisis Pengaruh Karakteristik Responden Terhadap Kepatuhan Penggunaan Obat Anti Tuberkulosis.....	56
4.6 Keterbatasan Penelitian .....	58
<b>5. KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>61</b>
5.1 Kesimpulan.....	61
5.2 Saran.....	61
<b>DAFTAR ACUAN.....</b>	<b>62</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>65</b>

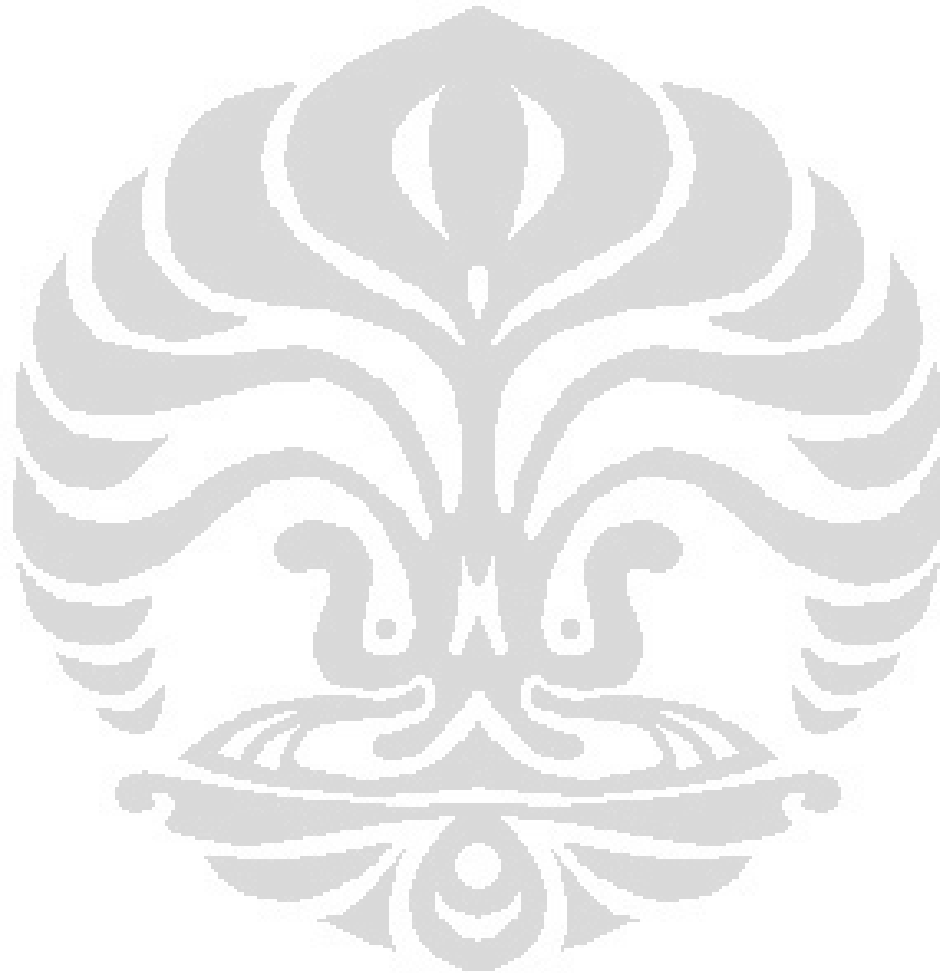


## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Sistem skoring gejala dan pemeriksaan penunjang TB.....	6
Tabel 2.2.	Penggolongan penyakit tuberkulosis berdasarkan organ yang diserang dan berdasarkan riwayat pengobatan pasien....	8
Tabel 2.3.	Regimen pengobatan untuk masing-masing kategori diagnostik .....	14
Tabel 2.4.	Deskripsi Pengawas Menelan Obat.....	20
Tabel 2.5.	Metode-metode penilaian kepatuhan penggunaan regimen obat .....	22
Tabel 2.6.	Daftar Puskesmas dan proporsi kasus TB di tiap kecamatan wilayah Depok .....	28
Tabel 4.1.	Tenaga kesehatan fungsional Puskesmas Kecamatan Cimanggis.....	42
Tabel 4.2.	Daftar fasilitas kesehatan di Puskesmas Kecamatan Cimanggis.....	43
Tabel 4.3.	Karakteristik pasien & pesponden penelitian dan kesetaraan kelompok.....	45
Tabel 4.4.	Daftar jawaban pertanyaan kuesioner Morisky pada kelompok perlakuan 1 (intervensi leaflet).....	51
Tabel 4.5.	Daftar jawaban pertanyaan kuesioner Morisky pada kelompok perlakuan intervensi leaflet dan ceramah.....	53
Tabel 4.6.	Hasil uji tabulasi silang karakteristik responden terhadap status peningkatan kepatuhan pada kelompok perlakuan leaflet .....	57
Tabel 4.7.	Hasil uji tabulasi silang karakteristik responden terhadap status peningkatan kepatuhan pada kelompok perlakuan leaflet dan ceramah.....	57

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Alur penegakkan diagnosis kasus TB paru dewasa .....	12
Gambar 2.2.	Alur tatalaksana pasien TB anak pada unit pelayanan kesehatan dasar.....	16
Gambar 3.1.	Skema kerangka konsep penelitian .....	29
Gambar 3.2.	Skema rancangan penelitian .....	35
Gambar 3.3.	Alur pengajuan ijin dan permohonan data penelitian.....	37



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Form kesediaan pasien.....	66
Lampiran 2.	Kuesioner kepatuhan <i>Eight Items Morisky Scale (pretest / posttest)</i> yang ditujukan pada pasien TB dewasa .....	67
Lampiran 3.	Kuesioner kepatuhan <i>Eight Items Morisky Scale (pretest / posttest)</i> yang diisi oleh orang tua pasien TB anak.....	68
Lampiran 4.	Data sosiodemografi pasien dewasa .....	69
Lampiran 5.	Data sosiodemografi pendamping dan pasien TB anak.....	70
Lampiran 6.	Surat izin penelitian dari Departemen Farmasi FMIPA UI...	71
Lampiran 7.	Surat izin penelitian dari Kesbangpol & Linmas Kota Depok .....	72
Lampiran 8.	Surat izin penelitian dari Dinkes Kota Depok periode Februari – Mei 2012.....	73
Lampiran 9.	Bentuk intervensi pendidikan kesehatan <i>leaflet</i> (halaman1)..	74
Lampiran 10.	Bentuk intervensi pendidikan kesehatan <i>leaflet</i> (halaman2)..	75
Lampiran 11.	Bahan presentasi intervensi pendidikan kesehatan ceramah..	76
Lampiran 12.	Skema alur penelitian dan pengumpulan data.....	84
Lampiran 13.	Pengelompokkan Obat Anti Tuberkulosis serta jenis, sifat, dan dosis OAT lini pertama.....	85
Lampiran 14.	Regimen penggunaan Obat Anti Tuberkulosis untuk pasien dewasa dengan status diagnosis kategori I/ kategori III dalam bentuk kombipak dan KDT .....	86
Lampiran 15.	Regimen penggunaan Obat Anti Tuberkulosis untuk pasien dewasa dengan status diagnosis kategori II dalam bentuk kombipak dan KDT.....	87
Lampiran 16.	Regimen penggunaan Obat Anti Tuberkulosis untuk pasien dewasa berupa paduan obat sisipan dalam bentuk kombipak dan KDT.....	88
Lampiran 17.	Obat Anti Tuberkulosis lini ke 2 yang digunakan pada pasien dengan keadaan TB kronik atau kasus TB-MDR.....	89
Lampiran 18.	Tabel dosis obat anti tuberkulosis anak dalam bentuk kombipak dan KDT.....	90
Lampiran 19.	Formulir Daftar Suspek yang Diperiksa Dahak SPS.....	91
Lampiran 20.	Formulir Permohonan Pemeriksaan Laboratorium TBC.....	92
Lampiran 21.	Contoh Hasil BTA Positif dan Pemeriksaan Laboratorium TBC	93
Lampiran 22.	Kartu pengobatan pasien TB.....	94
Lampiran 23.	Contoh Pengisian Kartu Pengobatan Pasien TB .....	95
Lampiran 24.	Kartu Identitas Pasien TB .....	96
Lampiran 25.	Rekapitulasi Data Status Tingkat Kepatuhan Pasien Kelompok Perlakuan Intervensi <i>Leaflet</i> .....	97
Lampiran 26.	Rekapitulasi data status tingkat kepatuhan pasien kelompok perlakuan intervensi <i>leaflet</i> dan ceramah .....	98
Lampiran 27.	Hasil uji normalitas data kelompok perlakuan leaflet dan kelompok perlakuan <i>leaflet</i> dan ceramah.....	99
Lampiran 28.	Hasil uji homogenitas data kelompok perlakuan leaflet dan kelompok perlakuan <i>leaflet</i> dan ceramah.....	100
Lampiran 29.	Hasil uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> kelompok perlakuan <i>leaflet</i> .....	101
Lampiran 30.	Hasil uji <i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> kelompok perlakuan leaflet dan ceramah.....	103
Lampiran 31.	Hasil uji perbandingan kesetaraan data ordinal kedua	

	kelompok perlakuan .....	105
Lampiran 32.	Hasil uji perbandingan kesetaraan data nominal kedua kelompok perlakuan .....	106
Lampiran 33.	Rekapitulasi data pasien dan responden kelompok perlakuan <i>leaflet</i> .....	107
Lampiran 34.	Rekapitulasi data pasien dan responden kelompok Perlakuan <i>leaflet</i> dan ceramah .....	110
Lampiran 35.	Rincian hasil uji tabulasi silang mutlak Fisher dari kelompok perlakuan leaflet .....	113
Lampiran 36.	Rincian hasil uji tabulasi silang uji Khi-Kuadrat dan uji mutlak Fisher dari kelompok perlakuan leaflet dan ceramah ....	121





## DAFTAR SINGKATAN



AIDS	= <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ARV	= <i>Anti Retro Viral</i> (obat)
BTA	= Basil Tahan Asam
DOTS	= <i>Directly Observed Treatment Shortcourse</i>
DRS	= <i>Drug Resistance Surveillance</i>
DST	= <i>Drug Sensitivity Testing</i>
HIV	= <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IDAI	= Ikatan Dokter Anak Indonesia
IUATLD	= <i>International Union Against Tuberculosis and Lung Disease</i>
KB	= Keluarga Berencana
KDT	= Kombinasi Dosis Tetap
MDR	= <i>Multi Drugs Resistance</i>
MTBS	= Manajemen Terpadu Balita Sehat
OAT	= Obat Anti Tuberkulosis
ODHA	= Orang Dengan HIV-AIDS
PMO	= Pengawas Menelan Obat
PPM	= Pengendalian Penyakit Menular
PPTI	= Perhimpunan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia
Puskesmas	= Pusat Kesehatan Masyarakat
TB	= Tuberkulosis
UPK	= Unit Pelayanan Kesehatan
WHO	= <i>World Health Organization</i>

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Jumlah pasien tuberkulosis (TB) di Indonesia pada tahun 2004 diperkirakan mencapai 539.000 kasus baru dengan angka kematian sejumlah 101.000 orang di setiap tahunnya. Pada tahun 2007, jumlah pasien TB di Indonesia menduduki peringkat ke-3 terbanyak dunia. Pemerintah telah melakukan upaya untuk menanggulangi TB melalui Program Nasional Pengendalian TB yang diwujudkan dengan dilakukannya strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS). Program ini terbukti memberikan dampak yang baik karena berhasil menurunkan jumlah pasien TB di Indonesia menjadi peringkat ke-5 terbanyak di dunia pada tahun 2011 dengan menurunnya estimasi insidensi kasus baru menjadi 430.000 kasus per tahun dan perkiraan jumlah kematian akibat TB menjadi 61.000 kematian pertahunnya (Departemen Kesehatan RI, 2007; Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Sementara itu berdasarkan hasil survei Departemen Kesehatan untuk wilayah Kota Depok, terdapat 107 kasus penderita TB dari 100.000 penduduk pada tahun 2009 (Pengendalian Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinkes Depok, 2011). Pada tahun 2011, Dinas Kesehatan Kota Depok melaporkan 32 puskesmas telah melakukan program penanggulangan TBC dengan strategi DOTS, namun jumlah kasus yang ditemukan masih meningkat menjadi 113 kasus penderita TB dari 100.000 penduduk pada tahun 2011 (Pengendalian Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Depok, 2012). Berdasarkan fakta-fakta diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa walaupun program DOTS berhasil menurunkan jumlah pasien penderita TB secara nasional namun program tersebut belum berhasil menurunkan jumlah kasus TB di Kota Depok.

Besarnya jumlah pasien TB di Indonesia menunjukkan terdapatnya permasalahan dalam penanganan penyakit tersebut. Keadaan ini disebabkan karena terdapatnya beberapa faktor yang mendukung perkembangan penyakit TB,

salah satunya adalah masalah kepatuhan pasien untuk berobat dan minum obat. (Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2005).

Kepatuhan (*adherence*) pasien untuk berobat dan minum obat adalah kunci keberhasilan terapi pengobatan TB, namun kemungkinan terjadinya ketidakpatuhan pada pasien TB sangat besar. Hal ini disebabkan karena panjangnya jangka waktu pemakaian terapi obat TB, banyaknya jumlah obat yang harus diminum perhari, kemungkinan timbulnya efek samping obat, dan kurangnya kesadaran pasien terhadap penyakitnya (Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2005). Menurut WHO (2002), Fox (1958), dan Addington (1979), rendahnya kepatuhan penggunaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) merupakan penghalang utama dalam pengontrolan global penyakit TB (*World Health Organization*, 2003a) dan hal ini dapat meningkatkan resiko morbiditas, mortalitas, dan resistensi obat pada individu maupun masyarakat (*World Health Organization*, 2003a). Untuk menyikapi hal tersebut, salah satu prinsip pengobatan TB yang bertujuan menjamin kepatuhan penderita TB dalam penggunaan obat adalah melakukan pengobatan dengan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO) (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b).

Salah satu bentuk upaya lainnya dalam meningkatkan kepatuhan penggunaan obat adalah pemberian intervensi pendidikan kesehatan. Intervensi pendidikan kesehatan yang dimaksudkan adalah pemberian informasi tentang penyakit TB dan pentingnya mengikuti pengobatan TB (*World Health Organization*, 2003a). Namun, manfaat dari pemberian intervensi pendidikan kesehatan dan efektifitas kepemilikan PMO masih sangat kurang dirasakan secara langsung oleh pasien TB.

Menyadari pentingnya kepatuhan (*adherence*) dalam keberhasilan pengobatan TB, pengupayaan penyediaan pengobatan TB obat harus dimulai dari unit kesehatan masyarakat terdepan. Puskesmas merupakan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggung jawab dalam mengupayakan pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (seperti TB) serta penyediaan pengobatan dasar dalam bentuk pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*)

(Kementerian Kesehatan RI, 2004). Menurut data triwulan ke empat pada tahun 2011, Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) yang menjangkit pasien TB terbanyak di Kota Depok adalah Puskesmas Kecamatan Cimanggis (Pengendalian Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Depok, 2012).

Berdasarkan hal tersebut, dibutuhkan penelitian yang dapat menganalisis efek pemberian intervensi pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan pasien TB dalam menggunakan OAT di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Penelitian ini penting mendapatkan perhatian yang memadai agar tercapainya efek terapi dan keberhasilan terapi yang adekuat pada pasien TB di Puskesmas Kecamatan Cimanggis. Penelitian diharapkan dapat memberikan informasi dan kontribusi bagi masyarakat Kota Depok yang merupakan masyarakat terdekat dengan Universitas Indonesia sekaligus menjadi langkah awal dalam peningkatan kesadaran akan kepatuhan penggunaan obat pada penyakit TB.

## **1.2 Tujuan Penelitian**

1. Membandingkan efek pemberian intervensi pendidikan kesehatan dalam bentuk leaflet dengan kombinasi leaflet dan ceramah terhadap kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok.
2. Menganalisis pengaruh karakteristik responden terhadap kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis masing-masing kelompok perlakuan di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

## **1.3 Hipotesis**

1. Terjadi peningkatan kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis setelah pemberian intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet.
2. Terjadi peningkatan kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis setelah pemberian kombinasi intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet dan ceramah.
3. Pemberian kombinasi intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet dan ceramah meningkatkan kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis yang

lebih baik dibandingkan dengan pemberian intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet.

4. Karakteristik responden pada masing-masing kelompok perlakuan mempengaruhi kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### 1.4.1 Bagi Peneliti:

- a. Kesempatan untuk berkontribusi bagi masyarakat Kota Depok dalam peningkatan kesadaran akan kepatuhan penggunaan obat pada penyakit tuberkulosis.
- b. Untuk memenuhi syarat penyelesaian tugas akhir program studi Sarjana Farmasi Universitas Indonesia

##### 1.3.2. Bagi Dinas Kesehatan Kota Depok

- a. Memberikan masukan data sebagai bahan pertimbangan dalam program penanggulangan penyakit tuberkulosis.

##### 1.3.3 Bagi Pasien tuberkulosis

- a. Untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan pendamping pasien tuberkulosis terhadap pentingnya kepatuhan penggunaan obat dalam keberhasilan terapi.
- b. Untuk meningkatkan kepatuhan pasien tuberkulosis dalam menggunakan obat.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tuberkulosis**

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan sebagian besar (80%) menyerang paru-paru. *Mycobacterium tuberculosis* termasuk bakteri basil gram positif, dengan dinding selnya yang sulit ditembus zat kimia. Umumnya *Mycobacterium tuberculosis* menyerang paru dan sebagian kecil organ tubuh lain. Kuman ini mempunyai sifat khusus, yakni tahan terhadap asam pada pewarnaan, hal ini dipakai untuk identifikasi dahak secara mikroskopis sehingga disebut sebagai Basil Tahan Asam (BTA) (Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2005).

Penularan penyakit tuberkulosis bersumber dari pasien TB dengan BTA positif. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Semakin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, semakin menular pasien tersebut (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b). Pada saat penderita batuk atau bersin, mereka akan menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi jika droplet tersebut terhirup kedalam saluran pernafasan (Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2005). Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab sehingga dengan terdapatnya ventilasi jumlah percikan dapat menurun dan sinar matahari langsung yang masuk melalui ventilasi dapat membunuh kuman. (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b)

Secara klinis, penyakit TB dapat terjadi melalui infeksi primer dan paska primer. Infeksi primer terjadi saat seseorang terkena kuman TB untuk pertama kalinya. Setelah terjadi infeksi melalui saluran pernafasan, di dalam alveoli (gelembung paru) terjadi peradangan. Kelanjutan infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan kemampuan respon daya tahan tubuh untuk

menghentikan perkembangan kuman TB. Beberapa kuman menetap dalam bentuk “persisten” atau “*dormant*” sekitar 6 bulan sehingga daya tahan tubuh tidak dapat menghentikan perkembangbiakan kuman. Pada keadaan seperti ini calon penderita TB akan menjadi penderita TB dalam beberapa bulan. Infeksi primer biasanya berlangsung tanpa gejala, hanya batuk dan nafas berbunyi. Tetapi pada orang-orang dengan sistem imun yang lemah, infeksi primer dapat menimbulkan gejala seperti radang paru hebat dengan ciri-ciri batuk kronik dan bersifat sangat menular. Infeksi paska primer terjadi setelah beberapa bulan atau tahun setelah infeksi primer (Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2005).

Penyakit Tuberkulosis juga dapat terjadi pada pasien anak (<15 tahun) namun diagnosis TB pada anak sulit dilakukan sehingga sering terjadi misdiagnosis baik *overdiagnosis* maupun *underdiagnosis*. Penyebab hal tersebut adalah karena pada anak-anak batuk bukan merupakan gejala utama. Selain itu, pengambilan dahak pada anak sulit dilakukan. Oleh karena itu dalam pendagnosisan TB anak diperlukan proses *scoring*. Unit Kerja Koordinasi Respirologi Pengurus Pusat IDAI telah membuat Pedoman Nasional Tuberkulosis Anak dengan menggunakan sistem skor (*scoring system*), yaitu pembobotan terhadap gejala atau tanda klinis yang dijumpai. Pedoman tersebut secara resmi digunakan oleh program nasional penanggulangan tuberkulosis untuk diagnosis TB anak (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b).

**Tabel.2.1.** Sistem skoring (*scoring system*) gejala dan pemeriksaan penunjang TB

Parameter	0	1	2	3	Jumlah
Kontak TB	<i>Tidak jelas</i>		<i>Laporan keluarga, BTA negative atau tidak tahu, BTA tidak jelas</i>		
Uji Tuberkulin	<i>Negatif</i>			<i>BTA positif</i>	
Berat badan/ keadaan gizi		<i>Bawah garis merah (KMS)</i>	<i>Klinis gizi buruk</i>	<i>Positif (<math>\geq 10mm</math>, atau <math>\geq 5mm</math>)</i>	

		<i>atau BB/U &lt;80%</i>	<i>(BB/U &lt;60%)</i>	<i>pada keadaan imunosupresi)</i>	
Demam tanpa sebab jelas		$\geq 2$ minggu			
Batuk		$\geq 3$ minggu			
Pembesaran kelenjar limfe koli, aksila, inguinal		$\geq 1$ cm, jumlah > 1, tidak nyeri			
Pembengkakan tulang/sendii panggul, lutut, falang		Ada pembengkakan			
Foto toraks	<i>Normal/ tidak jelas</i>	<i>Kesan TB</i>			
Jumlah					

**Keterangan:**

1. Diagnosis dengan sistem skoring ditegakkan oleh dokter.
2. Batuk dimasukkan dalam skor setelah disingkirkan penyebab batuk kronik lainnya seperti Asma, Sinusitis, dan lain-lain.
3. Jika dijumpai skrofuloderma (TB pada kelenjar dan kulit), pasien dapat langsung didiagnosis tuberkulosis.
4. Berat badan dinilai saat pasien datang (moment opname) → lampirkan tabel badan badan.
5. Foto toraks bukan alat diagnostik utama pada TB anak
6. Semua anak dengan reaksi cepat BCG (reaksi lokal timbul < 7 hari setelah penyuntikan) harus dievaluasi dengan sistem skoring TB anak.
7. Anak didiagnosis TB jika jumlah skor > 6, (skor maksimal 14)
8. Pasien usia balita yang mendapat skor 5, dirujuk ke RS untuk evaluasi lebih lanjut.

[sumber: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011]

Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan menggolongkan penyakit TB menjadi dua golongan seperti yang dapat dilihat pada Tabel 2.2.



**Tabel 2.2.** Penggolongan penyakit tuberkulosis berdasarkan organ yang diserang dan berdasarkan riwayat pengobatan pasien

<b>Tuberkulosis</b>
<b>Berdasarkan tempat/organ yang diserang oleh kuman</b>
<p>1. Tuberkulosis paru: Tuberkulosis yang menyerang jaringan parenkim paru, tidak termasuk pleura (selaput paru). Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak, TB Paru dibagi dalam:</p> <p>a. <i>Tuberkulosis Paru BTA Positif</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.</li> <li>- 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto rontgen dada menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif.</li> </ul> <p>b. <i>Tuberkulosis Paru BTA Negatif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemeriksaan 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif</li> <li>- Foto rontgen dada menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif. TB Paru BTA Negatif Rontgen Positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto rontgen dada memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses "far advanced" atau millier), dan/atau keadaan umum penderita buruk.</li> </ul> <p>2. Tuberkulosis Ekstra Paru: Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar lymfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain. TB ekstra-paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu:</p> <p>a. <i>TB Ekstra-Paru Ringan</i></p> <p>Misalnya: TB kelenjar limphe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.</p> <p>b. <i>TB Ekstra-Paru Berat</i></p> <p>Misalnya: meningitis, millier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa duplex, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kencing dan alat kelamin.</p>
<b>Berdasarkan riwayat pengobatan penderita</b>
<p>1. Kasus Baru adalah penderita yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).</p> <p>2. Kambuh (<i>Relaps</i>) adalah penderita tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.</p> <p>3. Pindahan (<i>Transfer In</i>) adalah penderita yang sedang mendapat pengobatan di suatu kabupaten lain dan kemudian pindah berobat ke kabupaten ini. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan / pindah.</p> <p>4. Putus Berobat (<i>default/drop-out</i>) adalah penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan, dan berhenti 2 bulan atau lebih, kemudian datang kembali berobat. Umumnya penderita tersebut</p>

kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

5. Gagal adalah penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke 5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan) atau lebih; atau penderita dengan hasil BTA negatif Rontgen positif menjadi BTA positif pada akhir bulan ke 2 pengobatan.
6. Kronis adalah penderita dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang kategori 2.

[sumber: Direktorat Jendral Bina Penggolongan Penyakit Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2005, telah diolah kembali]

## 2.2 Terapi Pengobatan Penyakit Tuberkulosis

Terapi pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan, dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b). Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan prinsip - prinsip sebagai berikut: (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b)

1. OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
2. Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).
3. Pengobatan TB diberikan dalam 2 fase, yaitu fase intensif dan lanjutan.
 

Fase awal (intensif)

  - a. Pada tahap intensif (awal) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat.
  - b. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.
  - c. Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

### Fase Lanjutan

- a. Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit yang diminum dan hanya tiga kali dalam seminggu, namun dalam jangka waktu yang lebih lama
  - b. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah terjadinya kekambuhan
4. Pengobatan TB pada pasien anak diberikan setiap hari, baik pada tahap intensif maupun tahap lanjutan. Pengobatan yang digunakan minimal 3 macam obat dengan dosis yang harus disesuaikan dengan berat badan anak
  5. Pengobatan TB pada Orang Dengan HIV-AIDS (ODHA) diberikan dengan penatalaksanaan yang sama seperti pasien TB lainnya. Pada prinsipnya pengobatan TB diberikan segera sedangkan pengobatan ARV (*Anti Retro Viral*) dimulai berdasarkan stadium klinis HIV atau hasil CD4. Pengobatan TB dapat segera dimulai bila pasien tidak sedang dalam pengobatan ARV namun jika pasien sedang dalam pengobatan ARV, sebaiknya pengobatan TB tidak dimulai di fasilitas pelayanan kesehatan dasar (strata I), pasien harus dirujuk ke RS rujukan pengobatan ARV.
  6. Pengobatan TB pada pasien dengan TB-MDR (*Multi Drugs Resistance*) pada prinsipnya adalah sebagai berikut:
    - a. Pengobatan menggunakan minimal 4 macam OAT yang masih efektif.
    - b. Jangan menggunakan obat yang kemungkinan menimbulkan resistensi silang.
    - c. Membatasi penggunaan obat yang tidak aman.
    - d. Paduan pengobatan diberikan dalam dua tahap yaitu tahap awal dan tahap lanjutan. Tahap awal adalah tahap pemberian suntikan dengan lama minimal 6 bulan atau 4 bulan setelah terjadi konversi biakan.
    - e. Lama pengobatan minimal adalah 18 bulan setelah konversi biakan. Dikatakan konversi bila hasil pemeriksaan biakan 2 kali berurutan dengan jarak pemeriksaan 30 hari.
    - f. Pemberian obat selama periode pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan menganut prinsip DOT = *Direct Observed Treatment*, dengan PMO diutamakan adalah tenaga kesehatan atau kader kesehatan.

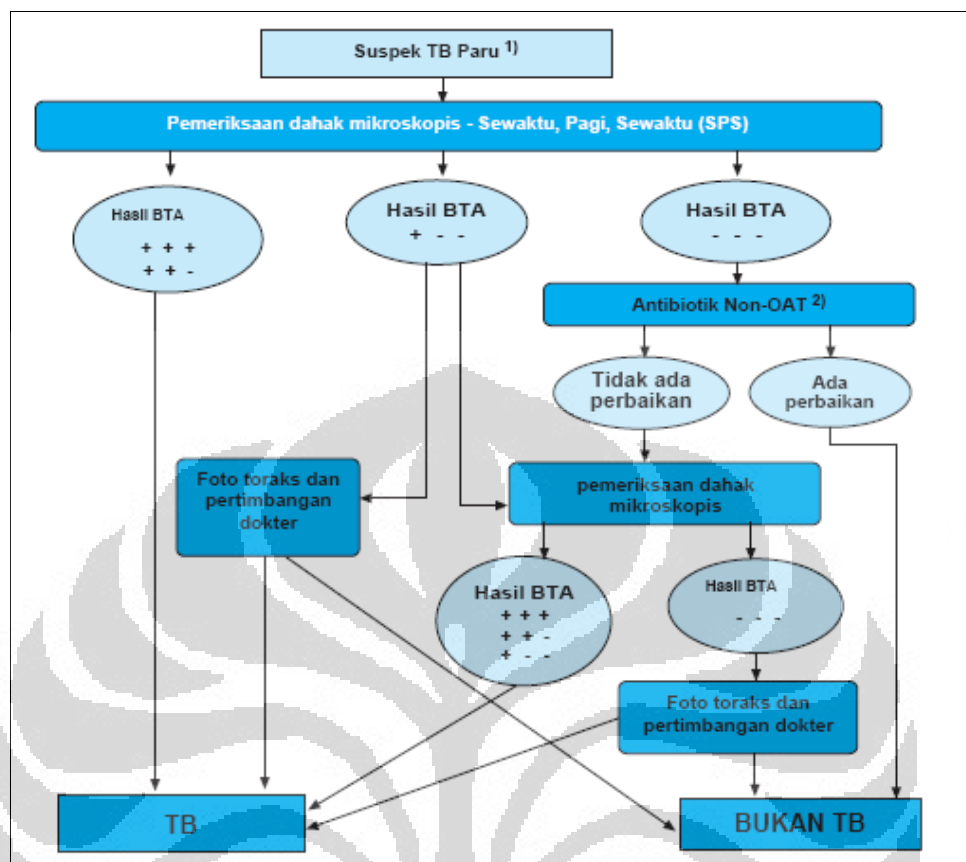
- g. Pilihan paduan baku OAT untuk pasien dengan TB MDR (Lampiran 13 dan 17) saat ini adalah paduan standard (*standardized treatment*), yaitu:

**Km - E - Eto - Lfx - Z - Cs / E - Eto - Lfx - Z - Cs**

Paduan diatas diberikan diberikan kepada pasien yang sudah terkonfirmasi TB MDR secara laboratoris dan dapat disesuaikan sebagai berikut:

- Etambutol tidak diberikan bila terbukti terjadi resistensi atau riwayat penggunaan sebelumnya menunjukkan kemungkinan besar terjadinya resistensi terhadap etambutol.
- Lakukan penyesuaian paduan bila terdapat kecurigaan atau riwayat resistensi terhadap salah satu obat diatas.
- Lakukan penyesuaian paduan bila terjadi perburukan klinis dan efek samping yang berat akibat salah satu obat yang dapat diidentifikasi penyebabnya.

Penatalaksanaan dan pengobatan TB diberikan setelah diagnosis penyakit ditegakkan. Diagnosis pada kasus TB ekstra paru cukup sulit ditegakkan karena sangat bergantung pada gejala dan keluhan yang disebabkan oleh organ yang terkena, misalnya kaku duduk pada meningitis TB, nyeri dada pada TB pleura (pleuritis), pembesaran kelenjar limfe superfisialis pada limfadenitis TB, dan deformitas tulang belakang (gibbus) pada spondilitis TB dan lain-lainnya (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011). Pada kasus TB paru, penegakkan diagnosis dapat dilihat pada Gambar 2.1.



Keterangan: 1. Suspek TB paru adalah seseorang dengan batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih disertai dengan atau tanpa gejala lain. Semua suspek TB harus melakukan cek dahak mikroskopis SPS yang tercatat pada buku formulir daftar suspek (Lampiran 19) dan dibuatkan formulir permohonan pemeriksaan laboratorium TBC (Lampiran 20), 2. Antibiotik non OAT adalah antibiotik spectrum luas yang tidak memiliki efek anti TB (jangan gunakan fluorokuinolon). OAT hanya dapat diberikan jika pasien memberikan hasil BTA positif (Lampiran 21) atau memberikan hasil BTA negatif namun gejala yang terjadi tidak membaik setelah pemberian antibiotik spectrum luas dan setelah melakukan foto dada menunjukkan hasil positif. [sumber: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011, telah diolah kembali]

**Gambar 2.1.** Alur penegakkan diagnosis kasus TB paru dewasa

Pasien yang telah didiagnosis menderita penyakit TB (baik TB paru maupun TB ekstra paru) akan dibuatkan kartu pengobatan pasien TB (lihat Lampiran 22 dan 23) dan kartu identitas pasien TB (lihat Lampiran 24) kemudian diberi Obat Anti Tuberkulosis (OAT) dalam dua fase pengobatan. Regimen pemberian OAT ditulis dengan kode baku sebagai berikut: angka didepan satu fase menunjukkan jangka waktu pengobatan fase tersebut dalam bulan. Huruf menunjukkan obat (dapat dilihat pada Lampiran 13) dan angka dibelakang (di

samping bawah) huruf menunjukkan frekuensi pemberian obat per minggu. Jika tidak ada angka dibelakang huruf, hal ini menunjukkan pemberian obat adalah setiap hari per minggu. Huruf yang berada dalam tanda kurung menunjukkan obat dalam Kombinasi Dosis Tetap (KDT). Sebagai contoh: Penulisan 2 (HRZE)/4 (HR)<sub>3</sub> menjelaskan regimen obat yang diberikan pada fase awal selama 2 bulan dengan obat KDT yang terdiri dari isoniazid (H), rifampisin (R), pirazinamid (Z), dan etambutol (E) yang diminum setiap hari. Kemudian pengobatan dilanjutkan dengan fase lanjutan selama 4 bulan dengan obat KDT yang terdiri dari isoniazid (H) dan rifampisin (R) yang diminum 3 kali dalam seminggu (*World Health Organization, 2003c*).

Paduan OAT untuk pasien dewasa yang digunakan oleh Program Nasional Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia adalah sebagai berikut: (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

2. Kategori I / III : **2 (HRZE)/4 (HR)<sub>3</sub>** (dosis terlampir)
3. Kategori II : **2 (HRZE)S/(HRZE)/5 (HR)<sub>3</sub>E<sub>3</sub>** (dosis terlampir)

Disamping kedua kategori ini, disediakan paduan obat sisipan (**HRZE**) (dosis terlampir)

4. Kategori IV Pasien TB resisten obat: Kanamisin, Capreomisin, Levofloksasin, Etionamid, Sikloserin, dan PAS (OAT lini-2), serta Pirazinamid dan Etambutol (OAT lini-1)
5. Kategori IV Pasien TB MDR: **Km-E-Eto-Lfx-Z-Cs / E-Eto-Lfx-Z-Cs** (*standardized treatment*). Paduan ini diberikan pada pasien yang sudah terkonfirmasi TB MDR secara laboratories dan dapat disesuaikan bila:
  - a. Etambutol tidak diberikan bila terbukti telah resisten atau riwayat penggunaan sebelumnya menunjukkan kemungkinan besar terjadinya resistensi terhadap etambutol
  - b. Paduan dan dosis OAT disesuaikan pada:
    - Pasien TB MDR yang diagnosis awal menggunakan Rapid Test, kemudian hasil konfirmasi DST (*Drug Sensitivity Testing*) menunjukkan hasil resistensi yang berbeda
    - Bila ada riwayat penggunaan salah satu obat tersebut diatas sebelumnya sehingga dicurigai telah ada resistensi

- Terjadi efek samping yang berat akibat salah satu obat yang dapat diidentifikasi penyebabnya
- Terjadi perburukan klinis

Penggolongan status kategori pasien tersebut diberikan berdasarkan diagnostik kondisi klinik masing-masing pasien seperti yang dapat dilihat pada Tabel 2.3.

**Tabel 2.3.** Regimen pengobatan untuk masing-masing kategori diagnostik

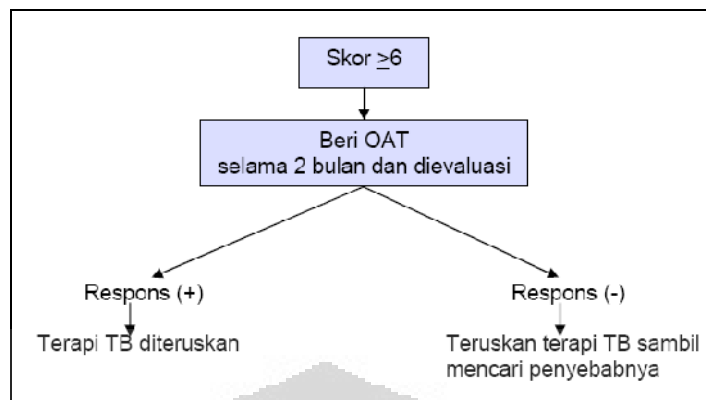
<i>Kategori Diagnostik TB</i>	<i>Kondisi Klinik</i>	<i>Regimen Pengobatan TB</i>	
		<i>Fase awal (intensif)</i>	<i>Fase Lanjutan</i>
Kategori I	Pasien baru dengan hasil dahak BTA positif; pasien baru TB paru BTA negative dengan infeksi parenkim paru berat (ekstensif); TB paru dengan penyakit HIV atau TB ekstraparu	<b>Anjuran utama</b> 2 HRZE <sup>I</sup>  <b>Opsional</b> 2 (HRZE) <sub>3</sub> atau 2 HRZE <sup>II</sup>	<b>Anjuran Utama</b> 4 HR atau 4 (HR) <sub>3</sub>  <b>Opsional</b> 4 (HR) <sub>3</sub> atau 6 HE <sup>III</sup>
Kategori II	Pasien TB-paru BTA positif yang sebelumnya pernah diberikan obat / diobati namun: <ul style="list-style-type: none"> <li>- kambuh</li> <li>- putus berobat</li> </ul>	<b>Anjuran utama</b> 2 HRZES / 1 HRZE <sup>IV</sup>  <b>Opsional</b> 2 (HRZE) <sub>3</sub> / 1 HRZE <sub>3</sub>	<b>Anjuran Utama</b> 5 HRE <sup>IV</sup>  <b>Opsional</b> 5 (HRE) <sub>3</sub> <sup>IV</sup>
	Pasien kategori I yang gagal diobati dengan <sup>V</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- program pengobatan yang adekuat</li> <li>- data representatif TB-MDR dengan nilai yang tinggi</li> </ul>	Regimen khusus yang bersifat baku atau individual sering dibutuhkan oleh pasien ini	
	Dalam keadaan : <ul style="list-style-type: none"> <li>- data representatif TB-MDR dengan nilai yang rendah atau data DST individual menunjukkan penyakit yang masih sensitive dengan OAT</li> </ul> Atau : <ul style="list-style-type: none"> <li>- performa program yang buruk</li> </ul>	<b>Anjuran utama</b> 2 HRZES / 1 HRZE  <b>Opsional</b> 2 (HRZES) <sub>3</sub> / 1 HRZE <sub>3</sub>	<b>Anjuran utama</b> 5 HRE <sup>IV</sup>  <b>Opsional</b> 5 (HRE) <sub>3</sub>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tidak ada nya data DRS</li> <li>- sarana dan prasarana yang tidak memadai untuk pelaksanaan pengobatan kategori IV</li> </ul>		
Kategori III	Pasien baru TB paru BTA negative (dengan keadaan diagnosis selain kategori I) dan TB ekstra paru ringan	<b>Anjuran utama</b> 2 HRZE <sup>VI</sup> <b>Opsional</b> 2 (HRZE) <sub>3</sub> atau 2 HRZE	<b>Anjuran Utama</b> 4 HR atau 4 (HR) <sub>3</sub> <b>Opsional</b> 4 (HR) <sub>3</sub> atau 6 HE
Kategori IV	Keadaan pasien kronik (hasil dahak tetap positif setelah pengobatan ulang yang terpantau) ; terbukti atau merupakan suspek kasus TB-MDR <sup>VII</sup>	Regimen yang dirancang khusus atau bersifat individual	

- I* Etambutol dapat diganti dengan streptomisin. Dalam TB meningitis, etambutol harus diganti dengan streptomisin
- II* Terapi intermiten fase awal ini tidak digunakan jike pada fase lanjutan digunakan INH dan etambutol
- III* Regimen terapi ini digunakan saat regimen anjuran utama tidak dapat di laksanakan. Namun, pad aterapi in terlihat angka kegagalan terapi dan kekambuhan penyakit yang tinggi jika dibandingkan dengan regimen terapi fase lanjutan 4HR. Terapi intermiten fase awal tidak dianjurkan jika diikuti dengan regimen terapi fase lanjutan 6HE.
- IV* Terapi setiap hari merupakan anjuran utama. Namun, terapi tiga kali/minggu selama terapi fase lanjutan atau selama kedua fase juga dapat dipilih.
- V* Gagal terapi dapat terjadi pada peningkatan resiko TB-MDR, terutama jika rifampisin digunakan pada fase lanjutan (terapi OAT terlampir). Uji kepekaan obat, jika memungkinkan, dianjurkan pada kasus ini. Kegagalan terapi dengan TB-MDR /suspek TB-MDR harus diobati dengan regimen kategori IV.
- VI* Etambutol dapat ditiadakan dalam regimen fase awal pada pasien tanpa kaverne, TB paru dengan BTA negatif dan HIV negatif; pasein dengan TB ekstra paru ringan; pasien anak-anak dengan TB primer
- VII* Uji kepekaan obat dianjurkan untuk pasien yang berkontak dengan pasien TB-MDR  
*DST* = *Drug Sensitivity Testing* (Uji Kepekaan Obat); *DRS* = *Drug Resistance Surveillance*; BTA = Basil Tahan Asam; *MDR* = *Multi Drugs Resistance*  
[sumber: *World Health Organization*, 2003c]

Penatalaksanaan dan pengobatan pada pasien TB anak baru dapat diberikan setelah diagnosis penyakit dapat ditegakkan dengan menggunakan proses skoring (Lihat Tabel 2.1). Alur tatalaksana pemberian obat pada pasien anak dapat dilihat pada Gambar 2.2.





[sumber: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b]

**Gambar 2.2.** Alur tatalaksana pasien TB anak pada unit pelayanan kesehatan dasar

Regimen pemberian OAT pada anak juga ditulis dalam kode baku WHO seperti pada OAT regimen dewasa. Paduan OAT kategori anak yang digunakan di Indonesia adalah **2HRZ/4HR** dalam bentuk OAT KDT (Kombinasi Dosis Tetap) atau dalam bentuk OAT Kombipak (dosis terlampir). Pada sebagian besar kasus TB anak, pemberian pengobatan selama 6 bulan cukup adekuat. Setelah pemberian obat selama 6 bulan, perlu dilakukan evaluasi baik klinis maupun pemeriksaan penunjang. Evaluasi klinis pada TB anak merupakan parameter terbaik untuk menilai keberhasilan pengobatan. Bila dijumpai perbaikan klinis yang nyata walaupun gambaran radiologik tidak menunjukkan perubahan yang berarti, OAT tetap dihentikan (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b).

Penggunaan OAT yang tidak sesuai atau tidak patuh dengan jadwal atau dosis dapat menyebabkan terjadinya resistensi OAT. Hal ini dapat menyebabkan jenis obat yang biasa dipakai sesuai pedoman pengobatan tidak lagi dapat membunuh kuman sehingga menyebabkan kegagalan terapi. (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b).

### 2.3 Kepatuhan Pasien

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, arti kata kepatuhan berasal dari kata patuh. Patuh berarti taat atau berdisiplin pada perintah dan aturan sedangkan kepatuhan memiliki arti sifat patuh atau ketaatan terhadap sesuatu. Menurut WHO, definisi kepatuhan terhadap terapi jangka panjang adalah sejauh mana perilaku seseorang dalam hal meminum obat, mengikuti pola makan, dan/atau merubah gaya hidup, sesuai dengan rekomendasi yang disepakati dari penyedia layanan kesehatan (*World Health Organization, 2003a*). *Adherence* atau kepatuhan juga memiliki arti keterlibatan penderita dalam penyembuhan dirinya, bukan hanya sekedar patuh. (Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2005)

Kepatuhan pasien merupakan faktor penting dalam keberhasilan terapi suatu penyakit. Hal itu dapat terjadi karena ternyata ketepatan diagnosis, pemilihan obat, dan pemberian obat dari tenaga kesehatan belum cukup kuat menjamin keberhasilan suatu terapi jika tidak diikuti dengan kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obatnya (I., Tri Asti, 2006). Dalam usaha peningkatan kepatuhan pasien, terdapat beberapa hal yang secara umum perlu dipahami, yaitu bahwa: (*World Health Organization, 2003a; I Tri Asti, 2006*)

1. Pasien memerlukan dukungan, bukan disalahkan.
2. Konsekuensi dari ketidakpatuhan terhadap penggunaan terapi jangka panjang adalah tidak tercapainya tujuan terapi dan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan.
3. Peningkatan kepatuhan pasien dapat meningkatkan keamanan penggunaan obat pada pasien.
4. Kepatuhan merupakan faktor penentu yang penting dalam mencapai efektifitas suatu sistem kesehatan
5. Memperbaiki kepatuhan dapat menjadi investasi terbaik dalam penanganan suatu penyakit kronis yang efektif.
6. Sistem kesehatan harus terus berkembang agar dapat menghadapi berbagai tantangan baru didepan.
7. Diperlukan pendekatan secara multidisiplin dalam menyelesaikan masalah ketidakpatuhan.

## 2.4 Kepatuhan Penggunaan Obat Anti Tuberkulosis Pada Pasien

Kepatuhan pasien TB dalam menggunakan obat sangat diperlukan untuk mencapai keberhasilan terapi karena rendahnya kepatuhan pasien terhadap obat yang diresepkan dokter dapat meningkatkan resiko morbiditas, mortalitas, dan resistensi obat baik pada pasien maupun pada masyarakat luas (I, Tri Asti, 2006; *World Health Organization*, 2003a). Bentuk ketidakpatuhan (*non-adherence*) terhadap farmakoterapi bagi penderita TB diantaranya: (Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2005)

1. Tidak mengambil obatnya
2. Minum obat dengan dosis yang salah
3. Minum obat pada waktu yang salah
4. Lupa minum obat
5. Berhenti minum obat sebelum waktunya dll

Bentuk ketidakpatuhan tersebut didukung oleh faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya ketidakpatuhan pada pasien TB, yaitu: (Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2005)

1. Kondisi yang asimtomatik
2. Pemakaian obat lama (kondisi kronis)
3. Pelupa (daya ingat yang kurang baik)
4. Regimen kompleks
5. Jumlah obat yang banyak
6. Ukuran obat yang relatif besar
7. Penderita khawatir akan efek samping
8. Komunikasi yang buruk antara penderita dan dokter/apoteker dll

Karena pentingnya kepatuhan penggunaan obat pada keberhasilan terapi TB, WHO memberikan beberapa strategi untuk meningkatkan kepatuhan pasien TB, salah satunya adalah dengan pemberian intervensi pendidikan kesehatan terhadap pasien. Intervensi pendidikan kesehatan yang dimaksud adalah pemberian informasi tentang penyakit TB dan pentingnya mengikuti pengobatan TB (*World Health Organization*, 2003a), namun dalam prakteknya, intervensi pendidikan kesehatan dalam upaya peningkatan kepatuhan pasien masih sangat kurang diperhatikan sehingga ketidakpatuhan masih terus terjadi.

Pada awal tahun 1990-an WHO dan *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease* (IUATLD) telah mengembangkan strategi penanggulangan TB yang dikenal sebagai strategi *Directly Observed Treatment Short-cours* (DOTS). Program DOTS telah direkomendasikan oleh WHO sebagai strategi dalam penanggulangan TB sejak tahun 1995. Strategi DOTS telah terbukti sebagai strategi penanggulangan yang secara ekonomis paling efektif (*cost-effective*) dan bermanfaat (*cost-benefit*). (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b). World Health Organization (WHO) merekomendasikan 5 komponen strategi DOTS, yaitu (Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2005):

1. Tanggung jawab politis dari para pengambil keputusan (termasuk dukungan dana)
2. Diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopik
3. Pengobatan dengan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung Pengawas Menelan Obat (PMO)
4. Kesiambungan persediaan OAT jangka pendek dengan mutu terjamin
5. Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan TB

Salah satu komponen DOTS adalah pengobatan dengan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung seorang PMO (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011) yang bertujuan meningkatkan kepatuhan pasien terhadap penggunaan OAT. Deskripsi dari pengawas menelan obat dapat dilihat pada Tabel 2.4.

**Tabel 2.4.** Deskripsi Pengawas Menelan Obat

<b>Pengawas Menelan Obat (PMO)</b>
<b>Persyaratan PMO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun pasien, selain itu harus disegani dan dihormati oleh pasien.</li> <li>2. Seseorang yang tinggal dekat dengan pasien.</li> <li>3. Bersedia membantu pasien dengan sukarela.</li> <li>4. Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama</li> </ol>
<b>Siapa yang bisa jadi PMO</b>
Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, dan lain lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.
<b>Tugas seorang PMO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengawasi pasien TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.</li> <li>2. Memberi dorongan kepada pasien agar mau berobat teratur.</li> <li>3. Mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan.</li> <li>4. Memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien TB yang mempunyai gejala-gejala mencurigakan TB untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan.</li> <li>5. Tugas seorang PMO bukanlah untuk mengganti kewajiban pasien mengambil obat dari unit pelayanan kesehatan.</li> </ol>
<b>Informasi penting yang perlu dipahami PMO untuk disampaikan kepada pasien dan keluarganya:</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TB disebabkan kuman, bukan penyakit keturunan atau kutukan</li> <li>2. TB dapat disembuhkan dengan berobat teratur</li> <li>3. Cara penularan TB, gejala-gejala yang mencurigakan dan cara pencegahannya</li> <li>4. Cara pemberian pengobatan pasien (tahap intensif dan lanjutan)</li> <li>5. Pentingnya pengawasan supaya pasien berobat secara teratur</li> <li>6. Kemungkinan terjadinya efek samping obat dan perlunya segera meminta pertolongan ke UPK.</li> </ol>

[sumber: Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b]

Namun, pada prakteknya dampak kepemilikan PMO masih kurang dirasakan oleh pasien sehingga ketidakpatuhan penderita terhadap penggunaan obat tetap terjadi.

Pada pasien TB anak, ketidakpatuhan penggunaan obat juga dipengaruhi oleh ketergantungan anak pada orang tua atau orang lain dalam hal dukungan dan pengawasan penggunaan terapi. Oleh karena itu, bentuk pengawasan dan

dukungan dalam penggunaan terapi harus disesuaikan berdasarkan jenis kelamin dan usia pasien itu sendiri. Pengawasan dan dukungan yang diberikan juga harus memanfaatkan bermacam-macam intervensi yang direkomendasikan serta bentuk layanan pendukung yang tersedia, termasuk konseling dan penyuluhan pasien (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b).

Elemen utama dalam strategi yang berpihak kepada pasien adalah penggunaan cara-cara menilai dan mengutamakan kepatuhan terhadap paduan obat dan menangani kemungkinan terjadinya ketidakpatuhan. Cara-cara ini harus dibuat sesuai keadaan pasien dan dapat diterima oleh kedua belah pihak, yaitu pasien dan penyelenggara pelayanan. Cara-cara ini dapat mencakup pengawasan langsung menelan obat (*directly observed therapy -DOT*) oleh pengawas menelan obat yang dapat diterima dan dipercaya oleh pasien dan sistem kesehatan (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b). Selain itu, kepatuhan pasien anak terhadap pemberian obat sangat sulit terjadi jika anak mengatupkan gigi sehingga pengasuh/orang tua harus berusaha mati-matian untuk memberikan regimen dosis selanjutnya (Osterberg L., Blaschke T., 2005).

## **2.5 Metode-metode Pengukuran Kepatuhan Penggunaan Obat**

Para peneliti dan dokter telah menggunakan berbagai metode dalam upaya mereka untuk, secara adekuat, menilai kepatuhan pasien terhadap rejimen obat dan untuk mengidentifikasikan pasien yang tidak patuh. (Farmer KC, 1999). Metode pengukuran kepatuhan penggunaan obat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu : (Farmer KC, 1999)

### **1. Pengukuran kepatuhan secara langsung**

Pengukuran kepatuhan secara langsung adalah penentuan kadar obat dalam darah dan urin, penggunaan penanda (*marker*) obat pada pengobatan target, dan observasi langsung pada pasien yang menerima pengobatan

### **2. Pengukuran kepatuhan secara tidak langsung**

Pengukuran kepatuhan secara tidak langsung terdiri dari berbagai bentuk laporan mandiri oleh pasien, penghitungan obat (*pill count*), penggunaan perangkat monitoring elektronik, dan tinjauan rekam resep dan klaim.

**Tabel 2.5.** Metode-metode penilaian kepatuhan penggunaan regimen obat

<b>Metode</b>	<b>Tipe Data</b>	<b>Keuntungan</b>	<b>Kerugian</b>
<i>Penentuan kadar obat dalam cairan biologis</i>	Kualitatif	Penggunaan regimen obat terakhir dapat terverifikasi	- Data yang diperoleh hanya terbatas pada penggunaan terakhir - Kinetika spesifik pasien yang bervariasi
<i>Penanda biologis (Biologic markers)</i>	Kualitatif	Penggunaan regimen obat terakhir dapat terverifikasi	- Data yang diperoleh hanya terbatas pada penggunaan terakhir - Kinetika spesifik pasien yang bervariasi
<i>Observasi langsung pada pasien</i>	Kuantitatif	Penggunaan terverifikasi	Tidak praktis dilakukan pada pasien rawat jalan
<i>Wawancara pasien</i>	Kualitatif	-Mudah dipakai -Tidak mahal	Jawaban dipengaruhi oleh penafsiran pertanyaan dan keterampilan pewawancara
<i>Catatan harian pasien</i>	Kuantitatif	Metode laporan mandiri akan menjelaskan regimen obat yang dipakai	- Potensial terjadi keadaan overestimasi - Pasien harus mengembalikan catatan harian
<i>Kuesioner kepatuhan</i>	Kualitatif	-Mudah disampaikan ke pasien (melalui situs,email,telepon) -Sudah divalidasi -Dapat menjelaskan perilaku pasien	- Kurangnya data berkelanjutan - Akurasi bergantung pada instrument yang digunakan
<i>Penghitungan obat (Pill Counts )</i>	Kuantitatif	-Mudah dipakai -Tidak mahal	- Tidak ada data tentang kepatuhan regimen obat - Pasien mungkin lupa atau mengubah jumlah obat yang tidak digunakan
<i>Tinjauan rekam resep (manual)</i>	Kuantitatif	Noninvasif	Hanya terbatas pada lokasi-lokasi spesifik
<i>Tinjauan rekam resep (elektronik)</i>	Kuantitatif	-Nonivasif -Data jangka panjang -Populasi besar	- Diperlukan pengetahuan tentang basis data - Validitas dari variable

<b>Monitoring elektronik</b>	Kuantitatif	Ketepatan data pada kepatuhan terhadap regimen obat	- Mahal - Sulit diakses
------------------------------	-------------	---	----------------------------

[sumber: Farmer KC, 1999]

Begitu banyaknya metode yang dapat dipakai untuk mengukur kepatuhan penggunaan obat, tidak ada satu pengukuran pun yang dapat dianggap sebagai standar emas (*gold standard*) untuk semua tipe penelitian kepatuhan obat sehingga pemilihan metode untuk mengukur kepatuhan penggunaan rejimen obat harus didasarkan pada kegunaan dan keandalan metode tersebut dalam menerangkan tujuan peneliti atau klinisi (Farmer KC, 1999).

Skala Morisky dengan 8 penyusun pertanyaan (*Eight item Morisky scale*), merupakan suatu bentuk kuesioner tervalidasi yang digunakan untuk menilai kepatuhan penggunaan obat. Metode ini relatif sederhana dan praktis digunakan secara klinik. Instrumen ini juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi masalah kepatuhan pasien juga dapat digunakan untuk memantau kepatuhan selama pengobatan. (Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H, 2008)

## 2.6 Intervensi Pendidikan Kesehatan

Intervensi merupakan perlakuan terhadap satu kelompok atau lebih yang diharapkan memberikan perubahan atau pengaruh terhadap kelompok tertentu (Notoatmodjo, 2010). Menurut Osterberg dan Blaschke (2005) salah satu bentuk metode intervensi yang dapat digunakan untuk meningkatkan kepatuhan pasien adalah metode edukasi kesehatan. Pendapat tersebut sesuai dengan salah satu strategi yang di paparkan oleh WHO mengenai pendidikan kesehatan (*World Health Organization*, 2003a). Edukasi atau pendidikan kesehatan pada hakikatnya merupakan suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada suatu kelompok sehingga kelompok tersebut memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik dan akhirnya dapat berpengaruh terhadap perilakunya (Notoatmodjo, 2003). Dalam hal ini, perilaku yang dimaksud adalah adalah perilaku kepatuhan. Pada penerapannya, proses edukasi kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor (disamping informasi yang diberikannya sendiri) yaitu metode penyampaian, pendidik yang menyampaikan, alat-alat bantu, dan



media edukasi. Agar tercapai suatu hasil yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus dapat bekerja sama secara harmonis (Notoatmodjo, 2003).

Ceramah merupakan metode edukasi kelompok besar yang dapat ditujukan kepada peserta penyuluhan (pasien) dengan jumlah lebih dari 15 orang sehingga dapat menjangkau banyak peserta dalam satu kali pemberian. Selain itu, ceramah juga dapat digunakan untuk peserta dengan tingkat pendidikan tinggi maupun rendah (Notoatmodjo, 2003).

Hal-hal yang perlu di perhatikan dalam penggunaan metode ceramah adalah sebagai berikut: (Notoatmodjo, 2003)

#### 2.6.1 Persiapan Ceramah

Ceramah dapat dikatakan berhasil jika penceramah menguasai materi yang akan diberikan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan:

- a. Mempelajari materi dengan sistematika yang baik bila perlu disusun dalam bentuk diagram atau skema
- b. Menyiapkan alat-alat bantu pengajaran misalnya: makalah singkat, slide, transparan, perangkat suara, dan sebagainya

#### 2.6.2 Pelaksanaan Ceramah

Ceramah dapat dikatakan berhasil apabila penceramah dapat menguasai sasaran ceramah. Untuk menguasai sasaran (dalam arti psikologis), penceramah dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Bersikap dan berpenampilan meyakinkan dan tidak boleh bersikap ragu-ragu serta gelisah
- b. Bersuara cukup keras dan jelas
- c. Pandangan harus tertuju ke seluruh peserta ceramah
- d. Berdiri didepan (di pertengahan), tidak boleh duduk
- e. Menggunakan alat bantu lihat semaksimal mungkin

Leaflet merupakan media edukasi dalam bentuk cetak yang menyampaikan informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat dalam bentuk kalimat, gambar, atau kombinasi kedua nya. (Notoatmodjo, 2003; *World Health Organization*, 1988).

Bahan tertulis berupa *leaflet* dapat mencakup hal-hal sebagai berikut:  
(*World Health Organization*, 1988)

1. Mengingatkan kembali secara perorangan akan pesan kesehatan yang akan atau telah mereka pelajari dengan jalan lain
2. Menyediakan informasi tambahan tentang masalah atau praktek kesehatan untuk mereka yang memiliki minat khusus dalam hal itu
3. Menunjukkan langkah yang harus diikuti untuk mencapai tujuan kesehatan tertentu
4. Memberi informasi kepada orang yang mungkin belum pernah menerimanya dengan cara lain

Pembuatan tampilan dan materi dari intervensi pendidikan kesehatan dalam bentuk media tertulis dapat disusun berdasarkan hal-hal sebagai berikut:  
(Ewles dan Simnet, 1994)

1. Materi harus disampaikan secara singkat, lugas dan menggunakan bahasa yang sederhana serta pendek agar tujuan dari materi tetap terjaga
2. Jangan mencantumkan materi-materi yang tidak relevan karena akan mengganggu pesan dan tujuan utama dari materi
3. Kata-kata dan gambar yang ditampilkan harus cukup besar
4. Penggunaan warna dapat menciptakan kesinambungan dan dipakai untuk menonjolkan informasi penting. Pemilihan warna yang dilakukan dengan seksama dapat mempengaruhi respon emosional misalnya penggunaan warna biru memberi kesan dingin, hijau lembut, merah berarti marah dan lain sebagainya
5. Penggunaan kalimat aktif lebih dianjurkan dibandingkan dengan kalimat pasif
6. Berikan penekanan terhadap bagian-bagian materi yang dianggap penting dengan mengubah besar huruf, warna dan letak penulisan

## 2.7 Puskesmas

Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Secara nasional, standar wilayah kerja Puskesmas adalah satu kecamatan. Visi pembangunan kesehatan yang

diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya kecamatan sehat. Kecamatan sehat mencakup 4 indikator utama, yaitu lingkungan sehat, perilaku sehat, cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu, dan derajat kesehatan penduduk. Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional dalam rangka mewujudkan masyarakat mandiri dalam hidup sehat (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no.128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, fungsi Puskesmas ditengah masyarakat ,yaitu:

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan
  - a. Berupaya menggerakkan lintas sektor dunia usaha di wilayah kerjanya agar menyelenggarakan pembangunan berwawasan kesehatan
  - b. Aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya
  - c. Mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan dan pemulihan
2. Pusat pemberdayaan masyarakat

Berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga, dan masyarakat:

  - a. Memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat
  - b. Berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaan
  - c. Ikut menetapkan, menyelenggarakan, dan memantau pelaksanaan program kesehatan
3. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan, yaitu pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Agar tercapainya visi dan misi, Puskesmas melakukan upaya kesehatan wajib Puskesmas dan upaya kesehatan pembangunan puskesmas seperti yang dijelaskan dibawah ini: (Kementerian Kesehatan RI, 2004)

1. Upaya kesehatan wajib puskesmas
  - a. Upaya kesehatan ibu, anak, dan KB
  - b. Upaya promosi kesehatan
  - c. Upaya kesehatan lingkungan
  - d. Upaya perbaikan gizi
  - e. Upaya pencegahan dan pemberantas penyakit menular
  - f. Upaya pengobatan dasar
2. Upaya kesehatan pembangunan
  - a. Dilaksanakan sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat yang ada dan kemampuan Puskesmas
  - b. Bila ada masalah kesehatan tetapi Puskesmas tidak mampu, maka pelaksanaan kesehatan dialihkan ke Dinas Kesehatan kabupaten atau kota

Kota Depok memiliki 32 Puskesmas yang tersebar di 11 kecamatan. Setiap kecamatan memiliki satu buah Puskesmas Kecamatan. Setiap Puskesmas di Kota Depok bertanggung jawab menangani pasien TB yang berada di wilayah kerja Puskesmas. Daftar Puskesmas yang terdapat di Kota Depok dengan rincian proporsi kasus TB triwulan IV 2011 hingga februari 2012 pada masing-masing kecamatan dapat dilihat pada Tabel 2.6.

**Tabel 2.6.** Daftar Puskesmas dan proporsi kasus TB di tiap kecamatan wilayah Depok

No	Kecamatan	Nama Puskesmas	Jumlah Kasus (Pasien)	Total Kasus Tiap Kecamatan
1	Beji	Beji*	9	17
		Kemiri Muka	8	
		Tanah Baru	-	
2	Cimanggis	DTP Cimanggis*	68	98
		Harjamukti	9	
		Mekarsari	7	
		Pasir gunung selatan	-	
		Tugu	14	
3	Tapos	Tapos*	18	72
		Cilangkap	16	
		Cimpaeun	6	
		Jatijajar	15	
		Sukatani	17	
4	Sawangan	Sawangan*	3	8
		Cinangka	-	
		Pasir putih	5	
		Pengasinan	-	
5	Cilodong	Cilodong*	10	14
		Kalimulya	4	
6	Cipayung	Cipayung*	50	50
7	Sukmajaya	DTP Sukmajaya*	13	65
		Abadi jaya	21	
		Bhakti jaya	10	
		Pondok sukmajaya	4	
		Vila pertiwi	17	
8	Cinere	Cinere*	21	21
9	Pancoran mas	Pancoran mas*	40	75
		Depok jaya	13	
		Rangkapan jaya	22	
10	Limo	Grogol*	-	-
11	Bojong sari	Duren seribu*	6	6
		Pondok petir	-	

Keterangan: \*= Puskesmas Kecamatan

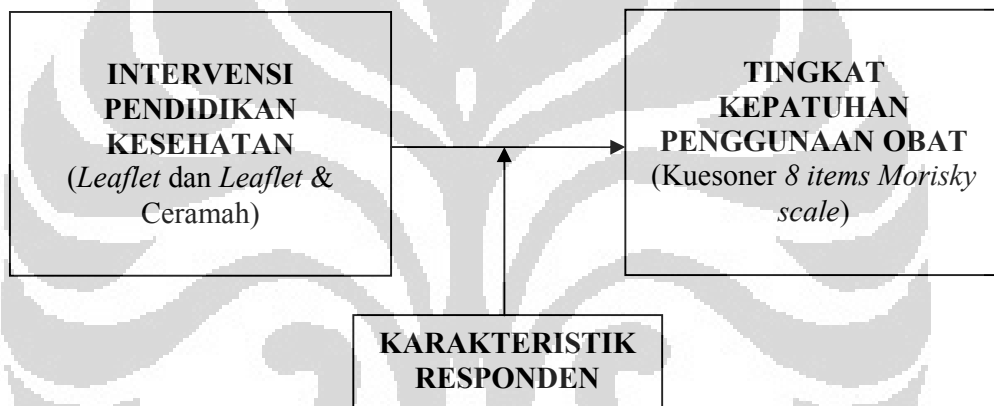
[sumber: Pengendalian Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinkes Kota Depok, 2012]

Berdasarkan data jumlah kasus TB, Kecamatan Cimanggis memiliki jumlah kasus terbanyak. Puskesmas Kecamatan DTP Cimanggis merupakan Puskesmas yang menjangkit pasien TB dengan jumlah terbanyak di daerah tersebut juga di Kota Depok.

## BAB 3 METODE PENELITIAN

### 3.1 Kerangka Konsep

Intervensi pendidikan kesehatan dalam bentuk leaflet dan ceramah dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap penggunaan obat. Efek peningkatan kepatuhan oleh intervensi pendidikan kesehatan akan dipengaruhi oleh karakteristik responden penelitian. Berikut adalah kerangka konsep penelitian yang telah dijelaskan:



**Gambar 3.1.** Skema kerangka konsep penelitian

### 3.2 Definisi Operasional

#### 3.2.1 Karakteristik Responden

##### 3.2.1.1 Sosiodemografi (Husnawati, 2007)

Definisi: Data sosiodemografi adalah data-data sosial dan demografi dari responden penelitian. Responden penelitian adalah seseorang yang menerima langsung pengukuran status kepatuhan penggunaan obat dan menerima langsung pemberian intervensi pendidikan kesehatan. Seseorang yang dimaksudkan disini adalah pasien dewasa penderita penyakit Tuberkulosis sesuai kriteria inklusi penelitian serta pendamping pasien TB anak.

### 3.2.1.2 Jenis Kelamin (Husnawati, 2007)

Definisi : jenis kelamin responden pasien TB dewasa dan pendamping pasien TB anak.

Skala : nominal

Kategori : 1. Laki-laki  
2. Perempuan

### 3.2.1.3 Usia (Husnawati, 2007; Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011a; Dawson dan Trapp, 2004)

Definisi : kelompok usia responden pasien TB dewasa dan pendamping pasien TB anak

Skala : interval

Kategori : 1. 15-30 tahun  
2. 31-45 tahun  
3. 46-60 tahun  
4. >60 tahun

### 3.2.1.4 Tingkat Pendidikan (Husnawati, 2007)

Definisi : pendidikan terakhir responden pasien TB dewasa dan pendamping pasien TB anak

Skala : ordinal

Kategori : 1. Tidak sekolah  
2. SD/SMP  
3. SMA  
4. D3, S1, S2, S3

### 3.2.1.5 Jenis Pekerjaan (Husnawati, 2007)

Definisi : jenis pekerjaan responden pasien TB dewasa dan pendamping pasien TB anak

Skala : nominal

Kategori : 1. Tidak bekerja / tidak bersedia mengisi  
2. Ibu rumah tangga  
3. Pelajar/mahasiswa  
4. Pegawai  
5. Wirausaha

### 3.2.1.6 Pendapatan Keluarga (Husnawati, 2007; Dawson dan Trapp, 2004)

Definisi : pendapatan keluarga responden pasien TB dewasa dan pendamping pasien TB anak

Skala : interval

Kategori : 1. Belum bekerja / tidak bersedia mengisi  
 2. < Rp. 1.000.000  
 3.  $\geq$  Rp. 1.000.000 - < Rp. 2.000.000  
 4.  $\geq$  Rp. 2.000.000 - < Rp. 4.000.000  
 5.  $\geq$  Rp. 4.000.000

### 3.2.1.7 Terapi Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Definisi: Terapi OAT adalah pengobatan anti tuberkulosis yang diterima oleh pasien TB dan dinilai kepatuhan penggunaannya baik secara langsung maupun tidak langsung (melalui pendamping pasien anak).

#### 3.2.1.7.1 Kategori OAT (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

Definisi : jenis kategori OAT yang diterima dan digunakan oleh pasien TB

Skala : ordinal

Kategori : 1. Kategori I  
 2. Kategori II  
 3. Kategori III  
 4. Kategori anak

#### 3.2.1.7.2 Regimen OAT pasien TB dewasa (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

Definisi : regimen atau jumlah OAT yang diterima dan digunakan oleh pasien TB dewasa

Skala : ordinal

Kategori :

1. 2 tablet RHZE – 2 tablet RH
2. 3 tablet RHZE – 3 tablet RH
3. 4 tablet RHZE – 4 tablet RH
4. 5 tablet RHZE – 5 tablet RH
5. 2 tablet RHZE – 2 tablet RH – SISIPAN



- 6. 3 tablet RHZE – 3 tablet RH – SISIPAN
  - 7. 4 tablet RHZE – 4 tablet RH – SISIPAN
  - 8. 5 tablet RHZE – 5 tablet RH – SISIPAN
  - 9. 2 tablet RHZE + injeksi S 500 mg – 2 tablet RHZE – 2 tablet RH+2 tablet E
  - 10. 3 tablet RHZE + injeksi S 750 mg – 3 tablet RHZE – 3 tablet RH+3 tablet E
  - 11. 4 tablet RHZE + injeksi S 1000 mg – 4 tablet RHZE – 4 tablet RH+4 tablet E
  - 12. 5 tablet RHZE + injeksi S 1000 mg – 5 tablet RHZE – 5 tablet RH+5 tablet E
- (Keterangan: R= Rifampisin, H= Isoniazid, Z= Pirazinamid, E= Etambutol, S= Streptomisin, RHZE = Obat Kombinasi Dosis Tetap yang berisi Rifampisin 150 mg, Isoniazid 75 mg, Pirazinamid 400 mg, dan etambutol 275 mg per tablet, Tablet E= Tablet etambutol dengan dosis 400 mg per tablet)

### 3.2.1.2.3 Regimen OAT pasien TB anak (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

Definisi : regimen OAT yang diterima oleh pasien TB anak

Skala : ordinal

Kategori : 1. Isoniazid 50mg/ Rifampisin 75 mg/ Pirazinamid 150mg – Isoniazid 50mg/ Rifampisin 75mg  
 2. Isoniazid 100mg/ Rifampisin 150 mg/ Pirazinamid 300mg – Isoniazid 100mg/ Rifampisin 150mg  
 3. Isoniazid 200mg/ Rifampisin 300 mg/ Pirazinamid 600mg – Isoniazid 200mg/ Rifampisin 300mg

### 3.2.2 Intervensi Pendidikan Kesehatan

Definisi: Intervensi pendidikan kesehatan merupakan perlakuan yang diberikan secara langsung pada pasien TB maupun secara tidak langsung (melalui pendamping pasien TB). Intervensi pendidikan kesehatan bertujuan memberikan pengetahuan tentang terapi dan penyakit tuberkulosis yang terjadi pada pasien. Jenis intervensi pendidikan kesehatan yang digunakan berupa *leaflet* dan ceramah dengan definisi sebagai berikut:

#### 3.2.2.1 Leaflet

Definisi: leaflet merupakan media edukasi berupa media cetak. Leaflet menyampaikan informasi, publikasi, dan pesan-pesan kesehatan melalui lembaran

yang dilipat dan disampaikan pada sasaran pemberian dalam bentuk kalimat, gambar, atau kombinasi kedua nya. Media leaflet dipilih karena materi yang dikemas dalam bentuk leaflet dapat dibaca pada waktu santai pasien sehingga dapat menyesuaikan keadaan pasien. Selain itu bentuk *leaflet* yang ringkas dan dapat dibawa-bawa memungkinkan pasien untuk membagi informasi yang terdapat didalamnya kepada teman dan keluarga (Ewles dan Simnet, 1994). Sasaran pemberian adalah pasien dan atau pendamping pasien TB. Leaflet yang digunakan menyampaikan secara singkat dan menarik tentang materi pendidikan kesehatan yang dapat dilihat pada Lampiran 9 dan 10. Materi *leaflet* disusun berdasarkan acuan media edukasi kesehatan dari CDC-DTBE (*Centers for Disease Control and Prevention Division of Tuberculosis Elimination*, 2011a dan 2011b).

#### 3.2.2.2 Ceramah

Definisi: ceramah merupakan metode penyampaian edukasi kelompok besar yang ditujukan untuk peserta penyuluhan (pasien dan pendamping pasien TB) dengan jumlah lebih dari 15 orang. Ceramah yang digunakan pada penelitian ini memberikan kesempatan kepada pasien dan pendamping untuk bertanya jawab dan berdiskusi dengan pembicara didalam forum. Ceramah diberikan oleh ibu Santi Purna Sari, M.Si, Apt. selaku pembicara ceramah. Materi ceramah yang disampaikan pada responden dapat dilihat pada Lampiran 11. Penyusunan materi ceramah disusun berdasarkan acuan (*Centers for Disease Control and Prevention Division of Tuberculosis Elimination*, 2011a dan 2011b; Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011) yang disesuaikan dengan keadaan responden.

#### 3.2.2 Tingkat Kepatuhan Berdasarkan Kuesioner *8-items Morisky Scale*

Definisi: Kuesioner *8-item Morisky scale* merupakan instrumen pengukur tingkat kepatuhan berupa kuesioner tervalidasi yang terdiri dari delapan pertanyaan berskala ordinal dengan pemberian penilaian jawaban sebagai berikut:

- Pertanyaan pertama hingga ketujuh (kecuali pertanyaan kelima) mendapatkan nilai 1 untuk setiap jawaban “ya”.
- Pertanyaan kelima mendapatkan nilai 1 untuk jawaban “tidak”.

- Pertanyaan kedelapan mendapatkan nilai 0 untuk jawaban “tidak pernah/jarang sekali” dan mendapatkan nilai 1 untuk jawaban “sekali-sekali, terkadang, biasanya, dan setiap saat”.

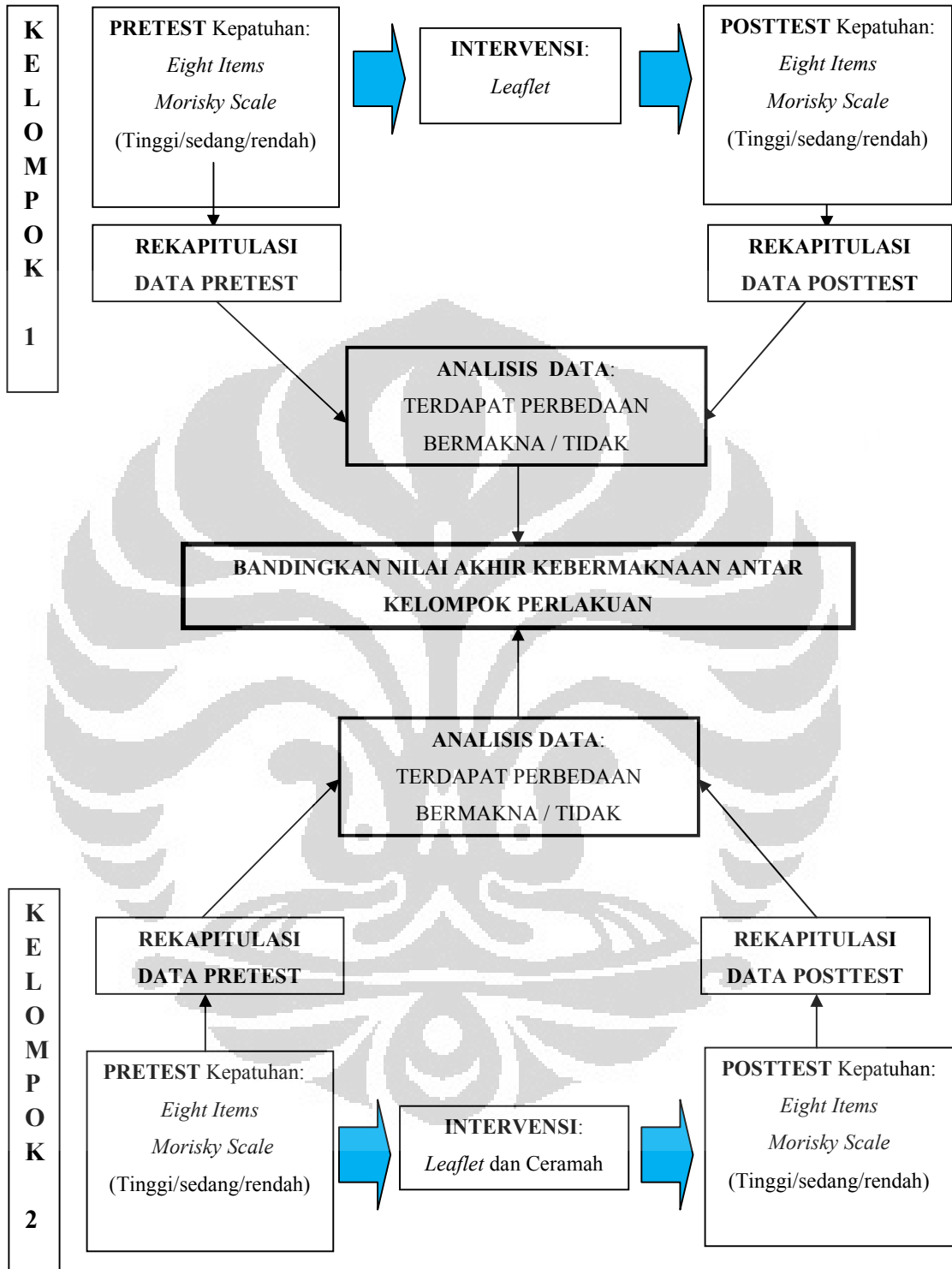
Skala : ordinal

Kategori kepatuhan menurut *8-item Morisky scale*: (Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ, 2008)

1. Kepatuhan rendah : Jumlah nilai  $> 2$
2. Kepatuhan sedang : Jumlah nilai 1-2
3. Kepatuhan tinggi : Jumlah nilai 0

### 3.3 Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian intervensi (*intervention study*) dengan metode *two groups pretest posttest*. Pengukuran dan pengambilan data dilakukan melalui wawancara bebas terpimpin dengan pedoman pertanyaan berupa kuesioner *8-items Morisky scale*. Responden penelitian dibagi menjadi dua kelompok. Kelompok perlakuan 1 adalah kelompok dengan pasien yang hanya menerima intervensi *leaflet* saja. Kelompok perlakuan 2 adalah kelompok dengan pasien yang menerima intervensi *leaflet* dan ceramah. Sebelum dan sesudah pemberian intervensi pada masing-masing kelompok, dilakukan pengukuran status tingkat kepatuhan penggunaan obat pada subjek penelitian dengan wawancara menggunakan penuntun pertanyaan berupa kuesioner *8-items Morisky Scale*. Hasil dari kedua kelompok tersebut kemudian dibandingkan untuk melihat adanya perbedaan status kepatuhan pasien. Rancangan penelitian secara ringkas dapat dilihat pada skema berikut:



**Gambar 3.2.** Skema rancangan penelitian

### 3.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian

- 3.4.1 Lokasi penelitian : penelitian dilakukan di Puskesmas Kecamatan Cimanggis Kota Depok.
- 3.4.2 Waktu penelitian : penelitian dilakukan selama bulan Maret hingga Juni 2012

### 3.5 Populasi Dan Sampel

#### 3.5.1 *Pretest*

- a. Populasi adalah semua pasien tuberkulosis atau pendamping pasien tuberkulosis yang terdaftar berobat di Puskesmas Kecamatan Cimanggis dan mulai pengobatan pada bulan November 2011 - Maret 2012. Pendamping pasien adalah seseorang yang mengawasi pasien saat mengkonsumsi / menelan obat (PMO = Pengawas Menelan Obat). Pendamping pada pasien TB anak dan lansia (yang membutuhkan pendamping) berperan sebagai perantara penerima intervensi
- b. Sampel penelitian adalah pasien tuberkulosis atau pendamping pasien tuberkulosis yang sesuai dengan kriteria inklusi yang terdaftar berobat di Puskesmas Kecamatan Cimanggis dan mulai pengobatan pada bulan November 2011 - Maret 2012. Pengambilan jumlah sampel dilakukan dengan metode total sampling.

#### 3.5.2 *Posttest*

- a. Populasi adalah semua pasien tuberkulosis atau pendamping pasien tuberkulosis yang telah menjalani *pretest* yang terdaftar berobat di Puskesmas Kecamatan Cimanggis dan mulai pengobatan pada bulan November 2011 - Maret 2012.
- b. Sampel penelitian adalah pasien tuberkulosis atau pendamping pasien tuberkulosis yang telah menjalani proses *pretest* (pasien *pretest*) dan bersedia menerima intervensi yang diperuntukkan bagi pasien tersebut.

### 3.6 Kriteria Inklusi Dan Eksklusi

#### 3.6.1 Inklusi:

- a. Pasien semua umur dengan diagnosis tuberkulosis yang berobat di Puskesmas Kecamatan Cimanggis pada saat pengumpulan data dilakukan, mendapatkan

OAT, dan terdaftar memulai pengobatan pada bulan November 2011 - Maret 2012.

- b. Pasien atau pendamping pasien yang bersedia diwawancara dan bersedia menerima intervensi pendidikan kesehatan.

### 3.7.2 Eksklusi:

- a. Pasien atau pendamping pasien yang tidak dapat membaca (buta huruf)  
b. Pasien yang tidak mengikuti proses *posttest*

## 3.7 Etika Penelitian

Sebelum peneliti melakukan wawancara untuk pengumpulan data *pretest*, terlebih dahulu peneliti meminta kesediaan pasien untuk menjadi responden melalui penandatanganan form kesediaan responden (Lampiran 1). Dengan menandatangani form kesediaan, pasien bersedia untuk menjawab pertanyaan mengenai pengobatan yang sedang mereka gunakan (Lampiran 2, 3, 4, dan 5).

## 3.8 Alur Perizinan Penelitian

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti mengajukan permohonan ijin (Lampiran 6, 7, dan 8) untuk melakukan penelitian dan memperoleh data yang diperlukan dalam penelitian dengan alur seperti pada Gambar 3.3



Keterangan: Kesbangpol dan Linmas = Kesatuan Bangsa, Politik, dan Perlindungan Masyarakat

**Gambar 3.3** Alur pengajuan ijin dan permohonan data penelitian

## 3.9 Alur Pengambilan Data Penelitian

Pengambilan data penelitian dilakukan dengan metode wawancara bebas terpimpin terhadap pasien atau pendamping pasien. Data dikumpulkan dengan tahapan sebagai berikut: (Lampiran 12)

- a. Pemilihan sampel pasien di Puskesmas Kecamatan Cimanggis melalui sumber data primer buku register pasien TB Puskesmas Kecamatan Cimanggis.
- b. Pemberian form kesediaan responden pada pasien atau pendamping pasien (Lihat lampiran 1)
- c. Pengambilan data *pretest* tingkat kepatuhan pasien (secara langsung maupun melalui perantara pendamping pasien) yang disampaikan dengan metode wawancara bebas terpimpin dengan pedoman pertanyaan berupa kuesioner *8-items Morisky scale* (Lampiran 2 dan 3) sesuai dengan definisi operasional.
- d. Pengumpulan data sosiodemografi pasien atau pendamping pasien (Lampiran 4 dan 5).
- e. Pemberian intervensi *leaflet* (Lampiran 9 dan 10) sesuai definisi operasional dan undangan untuk hadir dalam intervensi ceramah.
- f. Pemberian intervensi ceramah (Lampiran 11) pada pasien yang bersedia menerima intervensi sesuai definisi operasional.
- g. Pengukuran *posttest* tingkat kepatuhan (secara langsung maupun melalui perantara pendamping pasien) pada pasien anggota kelompok 1 dilakukan mulai tanggal 23 April 2012 (setelah proses pengelompokan) sedangkan pada pasien anggota kelompok 2 dilakukan mulai tanggal 7 Mei 2012 (minggu ke tiga setelah pemberian intervensi ceramah).
- h. Rekapitulasi dan pengolahan data *pretest-posttest* tingkat kepatuhan pasien dan data sosiodemografi masing-masing pasien

### 3.10 Pengolahan Data

Proses pengolahan data dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

#### 3.10.1 *Editing*

Tahapan *editing* bertujuan untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diambil dan mengeluarkan data yang tidak memenuhi kriteria penelitian. Tahapan *editing* dapat dilakukan pada saat dilakukan pengambilan data atau setelah semua data selesai diambil (Sarwono, 2006).

#### 3.10.2 *Coding*

Tahapan *coding* merupakan kegiatan pemberian kode numerik terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori (Sarwono, 2006).

### 3.10.3 *Entry data*

Tahapan *entry data* merupakan kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam *master table* atau *database* komputer (Sarwono, 2006).

### 3.10.4 *Cleaning Data*

Tahapan *cleaning data* merupakan kegiatan pemeriksaan kembali data yang telah dimasukkan. Tahapan ini bertujuan untuk memastikan membersihkan data dari kesalahan yang mungkin ada sehingga siap dianalisis (Sarwono, 2006).

### 3.10.5 Analisis Data

#### 3.10.5.1 Statistik Deskriptif

Statistik deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan dan meringkas data penelitian sehingga peneliti dapat mengetahui karakteristik data yang diperoleh (Uyanto, 2009; Dahlan, 2011). Statistik deskriptif yang digunakan pada penelitian ini adalah deskripsi frekuensi karakteristik pasien, normalitas, dan homogenitas data penelitian. Jika pada deskripsi uji normalitas dan homogenitas data didapatkan hasil nilai  $p < 0,05$  maka data penelitian dideskripsikan sebagai data yang tidak terdistribusi normal dan tidak homogen (Uyanto, 2009; Dahlan, 2011)

#### 3.10.5.2 Analisis Bivariat

##### 3.10.5.2.1 Uji Wilcoxon

Uji Wilcoxon adalah uji statistik nonparametrik yang digunakan untuk membandingkan dua kelompok data berpasangan yang tidak terdistribusi normal (Uyanto, 2009). Dalam penelitian ini, uji Wilcoxon digunakan untuk menganalisis pengaruh pemberian intervensi pendidikan kesehatan terhadap tingkat kepatuhan penggunaan OAT oleh responden pasien tuberkulosis. Melalui uji Wilcoxon dilakukan penarikan kesimpulan berdasarkan dua macam hipotesis, yaitu (Uyanto, 2009):

1. Hipotesis dua sisi (*two-sided* atau *two tailed*)

Penggunaan hipotesis dua sisi dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan yang bermakna pada tingkat kepatuhan penggunaan OAT oleh responden pasien tuberkulosis pada saat sebelum dan sesudah pemberian intervensi pendidikan kesehatan. Perbedaan dikatakan terjadi secara bermakna jika hasil uji memberikan nilai  $p < \alpha$ .



## 2. Hipotesis satu sisi (*one-sided* atau *one-tailed*)

Penggunaan hipotesis satu sisi dilakukan untuk mengetahui arah (peningkatan atau penurunan) dari perbedaan yang terjadi pada kedua kelompok data berpasangan pretest dan posttest. Interpretasi hasil hipotesis satu sisi dilakukan dengan membagi dua nilai  $p$  dari hasil uji Wilcoxon terlebih dahulu. Hasil pembagian dari nilai  $p$  kemudian dibandingkan dengan nilai  $\alpha$ . Peningkatan atau penurunan yang terjadi dikatakan bermakna jika hasil pembagian tersebut  $< \alpha$ .

### 3.10.5.2.2 Uji Kesetaraan Kelompok

Uji kesetaraan kelompok dilakukan untuk memastikan kedua kelompok perlakuan intervensi pendidikan kesehatan dapat dibandingkan secara statistik. Uji kesetaraan kelompok dilakukan pada variabel penyusun data masing-masing kelompok, yaitu variabel sosiodemografi dan terapi OAT. Uji yang digunakan disesuaikan dengan jenis variabel yang akan diujikan. Variabel dengan jenis kontinum (*continuous variable*) dilakukan pengujian kesetaraan dengan uji Mann-Whitney sedangkan variabel jenis kategori (*categorical variables*) dilakukan dengan uji Khi-Kudrat dan uji mutlak Fisher (Morgado M, Rolo S, Castelo-Branco M, 2011). Uji mutlak Fisher merupakan uji alternatif Khi-Kuadrat yang hanya digunakan jika variabel uji jenis kategori tidak memenuhi persyaratan uji Khi-Kuadrat. Uji Khi-Kuadrat memiliki persyaratan sebagai berikut (Dahlan, 2011):

1. Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai harapan (*expexted*) lebih kecil dari 1
2. Tidak lebih dari 20% sel mempunyai nilai harapan lebih kecil dari 5

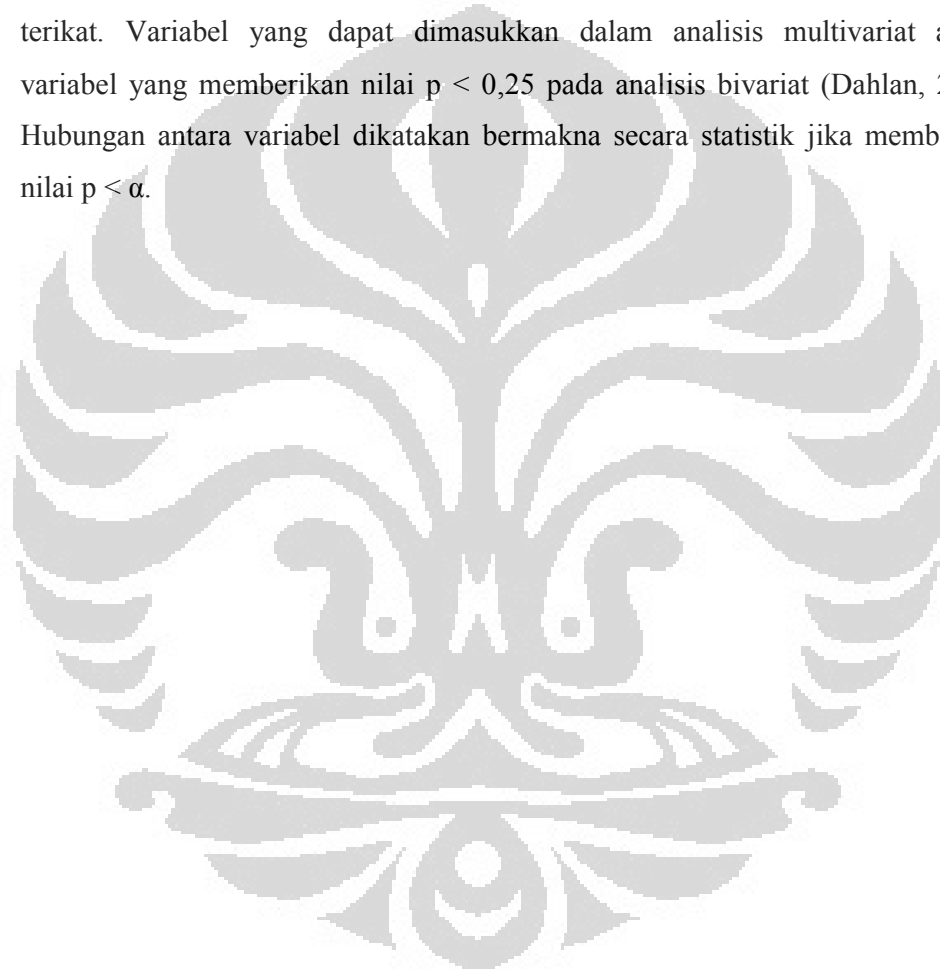
Kedua kelompok dikatakan setara secara statistik dan dapat dibandingkan jika hasil uji memberikan nilai  $p > \alpha$ .

### 3.10.5.2.3 Uji tabulasi silang Khi-Kuadrat dan uji tabulasi silang mutlak Fisher

Uji tabulasi silang digunakan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik responden dengan perubahan status kepatuhan penggunaan OAT yang terjadi pada masing-masing kelompok perlakuan. Masing-masing variabel uji dikatakan memberikan pengaruh yang bermakna secara statistik jika memberikan nilai  $p < \alpha$ .

### 3.10.5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan uji regresi logistik dan merupakan kelanjutan dari analisis bivariat yang memiliki hasil kebermaknaan statistik. Uji ini dilakukan untuk mengetahui seberapa besar sumbangan secara bersama-sama dari beberapa variabel bebas terhadap variabel terikat yang diujikan (Sidhi, 2010). Variabel bebas yang diujikan pada analisis multivariat adalah variabel karakteristik responden terhadap kepatuhan yang berperan sebagai variabel terikat. Variabel yang dapat dimasukkan dalam analisis multivariat adalah variabel yang memberikan nilai  $p < 0,25$  pada analisis bivariat (Dahlan, 2011). Hubungan antara variabel dikatakan bermakna secara statistik jika memberikan nilai  $p < \alpha$ .



## BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Deskripsi Puskesmas Kecamatan Cimanggis

Kecamatan Cimanggis Kota Depok memiliki satu Puskesmas kecamatan dan empat Puskesmas kelurahan. Kelima Puskesmas tersebut membagi tugas pelayanan kesehatan masyarakat berdasarkan wilayah kerja yang telah di sepakati. Daerah yang menjadi tanggung jawab wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Cimanggis yaitu daerah Curug dan Cislak Pasar.

Kesepakatan pembagian wilayah kerja yang dimiliki Puskesmas bersifat menyesuaikan kebutuhan pasien. Hal ini menyebabkan Puskesmas tetap berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yang berasal dari luar wilayah kerja. Puskesmas Kecamatan Cimanggis cukup banyak melayani pasien dari luar wilayah kerja karena letak Puskesmas yang mudah dicapai dan cukup strategis yaitu berada tepat dipinggir Jalan Raya Bogor.

Puskesmas Kecamatan Cimanggis dipimpin oleh dr.H.Hendrik Alamsyah selaku kepala Puskesmas yang tidak berkewajiban untuk melakukan pekerjaan pelayanan kesehatan namun bertugas memimpin, mengkoordinasi, dan mengendalikan seluruh kegiatan Puskesmas baik dalam bidang pelayanan kesehatan maupun tugas perbantuan yang diberikan oleh kepala Dinas Kesehatan Kota Depok.

Puskesmas Kecamatan Cimanggis memiliki jumlah tenaga kesehatan fungsional yang bertugas melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan kompetensi masing-masing. Rincian tenaga kesehatan fungsional di Puskesmas Kecamatan Cimanggis dapat dilihat pada Tabel 4.1

**Tabel 4.1.** Tenaga Kesehatan Fungsional Puskesmas Kecamatan Cimanggis

Kompetensi Tenaga Kesehatan Fungsional	Jumlah	Kompetensi Tenaga Kesehatan Fungsional	Jumlah
Dokter umum	5	Ahli gizi	1
Dokter gigi	2	Analisis kesehatan	1
Apoteker	1	Sanitarian	1
Perawat	10	Bidan	9

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik Dinas Kesehatan Kota Depok tahun 2011, jumlah penduduk yang menjadi tanggung jawab pelayanan kesehatan Puskesmas Kecamatan Cimanggis sebesar 46.354 jiwa dengan jumlah rata-rata kunjungan pasien berdasarkan laporan bulanan kegiatan Puskesmas Kecamatan Cimanggis tahun 2012 pada bulan Maret-Mei mencapai angka 5.476 pasien perbulannya. Jumlah tenaga kesehatan fungsional pada Puskesmas Kecamatan Cimanggis terlihat kurang sebanding dengan tingkat kebutuhan pelayanan wilayah kerja Puskesmas jika dibandingkan dengan indikator sumberdaya kesehatan dari program Indonesia Sehat 2010 (Kementerian Kesehatan RI, 2003). Hal ini menyebabkan beberapa tenaga kesehatan harus merangkap tanggung jawab pelayanan kesehatan di lebih dari satu fasilitas kesehatan yang dimiliki puskesmas. Rincian fasilitas kesehatan yang dimiliki Puskesmas Kecamatan Cimanggis dapat dilihat pada Tabel 4.2

**Tabel 4.2.** Daftar fasilitas pelayanan kesehatan Puskesmas Kecamatan Cimanggis

Fasilitas Pelayanan Kesehatan	
Ruang Tindakan	Poli Paru (P2M <sup>2</sup> Tuberkulosis)
Poli Umum	Rawat Inap
Poli Lansia	Persalinan dan KB <sup>3</sup>
Poli Anak dan MTBS <sup>1</sup>	Laboratorium
Poli Gigi	Instalasi Farmasi

Keterangan : <sup>1</sup> MTBS= Manajemen Terpadu Balita Sehat; <sup>2</sup>PPM = Pengendalian Penyakit Menular; <sup>3</sup>KB= Keluarga Berencana

Fasilitas kesehatan Pengendalian Penyakit Menular Tuberkulosis (PPM TB) Puskesmas Kecamatan Cimanggis merupakan tempat penanganan pasien yang telah didiagnosis menderita penyakit tuberkulosis. Penanganan pasien TB di Puskesmas Kecamatan Cimanggis dilakukan berdasarkan program DOTS, sesuai dengan rekomendasi Kementerian Kesehatan dan WHO. Bentuk penanganan yang diberikan pada pasien tuberkulosis adalah pemberian pengobatan, pemantauan perkembangan keberhasilan terapi, dan perkembangan kondisi klinis pasien setelah pemberian OAT. Penanganan tersebut diberikan dengan penyediaan waktu konsultasi keadaan klinis dan efek samping obat yang mungkin terjadi pada pasien. Waktu konsultasi PPM TB di Puskesmas Kecamatan Cimanggis

dilaksanakan setiap hari Rabu sehingga pasien diarahkan untuk datang pada hari tersebut. Tenaga kesehatan yang bertanggung jawab terhadap penanganan dan konsultasi pasien pada poli PPM TB adalah Ibu Endang Sarwosih dengan kompetensi perawat penyelia terlatih.

Penyampaian OAT kepada pasien TB memiliki alur yang berbeda dibandingkan pemberian obat-obat jenis lain di Puskesmas. Obat Anti Tuberkulosis diberikan kepada pasien bukan melalui instalasi farmasi Puskesmas namun melalui PPM TB. Instalasi farmasi puskesmas hanya berfungsi sebagai media penyimpanan OAT tanpa bertugas menyampaikan langsung kepada pasien TB.

Obat anti tuberkulosis yang tersedia di Puskesmas Kecamatan Cimanggis adalah paket OAT kategori I bentuk KDT, paket OAT kategori II bentuk KDT, paket OAT sisipan bentuk KDT, paket OAT kategori anak bentuk kombipak, dan paket OAT kategori anak bentuk KDT. Masing-masing paket OAT diberikan oleh PPM TB kepada pasien sesuai kondisi klinis. Karena OAT sangat mungkin memberikan efek samping obat terhadap pasien, PPM TB bertanggung jawab dalam memberikan penjelasan singkat kepada pasien tentang pengobatan yang diterima serta efek samping obat yang dapat timbul.

#### **4.2 Karakteristik Pasien Tuberkulosis dan Responden di Puskesmas Kecamatan Cimanggis**

Pasien tuberkulosis di Puskesmas Kecamatan Cimanggis yang sesuai dengan kriteria inklusi dan bersedia menjadi responden penelitian berjumlah 66 orang. Pasien dibagi menjadi dua kelompok perlakuan berdasarkan kesediaan pasien untuk menerima intervensi pendidikan kesehatan yang diajukan. Kelompok 1 adalah kelompok pasien yang bersedia menerima intervensi pendidikan kesehatan berupa *leaflet*. Kelompok 2 adalah kelompok pasien yang bersedia menerima kombinasi intervensi pendidikan kesehatan berupa *leaflet* dan ceramah. Jumlah pasien yang berada pada kelompok perlakuan 1 sebanyak 34 pasien (Lampiran 33) dan pada kelompok perlakuan 2 sebanyak 32 pasien (Lampiran 34)

Pasien yang bersedia menjadi responden penelitian memiliki karakteristik yang rinciannya dapat dilihat pada Tabel 4.3.

**Tabel 4.3.** Karakteristik pasien & responden penelitian dan kesetaraan kelompok

<b>Karakteristik</b>	<b>Kelompok 1 (n=34)</b>	<b>Kelompok 2 (n=32)</b>	<b>kesetaraan antar kelompok (<i>p-value</i>)</b>	
Jenis Kelamin Pasien	Perempuan	<b>18 (52,9%)</b>	<b>19 (59,4%)</b>	-
	Laki-laki	16 (47,1%)	13 (40,6%)	
Jenis Kelamin Responden <sup>K</sup>	Perempuan	<b>21 (61,8%)</b>	<b>22 (68,8%)</b>	0,014*
	Laki-laki	13 (38,2%)	10 (31,3%)	
Jenis Kelamin Pendamping Pasien anak	Perempuan	<b>9 (100,0%)</b>	<b>9 (100,0%)</b>	-
	Laki-laki	0 ( 0,0%)	0 ( 0,0%)	
Kelompok Usia Pasien	Anak-anak	9 (26,5%)	9 (28,1%)	-
	Dewasa	<b>22 (64,7%)</b>	<b>22 (68,7%)</b>	
	Lansia	3 ( 8,8%)	1 ( 3,2%)	
Kategori Usia Pasien Anak	1-5 tahun	3 (33,3%)	<b>4 (44,4%)</b>	-
	6-12 tahun	<b>4 (44,4%)</b>	<b>4 (44,4%)</b>	
	13-14 tahun	2 (22,3%)	1 (11,2%)	
Kategori Usia Pasien Dewasa	15-30 tahun	<b>8 (32,0%)</b>	5 (21,7%)	-
	31-45 tahun	6 (24,0%)	<b>15 (65,2%)</b>	
	46-60 tahun	<b>8 (32,0%)</b>	2 ( 8,7%)	
	>60 tahun	3 (12,0%)	1 ( 4,4%)	
Kategori Usia Pendamping Pasien Anak	19-30 tahun	2 (22,3%)	4 (44,4%)	-
	31-45 tahun	<b>4 (44,4%)</b>	<b>5 (56,6%)</b>	
	46-60 tahun	3 (33,3%)	0 ( 0,0%)	
Kategori Usia Responden <sup>M</sup>	15-30 tahun	10 (29,4%)	9 (28,1%)	0,113
	31-45 tahun	10 (29,4%)	<b>20 (62,5%)</b>	
	46-60 tahun	<b>11 (32,4%)</b>	2 ( 6,3%)	
	>60 tahun	3 ( 8,8%)	1 ( 3,1%)	
Tingkat Pendidikan Pasien Anak	Belum sekolah	2 (22,2%)	<b>4 (44,5%)</b>	-
	TK	1 (11,1%)	1 (11,1%)	
	SD	<b>4 (44,5%)</b>	3 (33,3%)	
	SMP	2 (22,2%)	1 (11,1%)	
Tingkat Pendidikan Pasien Dewasa	Tidak Sekolah	1 ( 4,0%)	0 ( 0,0%)	-
	SD/SMP	<b>11 (44,0%)</b>	<b>12 (52,2%)</b>	
	SMA	<b>11 (44,0%)</b>	11 (47,8%)	
	D3/S1/S2/S3	2 ( 8,0%)	0 ( 0,0%)	

Tingkat Pendidikan Pendamping Pasien Anak			
Tidak Sekolah	0 ( 0,0%)	0 ( 0,0%)	
SD/SMP	<b>5 (55,6%)</b>	4 (44,4%)	
SMA	4 (44,4%)	<b>5 (56,6%)</b>	
D3/S1/S2/S3	0 ( 0,0%)	0 ( 0,0%)	
Tingkat Pendidikan Responden <sup>M</sup>			
Tidak Sekolah	1 ( 2,9%)	0 ( 0,0%)	0,908
SD/SMP	<b>16 (47,1%)</b>	<b>16 (50,0%)</b>	
SMA	15 (44,1%)	<b>16 (50,0%)</b>	
D3/S1/S2/S3	2 ( 5,9%)	0 ( 0,0%)	
Jenis Pekerjaan <sup>K</sup>			
Tidak Bekerja/Tidak Bersedia Mengisi Ibu Rumah Tangga	2 ( 5,9%) <b>15 (44,1%)</b>	3 ( 9,4%) 13 (40,6%)	0,000*
Pelajar/Mahasiswa	2 ( 5,9%)	2 ( 6,3%)	
Pegawai	7 (20,6%)	<b>8 (25,0%)</b>	
Wirausaha	8 (23,5%)	6 (18,8%)	
Pendapatan Keluarga <sup>M</sup>			
Belum Bekerja/Tidak Bersedia Mengisi <Rp 1.000.000	8 (23,5%) 7 (20,6%)	7 (21,9%) 4 (12,5%)	0,701
Rp ≥ 1.000.000 - <2.000.000	<b>13 (38,2%)</b>	<b>17 (53,1%)</b>	
Rp ≥2.000.000 - ≤ 4.000.000	5 (14,7%)	4 (12,5%)	
≥ Rp 4.000.000	1 ( 2,9%)	0 ( 0,0%)	
Kategori OAT <sup>M</sup>			
Kategori I	12 (35,3%)	10 (31,3%)	0,837
Kategori II	0 ( 0,0%)	1 ( 3,1%)	
Kategori III	<b>14 (41,2%)</b>	<b>13 (40,6%)</b>	
Kategori Anak	8 (23,5%)	8 (25,0%)	
Regimen Dosis OAT Kategori Dewasa <sup>M</sup>			
1. 2 tab RHZE- 2 tab RH	2 ( 7,7%)	3 (12,5%)	0,188
2. 3 tab RHZE- 3 tab RH	<b>20 (76,9%)</b>	<b>11 (45,8%)</b>	
3. 4 tab RHZE- 4 tab RH	2 ( 7,7%)	6 (25,0%)	
4. 5 tab RHZE- 5 tab RH	0 ( 0,0%)	1 ( 4,2%)	
5. 4 tabRHZE+S inj 1000mg - 4 tab RHZE - 4 tab RH +4 tab E 400	0 ( 0,0%)	1 ( 4,2%)	
6. 4 tab RHZE(150/75/400/275) - 4 tab RH(150/150) + Sisipan	2 ( 7,7%)	0 ( 0,0%)	
7. 3 tab RHZE(150/75/400/275) - 3 tab RH(150/150) + Sisipan	0 ( 0,0%)	2 ( 8,3%)	
Regimen Dosis OAT Kategori Anak <sup>M</sup>			
1. HRZ( 50/ 75/150)-HR( 50/ 75)	1 (12,5%)	2 (25,0%)	0,777
2. HRZ(100/150/300)-HR(100/150)	<b>4 (50,0%)</b>	<b>3 (37,5%)</b>	
3. HRZ(200/300/600)-HR(200/300)	3 (37,5%)	<b>3 (37,5%)</b>	

Keterangan: <sup>K</sup> = Pengujian kesetaraan dengan uji Khi-Kudrat, <sup>M</sup> = Pengujian kesetaraan dengan *Mann-Whitney Test*,  $p \geq 0,05$ = kedua kelompok yang dibandingkan setara secara statistik,  $p < 0,05$ = kedua kelompok yang dibandingkan tidak setara secara statistik.

Berdasarkan hasil yang didapat, sebagian besar pasien TB di Puskesmas Kecamatan Cimanggis berjenis kelamin perempuan. Tingginya jumlah pasien perempuan tidak sama dengan beberapa penelitian yang memberikan data bahwa mayoritas pasien penderita TB memiliki jenis kelamin laki-laki (Husnawati, 2007; Talarico et al, 2011). Walaupun terlihat ada perbedaan namun hal tersebut kemungkinan besar dapat dipengaruhi dari waktu dan lokasi dilaksanakannya masing-masing penelitian.

Responden penelitian pada kedua kelompok mayoritas berjenis kelamin perempuan. Responden penelitian merupakan seseorang yang diwawancarai langsung menggunakan kuesioner kepatuhan Morisky dan menerima langsung intervensi pendidikan.

Sebagian besar pasien TB berasal dari kategori umur dewasa. Pada kelompok perlakuan leaflet, sebagian besar pasien memiliki kategori umur 15-30 tahun dan 46-60 tahun. Sedangkan pada kelompok perlakuan leaflet dan ceramah, pasien dewasa didominasi oleh kategori umur 31-45 tahun. Hal ini sesuai dengan literatur yang menyatakan bahwa sekitar 75% pasien TB berasal dari kategori usia produktif secara ekonomis (15-50 tahun) (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b).

Berdasarkan rekapitulasi data, pasien tuberkulosis anak ternyata menunjukkan proporsi yang cukup besar, yaitu 26,5% dari seluruh anggota kelompok 1 dan 28,1% dari seluruh anggota kelompok 2. Hasil ini menunjukkan nilai proporsi yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan proporsi kasus TB anak di Indonesia tahun 2009 yang hanya sebesar 10,45% dari seluruh kasus TB yang ada (Kementrian Kesehatan RI, 2011). Besarnya proporsi kasus TB anak pada Puskesmas Kecamatan Cimanggis mungkin disebabkan karena pasien anak yang datang untuk mendapatkan pengobatan TB tidak hanya berasal dari wilayah kerja Puskesmas. Hal ini menyebabkan jumlah pasien anak yang ada merupakan jumlah akumulasi dari beberapa kelurahan yang bukan termasuk wilayah kerja Puskesmas. Keadaan pasien anak yang rentan mengalami malnutrisi dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh sehingga menyebabkan anak-anak lebih mudah tertular penyakit TB (Notoatmodjo, 2003; World Health Organization, 2009).



Pasien TB anak pada kelompok 1 sebagian besar berasal dari pasien dengan kategori umur 6-12 tahun dengan tingkat pendidikan SD. Sedangkan pada kelompok 2, sebagian besar pasien berasal dari kategori umur 1-5 tahun dan 6-12 dan sebagian besar belum sekolah. Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas pasien anak berasal dari kelompok umur yang masih sangat bergantung pada orang tua atau orang dewasa. Ketergantungan pasien anak terhadap orang tua atau orang lain dalam menjamin kesehatannya juga dapat menjadi salah satu faktor yang mendukung besarnya proporsi kasus TB anak yang terlihat karena pasien masih belum dapat menjamin kesehatannya sendiri.

Pasien tuberkulosis anak pada penelitian ini di dampingi oleh pendamping pasien yang bertugas menjadi responden dan mewakili penerimaan intervensi pendidikan kesehatan. Semua pendamping pasien anak di kedua kelompok perlakuan berjenis kelamin perempuan yang sebagian besar berasal dari kategori umur 31-45 tahun dengan mayoritas memiliki pekerjaan sebagai ibu rumah tangga. Keadaan ini sesuai dengan literatur (Susilo M., 2008) yang menyatakan bahwa ibu rumah tangga mempunyai waktu yang lebih banyak untuk mengontrol kesehatan anaknya.

Berdasarkan rekapitulasi data kelompok umur responden yang menerima intervensi secara langsung, sebagian besar responden kelompok 1 berasal dari kelompok umur 46-60 tahun sedangkan pada kelompok 2 mayoritas berasal dari kelompok umur 31-45 tahun. Responden kelompok 2 dapat dikatakan berasal dari golongan umur yang lebih muda sehingga kondisi fisik mereka lebih baik dibandingkan responden kelompok 1. Kondisi fisik yang lebih baik inilah yang mungkin memberikan kesempatan yang lebih besar bagi responden untuk hadir dan menerima intervensi pendidikan kesehatan dalam bentuk ceramah.

Tingkat pendidikan pasien dewasa pada kelompok 1 sebagian besar berasal dari latar belakang pendidikan SD/SMP dan SMA. Sedangkan pada kelompok 2 sebagian besar hanya berlatar belakang pendidikan SD/SMP. Pasien dewasa pada kelompok 2, yang dapat dikatakan memiliki tingkat pengetahuan yang relatif lebih rendah, ternyata memiliki keingintahuan yang lebih tinggi terhadap keadaan penyakit yang mereka derita. Hal ini dapat terlihat dari kesediaan mereka dalam meluangkan waktu dan tenaga untuk datang serta

menerima intervensi pendidikan kesehatan dalam bentuk ceramah. Keadaan ini mungkin disebabkan karena pasien merasa masih kurang mengerti tentang keadaan penyakit yang sedang mereka derita.

Sebagian besar pendamping pasien anak pada kelompok perlakuan 2 memiliki latar belakang pendidikan SMA. Sedangkan pada kelompok 1, para pendamping sebagian besar hanya berasal dari latar belakang pendidikan SD/SMP. Pendamping pasien anak pada kelompok 2 memiliki tingkat pendidikan yang relatif lebih tinggi. Hal ini sesuai dengan literatur yang juga mengatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang (pendamping pasien anak), semakin tinggi kesadaran pendamping pasien terhadap pentingnya pengetahuan terhadap keadaan kesehatan anaknya (Susilo M., 2008). Keadaan ini dapat terlihat dari sikap para pendamping pasien TB anak di kelompok 2 yang bersedia datang dan menerima intervensi pendidikan kesehatan berupa ceramah.

Berdasarkan data pendapatan responden, sebagian besar memiliki pendapatan sekitar Rp  $\geq 1.000.000$  -  $< 2.000.000$ . Hal ini menjelaskan bahwa pasien TB pada Puskesmas Kecamatan Cimanggis berasal dari masyarakat ekonomi sedang yang sebagian besar bekerja sebagai ibu rumah tangga dan pegawai. Hal ini bertentangan dengan literatur (Husnawati, 2007) yang menyatakan bahwa sebagian besar pasien TB berasal dari masyarakat ekonomi lemah karena ketidakmampuan dalam memperoleh asupan makanan bergizi yang penting untuk pertahanan tubuhnya. Berdasarkan hasil tersebut, dapat dilihat bahwa penyebab pendukung terjadinya penyakit TB pada responden bukan disebabkan oleh kesulitan ekonomi, namun mungkin disebabkan oleh kepadatan penduduk dan lingkungan hidup yang tidak sehat.

Pasien pada PPM TB Puskesmas Kecamatan Cimanggis menerima regimen obat sesuai kondisi klinis dan riwayat pengobatan sebelumnya. Oleh karena itu, deskripsi regimen terapi OAT yang diberikan pada pasien dapat memberitahukan informasi status keadaan klinis dan riwayat pengobatan yang pernah responden terima, terutama pasien dewasa.

Berdasarkan hasil pengamatan, kategori OAT yang paling banyak diberikan pada masing-masing kelompok perlakuan adalah OAT kategori III. Hal ini dapat menjelaskan bahwa responden pasien dewasa yang mengikuti penelitian

sebagian besar merupakan pasien TB yang belum pernah menerima pengobatan OAT sebelumnya (pasien baru) dengan status pengecekan dahak BTA negatif. Kondisi tersebut menjelaskan bahwa sebagian besar pasien bersifat tidak infeksius (menularkan) terhadap masyarakat sekitar.

Berdasarkan rekapitulasi data, sebagian besar pasien menerima regimen dosis OAT kategori dewasa dalam bentuk KDT kategori I/III 3 tablet. Hal ini menjelaskan bahwa mayoritas pasien dewasa memiliki berat badan awal pengobatan sekitar 38-54 kg (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011b). Hasil ini juga dapat menjelaskan bahwa keadaan penyakit TB dengan kondisi klinis kategori I/III, pada pasien di Puskesmas Kecamatan Cimanggis, sebagian besar dapat menyebabkan penurunan berat badan hingga bobot pasien dewasa mencapai berat 38-54 Kg.

Berdasarkan data yang didapat, walaupun sebagian besar pasien merupakan pasien dengan status dahak hasil BTA negatif namun dapat diketahui bahwa jumlah pasien dengan status dahak BTA positif memiliki jumlah yang tidak sedikit. Hal tersebut terlihat dari cukup tingginya jumlah pasien dengan kondisi klinis kategori I yaitu dengan jumlah tertinggi kedua setelah jumlah kondisi klinis kategori III pada kedua kelompok perlakuan.

Pasien BTA positif merupakan pasien yang bersifat infeksius terhadap masyarakat sekitarnya sehingga keberhasilan terapi pada pasien-pasien tersebut harus sangat terpantau. Pemantauan keberhasilan terapi pada pasien BTA positif adalah dengan pengecekan hasil dahak pada akhir bulan ke dua pengobatan. Pengobatan pasien BTA positif dinyatakan berhasil jika hasil pengecekan pada akhir bulan kedua pengobatan telah memberikan hasil konversi status dahak menjadi BTA negatif. Jika hasil dahak tetap positif, pengobatan dianggap kurang berhasil dan pasien akan diberikan OAT kategori sisipan. Berdasarkan hasil data yang diterima, terlihat adanya pasien yang mendapatkan OAT kategori sisipan pada kedua kelompok perlakuan. Hal ini menjelaskan bahwa masih terdapat pasien BTA positif yang memiliki keberhasilan terapi yang kurang baik.

Regimen OAT pada pasien anak tidak dapat dengan jelas memberikan informasi tentang kondisi klinis pasien. Hal ini disebabkan karena tidak ada perbedaan regimen OAT anak berdasarkan kondisi klinis. Regimen OAT pada

pasien anak hanya dibedakan berdasarkan berat badan pasien. Berdasarkan hasil data regimen OAT anak yang diperoleh, dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien TB anak kelompok perlakuan 1 memiliki berat badan 10-19 kg. Sedangkan pada kelompok perlakuan 2, sebagian besar pasien TB anak memiliki berat badan 10-32 kg.

#### 4.3 Deskripsi Hasil Rekapitulasi Jawaban Kuesioner 8-items Morisky Scale

Kuesioner 8-items Morisky Scale merupakan kuesioner pengukuran kepatuhan penggunaan obat yang telah tervalidasi. Permasalahan yang dapat mendukung ketidakpatuhan penggunaan OAT pada pasien dapat dilihat berdasarkan kedelapan jawaban pertanyaan kuesioner kepatuhan Morisky. Hasil rekapitulasi jawaban pertanyaan kuesioner 8-items Morisky Scale sebelum dan sesudah pemberian intervensi pendidikan kesehatan pada masing-masing kelompok perlakuan dapat dilihat pada Tabel 4.4 dan Tabel 4.5.

**Tabel 4.4.** Daftar jawaban pertanyaan kuesioner Morisky pada kelompok perlakuan 1 (intervensi leaflet)

No	Pertanyaan Kuesioner Kepatuhan Morisky	Pretes		Posttes	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Pernah beberapa kali lupa minum OAT	9 (26,47%)	25 (73,53%)	7 (20,59%)	27 (79,41%)
2	Dua minggu terakhir pernah tidak minum OAT	6 (17,65%)	28 (82,35%)	7 (20,59%)	27 (79,41%)
3	Menghentikan pengobatan saat merasa kondisi memburuk setelah penggunaan OAT	0 0%	34 (100%)	1 (2,94%)	33 (97,06%)
4	Lupa membawa OAT saat bepergian	2 (5,88%)	32 (94,12%)	3 (8,82%)	31 (91,18%)
5	Minum OAT pada jadwal terakhir minum obat	29 (85,29%)	5 (14,71%)	30 (88,24%)	4 (11,76%)
6	Menghentikan pengobatan saat merasa kondisi membaik	1 (2,94%)	33 (97,06%)	2 (5,88%)	32 (94,12%)
7	Merasa terganggu harus minum obat terus menerus	12 (35,29%)	22 (64,71%)	2 (5,88%)	32 (94,12%)
8	Seberapa sering lupa minum obat				
	Tidak pernah / jarang sekali (0x/minggu)	29 (85,29%)		31 (91,18%)	
	Sekali-sekali (1x/minggu), Terkadang (2-3x/minggu), Biasanya (4-5x/minggu), Setiap saat (6-7x/minggu)	5 (14,71%)		3 ( 8,82%)	

Data pada Tabel 4.4 mendeskripsikan rekapitulasi jawaban pertanyaan yang diberikan pasien kelompok perlakuan 1 berdasarkan kuesioner *8-items Morisky Scale*. Hasil yang diberikan menyatakan bahwa jawaban pertanyaan poin ke tujuh dari kuesioner merupakan jawaban ketidakpatuhan dengan jumlah terbanyak pada waktu sebelum pemberian intervensi pendidikan kesehatan (*pretest*). Keadaan ini menjelaskan bahwa ternyata kemungkinan permasalahan ketidakpatuhan yang paling banyak terjadi pada pasien kelompok perlakuan 1 adalah perasaan terganggu karena harus mengikuti aturan penggunaan obat dalam jangka waktu yang cukup lama.

Hasil rekapitulasi ini dapat menjadi masukan pada tenaga kesehatan yang bertugas untuk memberikan pemahaman yang lebih jelas dan lebih mendalam tentang kondisi kesehatan diri pasien serta keadaan pengobatan yang memang mengharuskan penggunaan obat dalam jangka waktu yang cukup panjang. Pemahaman yang disampaikan diharapkan dapat menyesuaikan tingkat pendidikan dan daya tangkap pasien seperti yang sudah di paparkan pada bagian deskripsi pasien. Dengan memahami kondisi kesehatan dan keadaan yang terjadi pada diri mereka, pasien diharapkan merasa tidak terganggu dalam menggunakan pengobatan yang cukup panjang karena telah diberikan penjelasan yang mendalam dan dapat dimengerti.

Setelah pemberian intervensi leaflet (*posttest*), jawaban pertanyaan tentang pernah atau tidaknya pasien lupa meminum obat dalam jangka waktu 2 minggu terakhir atau lebih adalah jawaban ketidakpatuhan dengan jumlah yang terbanyak. Walaupun jawaban pertanyaan tentang hal tersebut tetap muncul setelah pemberian intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet, namun dapat dilihat pada poin pertanyaan ke tujuh, yang merupakan permasalahan utama pasien sebelum pemberian intervensi, mengalami penurunan yang cukup besar.

Berdasarkan penjelasan diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa pemberian intervensi leaflet berhasil memberikan pemahaman tentang kondisi penyakit dan penggunaan pengobatan dalam jangka waktu yang cukup panjang pada sebagian besar pasien. Hal inilah yang menyebabkan penurunan perasaan terganggu yang sebagian besar pasien miliki sebelum pemberian intervensi leaflet. Namun, jika ditinjau dari meningkatnya jumlah jawaban ketidakpatuhan pada sebagian besar

poin pertanyaan, dapat ditarik kesimpulan bahwa intervensi leaflet kurang berhasil memonitor kepatuhan pasien dalam menggunakan OAT. Hal ini mungkin disebabkan karena pendidikan kesehatan yang diberikan melalui intervensi leaflet kurang mendalam diingat dan dipahami oleh pasien.

Sedangkan dari Tabel 4.5 yang memaparkan tentang rekapitulasi jawaban kelompok perlakuan 2, didapatkan hasil bahwa jawaban pertanyaan tentang ketidaknyamanan pemakaian obat dalam jangka waktu yang cukup panjang dan terus menerus juga memberikan jawaban ketidakpatuhan dengan jumlah terbanyak. Hal ini menjelaskan bahwa permasalahan ketidakpatuhan utama yang terjadi pada kedua kelompok perlakuan adalah sama, seperti yang sudah dijelaskan pada kelompok perlakuan 1.

**Tabel 4.5.** Daftar jawaban pertanyaan kuesioner Morisky pada kelompok perlakuan intervensi leaflet dan ceramah

No	Pertanyaan Kuesioner Kepatuhan Morisky	Pretes		Posttes	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Pernah beberapa kali lupa minum OAT	7 (21,88%)	25 (78,12%)	1 (3,13%)	31 (96,87%)
2	Dua minggu terakhir pernah tidak minum OAT	4 (12,50%)	28 (87,50%)	0 (0%)	32 (100%)
3	Menghentikan pengobatan saat merasa kondisi memburuk setelah penggunaan OAT	0 (0%)	32 (100%)	0 (0%)	32 (100%)
4	Lupa membawa OAT saat bepergian	3 (9,37%)	29 (90,63%)	0 (0%)	32 (100%)
5	Minum OAT pada jadwal terakhir minum obat	32 (100%)	0 (0%)	32 (100%)	0 (0%)
6	Menghentikan pengobatan saat merasa kondisi membaik	1 (3,13%)	31 (96,87%)	0 (0%)	32 (100%)
7	Merasa terganggu harus minum obat terus menerus	9 (28,12%)	23 (71,88%)	2 (6,25%)	30 (93,75%)
8	Seberapa sering lupa minum obat				
	Tidak pernah / jarang sekali (0x/minggu)	31 (96,87%)		32 (100%)	
	Sekali-sekali (1x/minggu), Terkadang (2-3x/minggu), Biasanya (4-5x/minggu), Setiap saat (6-7x/minggu)	1 (3,13%)		0 (0%)	

Jawaban pertanyaan poin ke tujuh dari kuesioner Morisky pada kelompok 2 memberikan jumlah terbanyak sebelum pemberian intervensi pendidikan kesehatan (pretest) maupun setelah pemberian intervensi (posttest). Walaupun jawaban pertanyaan tentang hal tersebut tetap muncul setelah pemberian

intervensi leaflet dan ceramah, namun jumlah jawaban yang memberikan nilai ketidakpatuhan terlihat menurun pada semua poin pertanyaan.

Berdasarkan data tersebut, dapat ditarik kesimpulan bahwa intervensi kombinasi yang diberikan lebih diingat dan lebih dipahami oleh pasien dibandingkan pemberian intervensi leaflet. Hal tersebut dapat terlihat dari penurunan jawaban ketidak patuhan pasien yang hampir sempurna pada saat posttest.

Berdasarkan pemaparan data pada tabel 4.4 dan 4.5 terlihat masih adanya peningkatan jumlah jawaban ketidakpatuhan pada kelompok perlakuan 1 sedangkan pada kelompok perlakuan 2 tidak terdapat peningkatan poin ketidakpatuhan sama sekali. Hal ini dapat menunjukkan bahwa kelompok perlakuan 2 memberikan hasil peningkatan status kepatuhan yang lebih baik dibandingkan kelompok perlakuan 1.

#### **4.4 Analisis pemberian intervensi pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis**

##### **4.4.1 Hasil pengukuran normalitas dan homogenitas data**

Hasil pengukuran normalitas data *pretest-posttest* kepatuhan dan pengubahan data Log 10 dari setiap kelompok perlakuan memberikan hasil *p-value* = 0,000 (lihat Lampiran 27) yang menunjukkan bahwa data penelitian tidak berasal dari populasi data yang terdistribusi normal (Uyanto, 2009).

Hasil pengukuran homogenitas data *pretest-posttest* kepatuhan pada kelompok perlakuan leaflet memberikan hasil *p-value* = 0,240 (lihat Lampiran 28). Kelompok perlakuan leaflet dan ceramah memberikan hasil uji homogenitas dengan nilai *p-value* = 0,000 dari olah data *pretest-posttest* maupun data Log 10 (lihat Lampiran 28). Hal ini menunjukkan data *pretest-posttest* pada kelompok perlakuan leaflet tidak memiliki perbedaan proporsi yang bermakna sedangkan pada kelompok perlakuan leaflet dan ceramah terdapat perbedaan proporsi yang bermakna secara statistik (Dahlan, 2011).

Berdasarkan hasil uji normalitas dan uji homogenitas data pada masing-masing kelompok perlakuan, kelompok leaflet memiliki komponen data *pretest-posttest* yang yang tidak berasal dari populasi data terdistribusi normal namun

tidak memiliki perbedaan proporsi yang bermakna. Kelompok perlakuan leaflet dan ceramah memiliki data yang juga tidak berasal dari populasi yang terdistribusi normal dan memiliki proporsi data yang berbeda secara bermakna.

Berdasarkan hasil pengujian normalitas dan homogenitas, dapat di tarik kesimpulan bahwa data status tingkat kepatuhan yang didapatkan pada masing-masing kelompok harus diolah dengan menggunakan metode analisis statistik nonparametrik. Analisis nonparametrik yang sesuai untuk rancangan penelitian ini adalah uji *Wilcoxon Signed-Rank Test* dan uji *Mann-Whitney Test*.

#### 4.4.2 Hasil Uji *Wilcoxon Signed-Rank Test*

Hasil uji *Wilcoxon Signed-Rank Test* terhadap nilai berpasangan *pretest-posttest* kelompok perlakuan leaflet memberikan *p-value* uji dua sisi (*two-tailed*) sebesar 0,089 (Lihat Lampiran 29) dan *p-value* uji satu sisi (*one-tailed*) untuk sisi bawah (*lower tailed*) adalah 0,044. Berdasarkan hasil uji dua sisi (*two-tailed*) dari data, dapat ditarik kesimpulan bahwa pemberian intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet tidak memberikan perubahan tingkat kepatuhan pasien yang bermakna secara statistik. Namun, berdasarkan hasil uji satu sisi (*one-tailed*), terlihat adanya arah perubahan data *pretest-posttest* kearah peningkatan kepatuhan yang bermakna secara statistik.

Hasil uji *Wilcoxon Signed-Rank Test* terhadap nilai berpasangan *pretest-posttest* kelompok perlakuan leaflet dan ceramah memberikan nilai *p-value* uji dua sisi (*two-tailed*) sebesar 0,004 (Lihat Lampiran 30) dan nilai *p-value* uji satu sisi (*one-tailed*) untuk sisi bawah (*lower tailed*) adalah 0,002. Berdasarkan hasil uji tersebut, terlihat adanya peningkatan kepatuhan penggunaan Obat Anti Tuberkulosis pada pasien yang menerima intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet dan ceramah.

#### 4.4.3 Hasil uji perbandingan kesetaraan kelompok perlakuan

Melihat adanya perbedaan hasil akhir dari kedua kelompok perlakuan, uji kesetaraan kelompok perlakuan harus dilakukan agar hasil dari kedua kelompok dapat dibandingkan. Uji perbandingan kesetaraan kelompok perlakuan dilakukan sesuai dengan jenis data yang ingin dibandingkan.

Data dengan jenis kontinum (seperti data ordinal) diuji kesetaraannya dengan menggunakan *Mann-Whitney Test* sedangkan data dengan jenis kategori



(seperti data nominal) diuji dengan Khi-Kuadrat dan uji mutlak Fisher. Setiap komponen penyusun data masing-masing kelompok perlakuan dibandingkan untuk melihat ada atau tidaknya perbedaan yang bermakna bermakna. Hasil uji perbandingan kesetaraan hasil olah data SPSS 19.0 (lihat Lampiran 31 dan 32) dapat dilihat pada bagian nilai kesetaraan antar kelompok di Tabel 4.3.

Berdasarkan semua komponen penyusun hasil uji perbandingan kesetaraan yang dilakukan pada kedua kelompok perlakuan, dapat dilihat bahwa data tidak setara karena memiliki perbedaan yang bermakna secara statistik pada komponen data jenis kelamin dan pekerjaan responden penelitian. Hal ini menjelaskan bahwa kedua kelompok tidak dapat dibandingkan. Kedua kelompok bisa didefinisikan setara secara statistik jika komponen data yang tidak setara tersebut tidak diperhitungkan dalam penelitian. Oleh karena itu, dengan tidak memperhitungkan kedua komponen tersebut, kelompok perlakuan intervensi leaflet dan kelompok perlakuan kombinasi intervensi leaflet dan ceramah dapat dibandingkan.

Berdasarkan hasil uji seluruh komponen perbandingan kesetaraan tersebut, dapat diambil kesimpulan bahwa pemberian intervensi pendidikan kesehatan berupa kombinasi leaflet dan ceramah terbukti meningkatkan kepatuhan penggunaan OAT yang lebih baik dibandingkan dengan intervensi pendidikan leaflet jika tidak memperhitungkan perbedaan yang bermakna pada komponen data jenis kelamin dan pekerjaan responden penelitian.

#### **4.5 Analisis pengaruh karakteristik responden terhadap kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis**

##### **4.5.1 Hasil uji tabulasi silang khi-kuadrat dan uji tabulasi silang mutlak fisher**

Uji tabulasi silang digunakan untuk mengetahui hubungan antara karakteristik responden dengan kepatuhan penggunaan OAT yang terjadi pada masing-masing kelompok perlakuan. Uji tabulasi silang yang dilakukan pada penelitian ini menggunakan status ada atau tidaknya peningkatan kepatuhan sebagai variabel terikat dan karakteristik responden sebagai variabel bebas (Lampiran 35 dan 36). Rincian hasil uji tabulasi silang yang dilakukan dapat dilihat pada Tabel 4.6 dan 4.7.

**Tabel 4.6.** Hasil uji tabulasi silang karakteristik responden terhadap status peningkatan kepatuhan kelompok perlakuan leaflet

No.	Karakteristik Responden <sup>F</sup>	<i>p-value</i>
1	Jenis Kelamin	0,251
2	Usia	0,757
3	Tingkat Pendidikan	0,004 *
4	Jenis Pekerjaan	0,801
5	Pendapatan Keluarga	0,576
6	Kategori OAT	0,360
7	Regimen OAT Pasien TB Dewasa	1,000
8	Regimen OAT Pasien TB Anak	0,571

Keterangan: \* = Nilai kebermaknaan secara statistik, <sup>F</sup> = berdasarkan nilai uji tabulasi silang mutlak Fisher

Berdasarkan hasil uji tabulasi silang mutlak Fisher pada kelompok perlakuan leaflet, variabel tingkat pendidikan responden memiliki hubungan yang bermakna secara statistik terhadap status peningkatan kepatuhan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, akan semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang karena kesempatan untuk mendapatkan pendidikan dan informasi kesehatan menjadi lebih besar. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa pengetahuan tentang kepatuhan penggunaan antibiotik sangat ditentukan oleh pengetahuan tentang antibiotik itu sendiri (Chan et al., 2012).

**Tabel 4.7.** Hasil uji tabulasi silang karakteristik responden terhadap status peningkatan kepatuhan kelompok perlakuan leaflet dan ceramah

No.	Karakteristik Responden	<i>p-value</i>
1	Jenis Kelamin <sup>F</sup>	0,699
2	Usia <sup>F</sup>	0,706
3	Tingkat Pendidikan <sup>K</sup>	0,072
4	Jenis Pekerjaan <sup>F</sup>	0,346
5	Pendapatan Keluarga <sup>F</sup>	1,000
6	Kategori OAT <sup>F</sup>	0,194
7	Regimen OAT Pasien TB Dewasa <sup>F</sup>	0,333
8	Regimen OAT Pasien TB Anak <sup>F</sup>	0,250

Keterangan: <sup>F</sup> = Berdasarkan nilai uji tabulasi silang mutlak Fisher, <sup>K</sup> = Berdasarkan nilai uji tabulasi silang Khi-Kuadrat.

Berdasarkan uji tabulasi silang Khi-Kuadrat dan mutlak Fisher dari kelompok perlakuan leaflet dan ceramah, tidak terlihat adanya hubungan yang bermakna secara statistik terhadap status peningkatan kepatuhan. Namun jika ditinjau dari hasil *p-value*, variabel tingkat pendidikan memiliki nilai *p-value*

terkecil dibandingkan variabel lainnya. Hal ini menunjukkan walaupun variabel tingkat pendidikan tidak memberikan hubungan yang bermakna terhadap peningkatan kepatuhan, namun hal tersebut memberikan hubungan yang paling mendekati dibandingkan variabel-variabel yang lain.

#### 4.5.2 Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan kelanjutan dari analisis bivariat yang memiliki hasil kebermaknaan statistik. Uji ini dilakukan untuk mengetahui seberapa besar sumbangan secara bersama-sama dari beberapa variabel bebas terhadap variabel terikat yang diujikan (Sidhi, 2010).

Pada penelitian ini, analisis multivariat seharusnya dilakukan karena variabel latar belakang tingkat pendidikan responden kelompok perlakuan leaflet memberikan hasil kebermaknaan hubungan terhadap peningkatan kepatuhan. Intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet merupakan variabel independen utama yang akan diamati pengaruhnya terhadap peningkatan kepatuhan. Variabel tingkat pendidikan dan variabel intervensi pendidikan kesehatan dalam bentuk leaflet inilah yang seharusnya dilanjutkan dalam analisis multivariat. Namun, intervensi pendidikan kesehatan dalam bentuk leaflet tidak memiliki kategori pengelompokan (semua anggota responden pada kelompok perlakuan leaflet hanya menerima intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet). Oleh karena itu, hubungan variabel intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet terhadap peningkatan kepatuhan tidak dapat didefinisikan. Keadaan ini menyebabkan analisis pengaruh karakteristik responden terhadap kepatuhan penggunaan OAT tidak dapat dilanjutkan ke analisis multivariat.

### 4.6 Keterbatasan Penelitian

#### 4.6.1 Hambatan

Saat melakukan penelitian, terdapat kesulitan dalam pengumpulan data pasien, terutama data tingkat kepatuhan pasien. Menggali informasi tentang hal-hal yang mungkin menyebabkan ketidakpatuhan pada pasien berdasarkan kuesioner merupakan hal yang cukup sulit karena penyampaian pertanyaan secara wawancara terpimpin harus disesuaikan dengan pemahaman pasien. Menjaga

keadaan wawancara sesantai mungkin tanpa terbawa alur perbincangan pasien cukup sulit untuk dipertahankan.

Dalam pengumpulan data pasien, kelengkapan data yang kurang tepat juga cukup menyulitkan peneliti untuk memantau waktu pasien dapat menerima pretest atau posttest penelitian.

#### 4.6.2 Kekurangan

Penelitian ini memiliki beberapa kekurangan. Salah satu kekurangannya adalah keterbatasan waktu penelitian sehingga pemantauan peningkatan kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis mungkin masih belum dapat terlihat jelas. Kekurangan lainnya adalah metode *total sampling* yang digunakan. Walaupun metode *total sampling* memiliki tingkat kepercayaan yang besar namun data hasil penelitian dengan metode ini hanya dapat memberikan informasi tentang keadaan yang sesuai dengan kriteria penelitian ini.

Penelitian menggunakan metode uji tingkat kepatuhan pasien berupa kuesioner Morisky yang disampaikan dalam bentuk wawancara terpimpin. Metode uji bentuk kuesioner yang disampaikan dalam bentuk wawancara terpimpin sangat mungkin menyebabkan bias penyampaian pertanyaan dan penerimaan informasi. Metode wawancara bebas terpimpin juga bergantung pada persepsi pewawancara sehingga mungkin mempengaruhi hasil akhir.

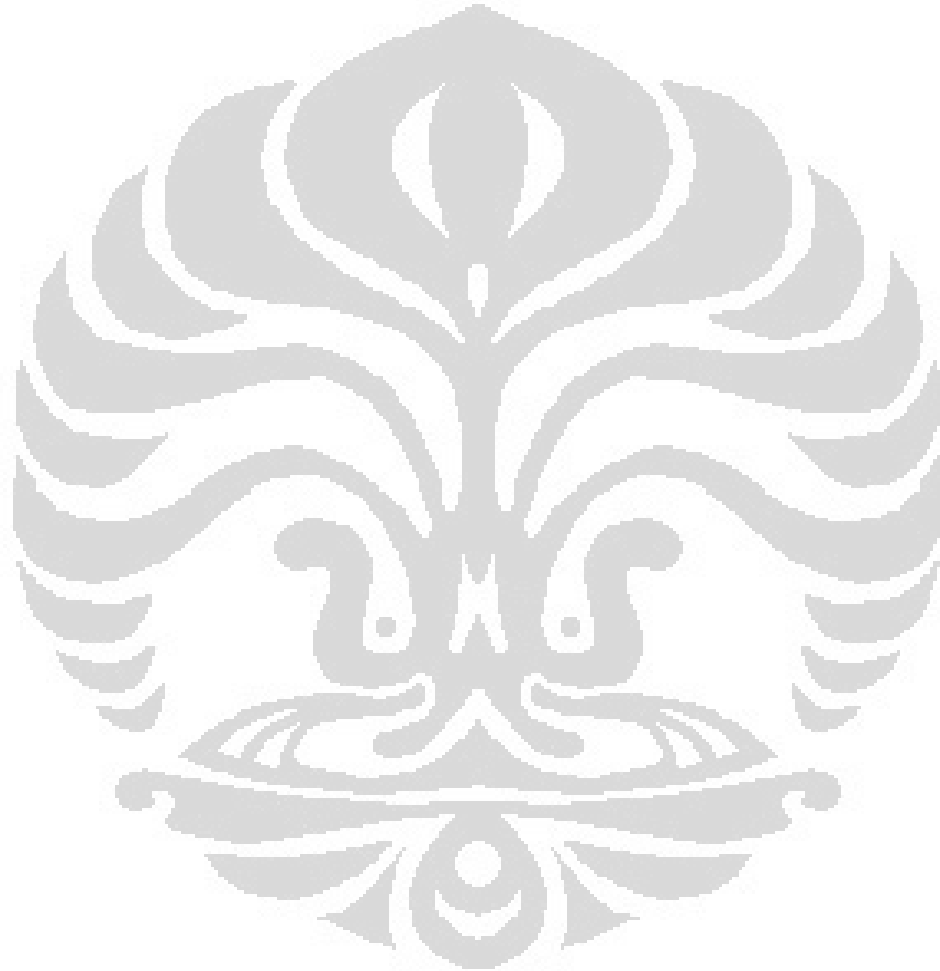
Walaupun penelitian ini memiliki beberapa kekurangan, namun penelitian serupa belum pernah dilakukan sebelumnya sehingga diharapkan penelitian ini dapat berperan sebagai penelitian pendahuluan untuk penelitian-penelitian selanjutnya.

#### 4.6.3 Kelebihan

Penelitian ini menganalisis efek pemberian intervensi pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis sehingga peneliti dapat melihat sekaligus memantau kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis yang pasien gunakan. Hal ini dapat membantu pihak puskesmas untuk mengetahui keadaan kepatuhan pasien mereka dalam rangka pengusahaan keberhasilan terapi yang pihak puskesmas lakukan.

Kuesioner Morisky yang disampaikan peneliti dalam bentuk wawancara terpimpin, memungkinkan peneliti untuk menggali dan mengetahui permasalahan-

permasalahan yang mungkin menyebabkan ketidakpatuhan pada pasien. Bentuk pertanyaan kuesioner Morisky dirancang tidak hanya untuk melihat status tingkat kepatuhan responden namun juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi permasalahan kepatuhan yang terjadi pada responden. Permasalahan ketidakpatuhan yang diperoleh melalui penelitian ini dapat memberikan masukan kepada pihak puskesmas dalam penyampaian informasi terkait penyakit pada pasien.



## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

- a. Pemberian intervensi kombinasi leaflet dan ceramah terbukti meningkatkan kepatuhan ( $p=0,002$ ) secara bermakna ( $p=0,004$ ) dan lebih baik dibandingkan peningkatan kepatuhan akibat intervensi leaflet ( $p=0,044$ ) yang tidak bermakna secara statistik ( $p=0,089$ ).
- b. Tidak terdapat hubungan yang bermakna dari karakteristik responden terhadap kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis kecuali tingkat pendidikan responden penelitian ( $p=0,004$ ) yang menerima intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet.

#### **5.1 Saran**

1. Pemberian obat anti tuberkulosis harus disertai dengan pemberian intervensi pendidikan kesehatan dalam bentuk verbal (seperti ceramah) untuk meningkatkan kepatuhan penggunaannya.
2. Pemberian intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet pada pasien TB harus disesuaikan dengan tingkat pendidikan pasien.
3. Pengumpulan data status kepatuhan pasien seharusnya dilakukan dalam rentang waktu yang lebih panjang agar status kepatuhan yang pasien berikan benar-benar mewakili keadaan dirinya.
4. Penerapan metode total sampling harus didukung informasi pendataan yang lengkap dan akurat sehingga dapat diterapkan semaksimal mungkin.
5. Peneliti harus memiliki kemampuan komunikasi yang cukup dalam pengumpulan data tingkat kepatuhan dan penafsiran informasi pada penyampaian dalam bentuk wawancara terpimpin. Hal ini harus dimiliki untuk memperoleh hasil penelitian yang benar-benar menggambarkan kondisi pasien.

## DAFTAR ACUAN

- Badan Pusat Statistik Dinas Kesehatan Kota Depok. (2011). Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin, Rasio Beban Tanggungan, Rasio Jenis Kelamin, dan Kelurahan. Depok: Dinas Kesehatan Kota Depok.
- Center for Disease Control and Prevention Division of Tuberculosis Elimination. (2011a). Get the Fact about TB Disease. [http://www.cdc.gov/tb/publications/pamphlets/TB\\_disease\\_EN\\_rev.pdf](http://www.cdc.gov/tb/publications/pamphlets/TB_disease_EN_rev.pdf). [Diakses pada 3 Februari 2012, pukul 10.49 WIB]
- Center for Disease Control and Prevention Division of Tuberculosis Elimination. (2011b). Staying on Track with TB Medicines. [http://www.cdc.gov/tb/publications/pamphlets/TB\\_trtmnt.pdf](http://www.cdc.gov/tb/publications/pamphlets/TB_trtmnt.pdf). [Diakses pada 3 Februari 2012, pukul 10.37 WIB]
- Chan, Yap-Hang, et al. (2012). Antibiotics nonadherence and knowledge in community with the world's leading prevalence of antibiotics resistance: implication for public intervention. *American Journal of Infection Control* 40. pp. 113-117
- Dahlan, M. Sopiudin. (2011). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat, Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS Edisi 5* (hal: 1, 47-55, 135-138). Jakarta: Salemba Medika
- Dawson, Beth dan Trapp, Robert G. (2004). *LANGE Medical book of Basic & Clinical Biostatistics* (4<sup>th</sup> ed.) (hal: 27). Singapore: McGraw-Hill
- Direktorat Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. (2005). *Pharmaceutical Care untuk Penyakit Tuberculosis* (hal: 9-10, 11-13, 16-17, 31-32, 77-78). Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2011a). *Laporan Situasi Terkini Perkembangan Tuberculosis di Indonesia (Januari-Juni 2011)* (hal: 8). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2011b). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis* (hal: 1, 3-5, 13, 15, 17, 21-29, 31, 125). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2006). *Pedoman Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas* (hal: 1). Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis* (hal: 4). Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Ewles, L dan Simnet, I. (1994). *Petunjuk Praktis Promosi Kesehatan* (dr.Ova Emilia, M.Med, penerjemah) (hal: 373-374, 367-368). Yogyakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada

- Farmer, KC. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutic*. pp. 1074-1090.
- Husnawati. (2007). *Pengaruh Konseling Terhadap Tingkat Kepatuhan Penderita TBC Paru pada Terapi Obat di Kelurahan Pancoran Mas Depok* (hal: 50-87). Tesis. Program Pasca Sarjana FMIPA UI. Depok. 2007
- I, Tri Asti. (2006, September). Kepatuhan Pasien: Faktor Penting dalam Keberhasilan Terapi. *Info POM: Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia*, 1-3, 11.
- Kementerian Kesehatan RI. (1992). *Undang-Undang RI Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2003). *KepMenKes RI no: 1202/MenKes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan pedoman penetapan indikator provinsi sehat dan kabupaten/kota sehat*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2004). *KepMenKes RI no: 28/MenKes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Kementrian Kesehatan RI. (2011). *Terobosan Menuju Akses Universal: Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia 2010-2014* (hal: 12, 14). Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure for Hypertension Control. *Journal of Clinical Hypertension*. pp. 348-354.
- Morgado M, Rolo S, Castelo-Branco M. (2011). Pharmacist Intervention Program to Enhance Hypertension Control: a randomized controlled trial. *International Journal of Clinical Pharmacy volume 13*. pp. 132-140.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (hal: 50). Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat* (hal: 38, 103-105, 116). Jakarta : Rineka Cipta.
- Osterberg L., Blaschke T. (2005, Agustus 4). Drug Therapy: Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, pp. 487-497
- Pengendalian Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinkes Kota Depok. (2011). *Stop Penyakit TBC*. Januari 17, 2011. <http://www.depok.go.id/17/01/2011/03-kesehatan-kota-depok/stop-penyakit-tbc>
- Pengendalian Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Dinkes Kota Depok. (2012). Register pasien TB kabupaten di Kota Depok triwulan IV tahun 2011. Depok: SubDit P2TB Dinas Kesehatan Kota Depok



- Sarwono, Jonathan. (2006). *Analisis Data Penelitian Menggunakan SPSS*. Yogyakarta: ANDI.
- Sidhi, Dwi Purnomo. (2010). *Riwayat Kontak Tuberkulosis Sebagai Faktor Risiko Hasil Uji Tuberkulin Positif* (hal: 31). Tesis. Program Pasca Sarjana Magister Ilmu Biomedik dan Program Pendidikan Dokter Spesialis I Ilmu Kesehatan Anak Universitas Diponegoro. Semarang.
- Susilo, Mariani. (2008). *Pengaruh Konseling Terhadap Tingkat Pengetahuan dan Kepatuhan Responden yang Memberikan Obat Asma pada Anak di RSUPN DR.Cipto Mangunkusuma* (hal: 58). Tesis. Program Pasca Sarjana FMIPA UI. Depok. 2008.
- Talarico, S., et al. (2011). Identification of Factor for Tuberculosis Transmission Via an Integrated Multidisciplinary Approach. *Tuberculosis*. 91. 244-249
- Uyanto, Stanislaus S. (2009). *Pedoman Analisis Data Dengan SPSS Edisi ketiga* (hal: 57, 39-55, 311-312). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- World Health Organization. (1988). *Pendidikan Kesehatan: Pedoman Pelayanan Kesehatan Dasar* (Ida Bagus Tjitarsa, Penerjemah). Bandung: Penerbit ITB dan Penerbit Universitas Udayana.
- World Health Organization. (2003a). *Adherence to Long-Term Therapy: Evidence for Action* (hal: XIV, 3, 22, 123, 125). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003c). *Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes* (hal: 34-35, 105-108). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit. Pedoman Bagi Rumah Sakit Rujukan Tingkat Pertama di Kabupaten/Kota* (hal: 113). Jakarta: World Health Organization bekerjasama dengan Departemen Kesehatan Republik Indonesia




## Lampiran 1. Form Kesediaan Pasien

**LEMBAR KESEDIAAN RESPONDEN**

Lokasi: ..... No: .....

Nama pasien / umur pasien: .....

Nomor telepon yang dapat dihubungi: .....



Saya telah mendapatkan penjelasan mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa program S1 Farmasi Universitas Indonesia tahun 2012 dalam rangka persyaratan tugas akhir. Saya mengetahui bahwa penelitian ini bertujuan menganalisis dampak pemberian intervensi pendidikan kesehatan terhadap tingkat kepatuhan penggunaan obat anti tuberkulosis di Puskesmas wilayah Kecamatan Cimangis Kota Depok yang dinilai secara langsung pada pasien maupun melalui perantara pendamping pasien.

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai penelitian ini, maka saya bersedia diwawancara untuk mengisi kuesioner penelitian dan saya bersedia menerima intervensi pendidikan kesehatan berupa *leaflet* dan ceramah sehubungan penelitian ini.

Depok, ..... 2012  
 Nama Responden: .....

(.....)


**Lampiran 2.** Kuesioner kepatuhan *Eight Items Morisky Scale* yang telah dimodifikasi (*pretest / posttest*) yang ditujukan pada pasien dewasa

**KUESIONER KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT PADA PASIEN DEWASA**

Lokasi:..... No:.....

Nama pasien :.....

Nomor telepon yang dapat dihubungi: .....



Anda sedang menggunakan pengobatan untuk penyakit TBC. Beberapa orang telah menjelaskan tentang perilaku mereka dalam menggunakan obat, dan kami tertarik pada pengalaman pribadi anda dalam menggunakan obat anti tuberkulosis. Jawaban pertanyaan dibawah ini tidak ada yang salah atau benar.

**Mohon jawab setiap pertanyaan dibawah ini (dengan melingkari jawaban yang menurut anda paling mewakili keadaan anda) berdasarkan pengalaman pribadi anda dalam menggunakan obat TBC.**

	Ya	Tidak
1. Apakah anda pernah beberapa kali <b>lupa untuk meminum</b> obat TBC anda?	1	0
2. Selama <b>dua minggu</b> terakhir, adakah hari dimana anda tidak meminum obat TBC anda?	1	0
3. Apakah anda pernah <b>mengurangi atau menghentikan</b> penggunaan obat TBC anda tanpa memberitahu dokter karena merasa <b>kondisi anda menjadi lebih buruk / tidak nyaman</b> setelah menggunakan obat TBC anda?	1	0
4. Saat anda <b>bepergian</b> meninggalkan rumah apakah anda pernah beberapa kali <b>lupa untuk membawa serta</b> obat TBC anda ?	1	0
5. Apakah anda meminum obat TBC anda <b>kemarin</b> ?	0	1
6. Saat anda merasa <b>keduan anda sudah membaik</b> apakah anda pernah beberapa kali <b>menghentikan</b> penggunaan obat TBC anda?	1	0
7. Apakah anda pernah <b>merasa terganggu</b> karena harus <b>terus-menerus meminum</b> obat TBC anda dalam waktu yang panjang?	1	0
8. <b>Seberapa sering anda lupa</b> meminum semua obat TBC anda <b>selama seminggu?</b> (lingkari jawaban yang paling mewakili keadaan anda)		
Tidak pernah / jarang sekali (0/minggu).....		0
Sekali-sekali (1x/minggu).....		1
Terkadang (2-3x/minggu).....		1
Biasanya (4-5x/minggu).....		1
Setiap saat (6-7x/minggu).....		1
<b>Jumlah Nilai</b>		


**Lampiran 3.** Kuesioner kepatuhan *Eight Items Morisky Scale* yang telah dimodifikasi (*pretest / posttest*) yang diisi oleh orang tua pasien

**KUESIONER KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT PADA PASIEN ANAK**

Lokasi:..... No:.....

Nama pasien anak:.....

Nomor telepon yang dapat dihubungi: .....




ibu / bapak memiliki anak yang sedang menggunakan pengobatan untuk penyakit TBC. Beberapa orang telah menjelaskan tentang perilaku mereka dalam menggunakan obat, dan kami tertarik pada pengalaman pribadi ibu / bapak dan anak anda dalam menggunakan obat. Jawaban pertanyaan dibawah ini tidak ada yang salah atau benar.  
**Mohon jawab setiap pertanyaan dibawah ini (dengan melingkari jawaban yang menurut ibu / bapak paling mewakili keadaan anak anda) berdasarkan pengalaman pribadi anda dan anak anda dalam menggunakan obat TBC.**

	Ya	Tidak
1. Apakah ibu/bapak pernah beberapa kali lupa untuk memberikan obat TBC pada anak ibu/bapak?	1	0
2. Selama dua minggu terakhir, adakah hari dimana ibu/bapak tidak memberikan obat TBC pada anak ibu/bapak?	1	0
3. Apakah ibu/bapak pernah mengurangi atau menghentikan penggunaan obat TBC anak ibu/bapak tanpa memberitahu dokter karena ibu/bapak merasa kondisi mereka menjadi lebih buruk setelah menggunakan obat TBC mereka?	1	0
4. Saat anak ibu/bapak bepergian bersama / tanpa orang tua, pernahkah obat TBC tersebut beberapa kali lupa dibawa?	1	0
5. Apakah kemarin anak ibu/bapak meminum obat TBC mereka?	0	1
6. Saat ibu/bapak melihat keadaan anak ibu/bapak sudah membaik, apakah ibu/bapak pernah beberapa kali menghentikan pemberian obat TBC mereka?	1	0
7. Menurut ibu/bapak, apakah anak ibu/bapak merasa terganggu dengan pengobatan TBC yang ibu/bapak berikan terus-menerus?	1	0
8. Seberapa sering ibu/bapak lupa memberikan obat TBC pada anak ibu/bapak dalam seminggu? (lingkari jawaban yang paling mewakili keadaan sebenarnya)		
Tidak pernah / jarang sekali (0/minggu).....		0
Sekali-sekali (1x/minggu).....		1
Terkadang (2-3x/minggu).....		1
Biasanya (4-5x/minggu).....		1
Setiap saat (6-7x/minggu).....		1
<b>Jumlah Nilai</b>		

## Lampiran 4. Data Sosiodemografi pasien dewasa

**DATA SOSIODEMOGRAFI PASIEN DEWASA**

Lokasi: ..... No:.....



**Mohon lingkari pilihan yang paling sesuai dengan keadaan anda**

**1. Jenis kelamin**

1. Laki-laki
2. Perempuan

**2. Usia**

1. 15-30 tahun
2. 31-45 tahun
3. 46-60 tahun
4. >60 tahun

**3. Tingkat pendidikan terakhir**

1. Tidak sekolah
2. SD/SMP
3. SMA
4. D3, S1, S2, S3

**4. Jenis Pekerjaan**

1. Tidak bekerja/tidak bersedia mengisi
2. Ibu rumah tangga
3. Pelajar/mahasiswa
4. Pegawai
5. Wirausaha

**5. Pendapatan per Bulan**


1. Belum bekerja/tidak bersedia mengisi
2. < Rp 1.000.000
3. ≥ Rp 1.000.000 - < Rp 2.000.000
4. ≥ Rp 2.000.000 - ≤ Rp 4.000.000
5. ≥ Rp 4.000.000

## Lampiran 5. Data Sosiodemografi orang tua dan pasien

**DATA SOSIODEMOGRAFI PENDAMPING PASIEN DAN PASIEN ANAK**

Lokasi: ..... No:.....

Mohon lingkari angka yang merupakan keadaan pendamping pasien dan pasien anak sebenarnya.




1. Jenis kelamin
 

Pendamping pasien: 1. Laki-laki	Anak: 1. Laki-laki
2. Perempuan	2. Perempuan
2. Usia
 

Pendamping pasien: 1. 19-30 tahun	Anak: 1. 0-1 tahun
2. 31-45 tahun	2. 1-5 tahun
3. 46-60 tahun	3. 6-12 tahun
4. >60 tahun	4. 13-14 tahun
3. Pendidikan
 

Pendamping Pasien: 1. Tidak sekolah	Anak: 1. Belum sekolah
2. SD/SMP	2. TK
3. SMA	3. SD
4. D3, S1, S2, S3	4. SMP
4. Jenis pekerjaan pendamping pasien
  1. Tidak bekerja/tidak bersedia mengisi
  2. Ibu rumah tangga
  3. Pelajar/mahasiswa
  4. Pegawai
  5. Wirausaha
5. Pendapatan per bulan
  1. Belum bekerja/tidak bersedia mengisi
  2. < Rp 1.000.000
  3. ≥ Rp 1.000.000 - < Rp 2.000.000
  4. ≥ Rp 2.000.000 - ≤ Rp 4.000.000
  5. ≥ Rp 4.000.000

**Lampiran 6. Surat izin penelitian dari Departemen Farmasi FMIPA UI**



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM**  
**DEPARTEMEN FARMASI**  
 Kampus UI Depok, 16424 Telp. (021) 7270031, 7864049, 78884557,  
 78849001-3 Fax. 021.7863433  
 E-mail: [secretariat@farmasi.ui.ac.id](mailto:secretariat@farmasi.ui.ac.id)

---

Nomor : 1610 /H2.F3.12/PDP.04.01./2012  
 Lamp. :  
 Hal : Permohonan data & izin melakukan penelitian. 7 Februari 2012

Kepada : Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok  
 Jl. Margonda Raya No.42  
 Ruko Depok Mas Blok A7  
 Depok 16431

Sehubungan dengan penelitian yang dilakukan bagi mahasiswa Departemen Farmasi FMIPA – UI :

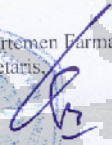
Nama : Stevanie Hermine  
 Npm. : 0806398745  
 Judul : Analisis Dampak Pemberian Intervensi Pendidikan Kesehatan terhadap Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Tuberkulosis Anak di tiga Puskesmas Kecamatan Kota Depok.

Bersama surat ini, dengan hormat kami mohon izin untuk melakukan penelitian di beberapa Puskesmas dan Apotek di Kota Depok yang akan dilaksanakan pada bulan Februari – Juni 2012.

Sehubungan dengan hal tersebut kami juga mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk dapat memberikan data terkait penelitian mahasiswa tersebut.

Demikianlah atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.


Departemen Farmasi  
 Sekretaris



Dr. Iskandarsyah, MS  
 NIP. 196502241991031002



## Lampiran 7. Surat izin penelitian dari Kesbangpol & Linmas Kota Depok



### PEMERINTAH KOTA DEPOK KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS

Jl. Pemuda No. 70B Pancoranmas - Depok 16431  
Telp./Fax. (021) 77204704

---

**SURAT REKOMENDASI**  
Nomor: 70 / 092 -Kesbang Pol & Linmas

Membaca : Surat dari: Sekretaris Departemen FMIPA Universitas Indonesia tanggal 7 Februari 2012, No. 1610/H2.F3.12/PDP.04.01/2012 perihal Permohonan Ijin Penelitian.

Memperhatikan : 1. Peraturan Daerah Nomor 8 tahun 2008, tentang : Organisasi Perangkat Daerah (OPD)  
2. Peraturan Walikota Depok Nomor 42 tahun 2008, tentang : Rincian tugas fungsi dan tata kerja Kantor Kesbang Pol & Linmas (Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat)

Mengingat : Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka;  
Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya Permohonan Ijin Penelitian oleh :


Nama (NPM) : Stevanie Hermine (0806398745)  
Alamat / Telp : Jl. Perum Permata Kemang Blok C2/16 Rt. 011 Rw. 001 Kel. Bojong Rawalumbu Kec. Rawalumbu Kota Bekasi.  
Telp. -  
Jurusan : Farmasi  
Judul : "Analisa dampak pemberian intervensi Pendidikan Kesehatan terhadap Kepatuhan penggunaan obat pada pasien TB anak di tiga Puskesmas Kecamatan Kota Depok".  
Lama Waktu : 22 Februari 2012 s/d 22 Juni 2012  
Tempat : Dinas Kesehatan Kota Depok

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Melakukan kegiatan PKL/ magang/ , riset/pengumpulan data/ observasi/ serta kerjasama dengan Perguruan Tinggi/ universitas, yang bersangkutan harus melaporkan kedatangannya kepada Kepala : Dinas/ Instansi/ Badan/ Lembaga/ Kantor/ Bagian yang dituju, dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/ tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/ topik masalah/ tujuan akademik;
3. Apabila masa berlaku surat pemberitahuan ini berakhir sedangkan kegiatan dimaksud belum selesai, perpanjangan izin kegiatan harus diajukan oleh instansi pemohon;
4. Sesudah selesai melakukan kegiatan , yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Walikota Depok, Up. Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas - Kota Depok;
5. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Depok, 22 Februari 2012

a.n. KEPALA KANTOR KESBANG POL & LINMAS  
KOTA DEPOK  
Kasubag Tata Usaha




HI YATI SUMIATY, SE, M.Si  
NIP : 197104172003122005

Tembusan :

1. Walikota Depok Cq.Staf Ahli Bid.Pembangunan Setda Kota Depok (sebagai laporan)
2. Sekretaris Departemen FMIPA UI;
3. Ybs.

**Lampiran 8. Surat izin penelitian dari Dinkes Kota Depok periode Februari – Mei 2012**



**PEMERINTAH KOTA DEPOK**  
**DINAS KESEHATAN**  
Jl. Margonda Raya No. 42, Ruko Depok Mas Blok A-7-8-9  
Telp. : (021) 77203904, 77203724 Fax. : (021) 77212909 - DEPOK 16431

---

Depok, 24 Februari 2012

Nomor	: 070/870 /Umum	Kepada	
Lamp	: -	Yth. Ka. ....	
Hal	: Izin Pengambilan Data dan Melakukan Penelitian	di -	Tempat

Sehubungan dengan surat dari Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas – Kota Depok Nomor : 70 / 092 / Kesbang Pol & Linmas, tanggal 22 Februari 2012 tentang Surat Pemberitahuan Rekomendasi dan surat dari Sekretaris Departemen FMIPA UI, tanggal 7 Februari 2012 Nomor : 1610/H2.F3.12/PDP.04.01/2012, dengan perihal : Permohonan Data dan Izin Melakukan Penelitian

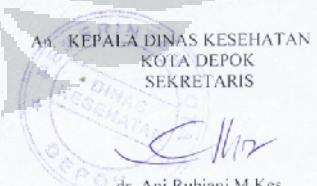
Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya Pengambilan Data dan Melakukan Penelitian oleh :

Nama/NPM	: Stevanie Hermine ( 0806398745 )
Peminatan	: Farmasi
Judul	: Analisis dampak pemberian intervensi pendidikan Kesehatan terhadap kepatuhan penggunaan obat pada Pasien tuberkolosis anak di tlg puskesmas Kecamatan Kota Depok
Lama	: 27 Februari s.d 31 Mei 2012
Tempat	: 1. Dinas Kesehatan Kota Depok 2. Puskesmas Kota Depok

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan judul penelitian /topik masalah/tujuan akademik.
2. Apabila masa berlaku surat pengantar ini berakhir sedangkan kegiatan yang dimaksud belum selesai, perpanjang izin kegiatan harus diajukan oleh institusi pemohon dan disertai Surat Pemberitahuan Penelitian dari Kantor Kesbang Pol dan Linmas Kota Depok.
3. Sesudah selesai melakukan kegiatan, yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok melalui Ka Sub Bag Umum, Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan.
4. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian surat pengantar ini dibuat untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.



dr. Ani Rubiani, M.Kes  
NIP. 19591230 198903 2 001

Tembusan :

- Yth Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok ( sebagai laporan )
- Sekretaris Departemen FMIPA UI
- Ybs

Lampiran 9. Bentuk Intervensi Pendidikan Kesehatan (*Leaflet* halaman 1)

tersebut, beritahu dokter segera agar dokter dapat mem- beri solusi penanganan atau melakukan penggantian obat yang tidak memberikan efek samping pada pasien. Jika kelu- han masih dapat ditahan, obat harus tetap diminum, jangan dihentikan.

**Tetap minum obat secara teratur, sesuai pe- tunjuk dokter adalah cara utama untuk menyembuhkan penyakit TBC**

**Karena jika obat tidak diminum dengan teratur:**

- Penyakit TBC tidak akan sembuh bahkan dapat men- jadi lebih parah
- Pasien dapat menularkan penyakit ke orang-orang terdekat (orang tua, kakak/adik, teman, tetangga dll)
- Dapat terjadi resistensi pada obat (obat tidak manpan terhadap bakteri TBC) sehingga obat harus diganti dan pengobatan akan dimulai dari pertama lagi

**Kepatuhan dan ketertarikan penggunaan obat TBC sangat penting dijaga**

**Bagaimana pasien (pasien dewasa maupun anak) dapat menjaga kepatuhan penggunaan obat TBC mereka...?**

Pasien dapat memiliki PMO untuk menjaga kepatuhan penggunaan obat TBC mereka

**Apa itu PMO...?**

PMO adalah singkatan dari Pengawas Menelan Obat. PMO merupakan cara yang dianjurkan WHO (Organisasi Kesehatan Dunia) untuk menjaga kepatuhan terapi pasien TBC.

**Seberapa pentingkah PMO terhadap kepatuhan penggunaan obat pada pasien...?**

PMO sangat penting dimiliki oleh pasien karena PMO ber- tugas mengawasi pasien agar benar-benar menelan obat mereka secara teratur sampai waktu pengobatan selesai. PMO juga bertugas memberikan dorongan kepada pasien untuk berobat teratur. Dengan dukungan dan moti- fikasi, pasien akan lebih patuh minum pengobatan

mereka. PMO harus seseorang yang tinggal dekat dengan pasien. PMO bersedia membantu pasien dengan sukarela dan bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama.

**Tips-tips bagi PMO untuk menjaga pasien tetap teratur minum obat**

1. Ingatkan pasien untuk minum obat pada waktu yang sama setiap harinya hingga menjadi kebiasaan
2. Letakkan obat di tempat yang selalu terlihat dan selalu diingat oleh pasien maupun oleh PMO
3. Tulislah catatan kecil "JANGAN LUPA MINUM OBAT HARI INI" di tempat-tempat yang selalu terlihat pasien dan PMO
4. Ingatkan pasien untuk menandai atau mencoret tanggal kalender tepat setelah pasien minum obat
5. Jika pasien lupa untuk minum obat sekali, tetap lanjutkan pengobatan seperti biasa, namun jika pasien lupa minum obat lebih dari sekali, hubungi nomor dokter atau petugas kesehatan yang diberikan kepada PMO, mereka akan men- beritahu apa yang selanjutnya harus PMO lakukan



STEVANIE HERMINE  
(MAHASISWA)



UNIVERSITAS INDONESIA

**Ingin Tahu Lebih Banyak Tentang TBC?**  
**Ingin Tahu Lebih Lengkap Tentang PMO?**  
**Ingin Tahu Lebih Rinci Tentang Pentingnya Kepatuhan Da- lam pengobatan TBC?**

**KAMI MENGUNDANG IBU/BAPAK/ADIK SEKALIAN UNTUK MENGHADIRI PENYULUHAN "KEPATUHAN PENGGUNAAN OBAT PADA PENYAKIT TBC"**

**BAHARTANGGAL: 11 APRIL 2012**  
**WAKTU : 9.30 - 10.30 WIB**  
**TEMPAT : AULA PUSKESMAS CIMANGGIS**

**PEMBICARA**  
 Santji Purna Sirri, M.Si  
 (Dosen Fakultas Farmasi Universitas Indonesia)

**STOP TB**

TB = TBC = TUBERKULOSIS

## Lampiran 10. Bentuk Intervensi Pendidikan Kesehatan (Leaflet halaman 2)

# Pentingnya Teratur Meminum Obat Dalam Keberhasilan Pengobatan TBC ...

**Apa itu TB...?**  
TB atau TBC adalah singkatan dari tuberkulosis. Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang dapat menyebabkan seseorang menjadi sangat sakit dan bahkan dapat menyebabkan kematian jika tidak diobati dengan benar. TBC umumnya menyerang paru-paru, namun juga dapat menyerang bagian tubuh lainnya seperti ginjal, tulang, selaput otak, alat kelamin, dan lain-lain.

**Bagaimana seseorang dapat terkena TBC...?**

- Penyakit TBC menyebar dan ditularkan melalui udara. Bakteri penyebab TBC akan ditularkan pada saat seseorang dengan penyakit TBC berbicara, batuk, bersin, atau bernyanyi.
- Jika seseorang menghirup udara yang mengandung bakteri TBC, mereka dapat terkena infeksi TBC. Keadaan ini berarti bakteri TBC berhasil masuk namun berada dalam keadaan tertidur (**dorman**) didalam tubuh. Bakteri yang tertidur ini tidak akan menyebabkan keadaan sakit pada orang tersebut dan tidak menular.
- Jika daya tahan tubuh menurun, bakteri yang tidur ini dapat bangun dan memperbanyak diri sehingga menyebabkan orang tersebut terkena **penyakit TBC**.

**Bayi dan anak-anak lebih mudah terkena TBC karena daya tahan tubuh mereka lebih lemah dibandingkan orang dewasa.**

**Tanda-tanda apa saja yang menunjukkan seseorang terkena TBC...?**  
Seseorang dengan umur diatas 15 tahun (pasien dewasa) dapat dicurigai terkena penyakit TBC jika terlihat memiliki tanda-tanda dibawah ini:

- **Batuk berdahak** selama 2-3 minggu yang dapat disertai dengan dahak bercampur darah (**Batuk darah**)
- **Sesak napas, badan lemas, dan terasa tidak nyaman**
- **Nafsu makan menurun diikuti penurunan berat badan**
- **Demam meriang** lebih dari satu bulan
- **Berkeringat pada malam hari** tanpa kegiatan fisik

**TBC juga dapat terjadi pada anak-anak, apakah gejalanya berbeda dengan yang terjadi pada pasien dewasa?**  
Gejala yang terlihat pada anak kurang lebih sama dengan pasien dewasa. Namun pada pasien anak, gejala yang muncul tidak sejelasa pada pasien dewasa. Dan karena gejala nya yang tidak terlalu jelas, terkadang orang tua tidak terfikir anak mereka terkena TBC. Bagi orangtua, curigai anak anda terkena TBC jika terlihat tanda-tanda dibawah ini:

- **Berat badan anak menurun** tanpa sebab yang jelas, tubuh anak terlihat kurus
- **Demam** tanpa sebab jelas selama 2 minggu atau lebih
- **Batuk terus-menerus** selama 3 minggu atau lebih
- **Terjadi Pembesaran/pembengkakan** di bagian leher, sendi, lutut, dan panggul

**Curigai pula anak anda terkena TBC jika terdapat keluarga / teman / tetangga yang menderita TBC disekitar anak anda**

Jika para orangtua melihat gejala diatas, laporkanlah hal-hal tersebut dan kecamasan anda terhadap penyakit TBC pada

**1**

anak anda. Biasanya dokter akan menilai dengan lebih teliti keadaan anak anda dan memutuskan apakah anak anda terkena TBC atau tidak.

**Bagaimana dengan pengobatan TBC yang akan pasien terima...?**  
Setelah dokter mengatakan seseorang terkena TBC, dokter akan memberikan pengobatan selama minimal 6 bulan. 2 bulan pertama pasien dewasa akan menerima 3 jenis obat yang harus diminum setiap hari, dan 4 bulan selanjutnya pasien dewasa akan menerima jenis obat yang lebih sedikit (jumlah nya disesuaikan dengan perkembangan penyembuhan kondisi pasien). Pada pasien anak (<15 tahun), dokter akan memberikan pengobatan selama minimal 6 bulan. 2 bulan pertama anak akan menerima 3 jenis obat, dan 4 bulan selanjutnya anak akan menerima 2 jenis obat yang semuanya harus di minum setiap hari.

**Obat nya banyak sekali... Gimana bayarnya..?**  
Bakteri TBC memiliki pertahanan yang kuat, sehingga butuh lebih dari satu macam obat untuk mematakannya. Dan **obat TBC itu GRATIS** karena disubsidi pemerintah. Tidak dipungut biaya sama sekali, jadi tidak perlu khawatir.

**6 bulan? Lama sekali pengobatannya....**  
Bakteri TBC adalah jenis bakteri dengan pertahanan kuat sehingga butuh waktu yang lama untuk mematakannya. Jika diminum teratur, dalam waktu dua minggu, pasien akan merasa enak dan keadaan tubuh akan membaik drastis.

**Kalau sudah enak, buat apa diminum lagi obatnya?**  
Pengobatan akan membunuh bakteri TBC dengan perlahan. Jadi jika dalam beberapa minggu keadaan pasien sudah membaik, bukan berarti semua bakteri dalam tubuh sudah mati. Obat harus tetap diminum sesuai aturan.

**Obat nya membuat pasien menjadi tambah sakit (sakit perut, muntah, dan turun nafsu makan) dan mencemaskan (air kencing, ludah, dan air mata berwarna merah) ...**  
Keadaan tersebut merupakan efek samping dari obat sehingga **3** tidak perlu khawatir. Jika pasien mengalami keluhan

Lampiran 11. Bahan presentasi intervensi pendidikan ceramah

**KEPATUHAN  
PENGUNAAN OBAT PADA  
PASIENTUBERKULOSIS**

Sandi Purma Sari, M.Si., Apt.  
Fakultas Farmasi Universitas Indonesia



**TUBERKULOSIS = TB = TBC =  
FLEK PARU**

Disebabkan oleh  
*Mycobacterium tuberculosis*

TB → PENYAKIT  
MENULAR !!!



**PENYEBARAN BAKTERI TBC**

The bacteria which living in the lungs of infected person, TB, can be spread to other people through the air.

PERUTAN  
TUBUH  
LENYA

Paru-paru  
Tubuh  
Lain



**TUBERKULOSIS**

MENULAR

MENULAR

Anak-anak lebih mudah terkena TB → daya tahan tubuh anak lebih lemah



(Lanjutan)



### GEJALA-GEJALA PENYAKIT TB

**DEWASA:**

- Berkeringat pada malam hari (tanpa aktivitas)
- Tidak nafsu makan → BB ↓
- Demam / meriang ≥ 1 bulan

**ANAK:**

- BB anak ↓ → badan terlihat kurus
- Demam ≥ 2 minggu
- Batuk ≥ 3 minggu
- Pembesaran di bagian leher, sendi, lutut / penggul

**CURIGAI/ANAKTERKENA ADA PENDERITA TB DI SEKITAR ANAK**

### PENGOBATAN TBC

Kategori I  
 Kategori II  
 Kategori III  
 Kasus **KRONIK (IV)**

Setiap kategori diberikan dalam 2 tahapan pengobatan yaitu

**Tahap intensif dan Tahap lanjutan**

**HARUS DIMINUM SECARA TERATUR → SEMBUH**

### KATEGORI I

- Pasien baru dengan hasil dahak (+)
- Pasien baru dengan hasil dahak (-) namun hasil rontgen (+) TB berat
- Pasien TB ekstra paru berat
- Pasien TB dengan penyakit HIV

(Lanjutan)



(Lanjutan)

**KASUS KRONIK (IV)**

- Belum ada pengobatan bentuk KDT
- Pasien TB kasus kronik → pasien telah menggunakan pengobatan kategori II namun hasil dahak tetap (+) pada bulan ke 7 pengobatan
- Pengobatan yang diterima harus dibuat khusus untuk dirinya sendiri

KEADAAN JIKA PASIEN GAGAL DISEBABKAN KARENA PASIEN TIDAK TERATUR MENJALIN PENGobatan RESISTENSI

**PENGobatan TB PADA ANAK**

- Kategori pengobatan = TB dewasa
- Diberikan pada pasien anak (< 15 tahun)
- Bentuk obat sedikit berbeda (**KOMBIPAK**) → agar perhitungan dosis pemberian yang disesuaikan dengan berat badan anak menjadi lebih mudah.

**EFEK SAMPING OBAT**

- RINGAN (paling sering terjadi):
- Tidak nafsu makan, mual, sakit perut → obat diminum malam sebelum tidur
- Warna kemerahan pada air seni → tidak perlu di khawatirkan
- Nyeri sendi → laporkan pada petugas → diberikan aspirin
- Kesemutan sampai rasa terbakar pada kulit → laporkan pada petugas → diberikan vitamin B6 100 mg/hari

**OBAT TB HARUS TETAP DIMINUM TERATUR TIDAK BOLEH PUTUS**

**PENGobatan TB PADA ANAK**

**FASE INTENSIF**

**FASE LANJUTAN**

Jumlah Tablet yang Diminum Berdasarkan Berat Badan Pasien Anak

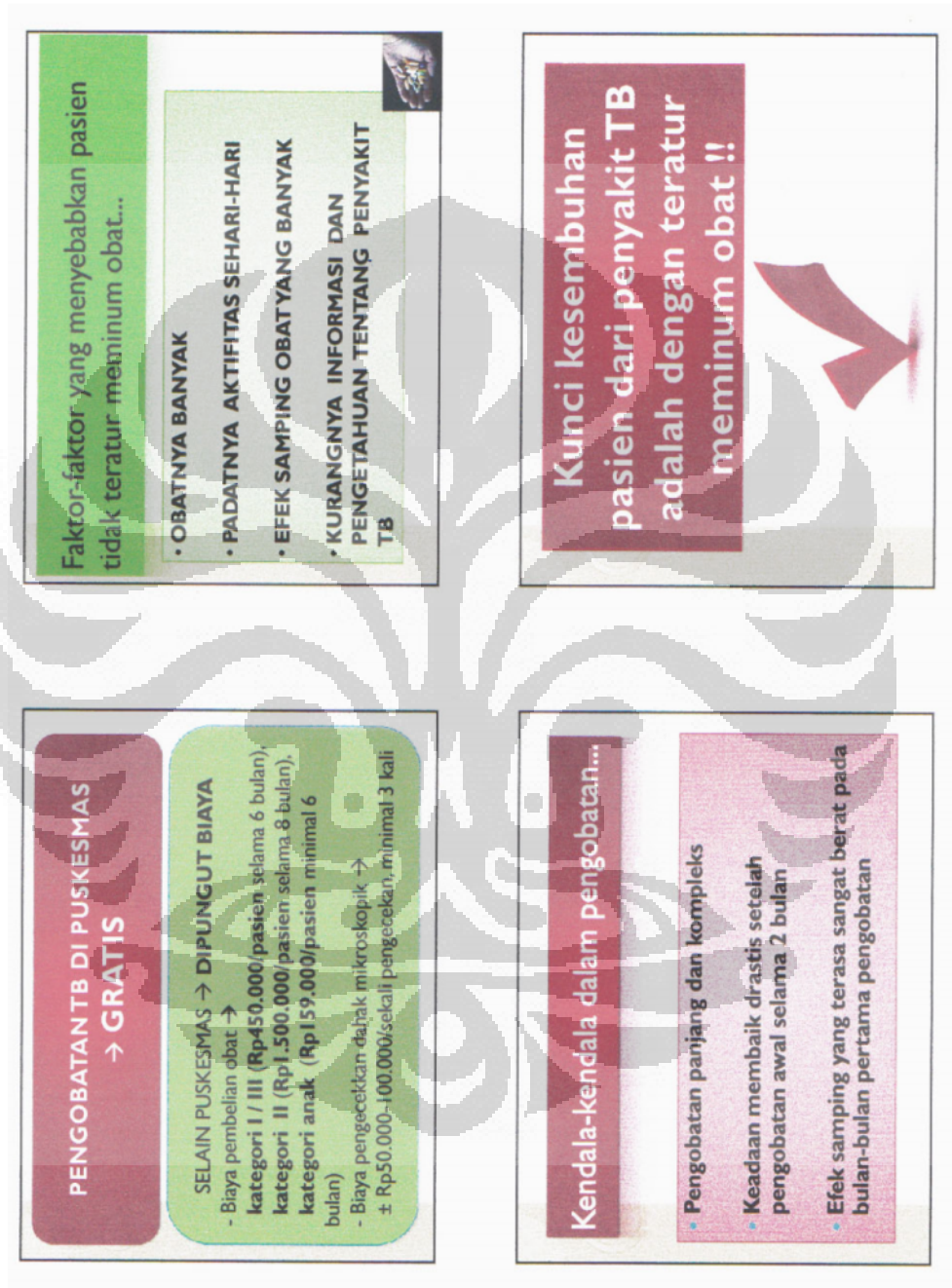


(Lanjutan)

The infographic is divided into four main sections:

- EFEK SAMPING OBAT (Side Effects of Medication):** Lists symptoms like skin rash, hearing/balance issues, yellow eyes, dizziness, and skin redness. It includes a note that TB medication should be continued even if symptoms disappear.
- INTERAKSI OBAT (Drug Interactions):** Explains that Rifampicin speeds up metabolism of other drugs, while Isoniazid slows it down. It advises consulting a doctor for other medications.
- BERITAHU DOKTER/PETUGAS (Inform the Doctor/Staff):** A call to action for patients to inform their healthcare providers about their medication use.
- Penyimpanan Obat? (Medication Storage?):** Provides safety instructions: keep away from children, avoid heat/light, and recognize signs of spoiled medication.

(Lanjutan)



(Lanjutan)

**MENGAPA SANGAT PENTING MEMINUM OBAT SECARA TERATUR ???**

**SANGAT BERBAHAYA JIKA TERJADI KETIDAKPATUHAN...**

Penyakit menjadi lebih parah

Dapat menular pada orang-orang terdekat

Pengobatan harus diulang dari awal atau berpindah kategori

**PERSYARATAN DAN TUGAS PMO**

PERSYARATAN	TUGAS
Dikenal, dipercaya, dihormati dan disegani pasien	Mengawasi menelan obat secara teratur hingga tuntas
Tinggal dekat	Memberi dorongan dan motivasi berobat teratur
Bersedia membantu dengan sukarela	Mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak sesuai waktu yang ditentukan


**Bagaimana pasien dapat menjaga kepatuhan penggunaan obat ?**

Pasien harus memiliki PMO

**Pengawas Menelan Obat** → seseorang yang mengawasi dan menjamin pasien agar benar-benar menelan obat secara teratur sesuai petunjuk hingga waktu pengobatan tuntas

(Lanjutan)

**PMO sangat penting dalam menjaga kepatuhan penggunaan obat pada pasien TB karena dengan dukungan dan motivasi, pasien akan menjadi lebih patuh minum obat**




**Tips bagi PMO untuk menjaga pasien tetap patuh minum obat...**

1. Ingatkan minum obat pada waktu yang sama setiap harinya → kebiasaan
2. Obat selalu terlihat → selalu diingat oleh pasien dan PMO
3. Tuliskan "JANGAN LUPA MINUM OBAT HARI INI" di tempat yang terlihat pasien dan PMO
4. TANDAI tanggal kalender tepat setelah pasien minum obat

**Kesimpulan :**

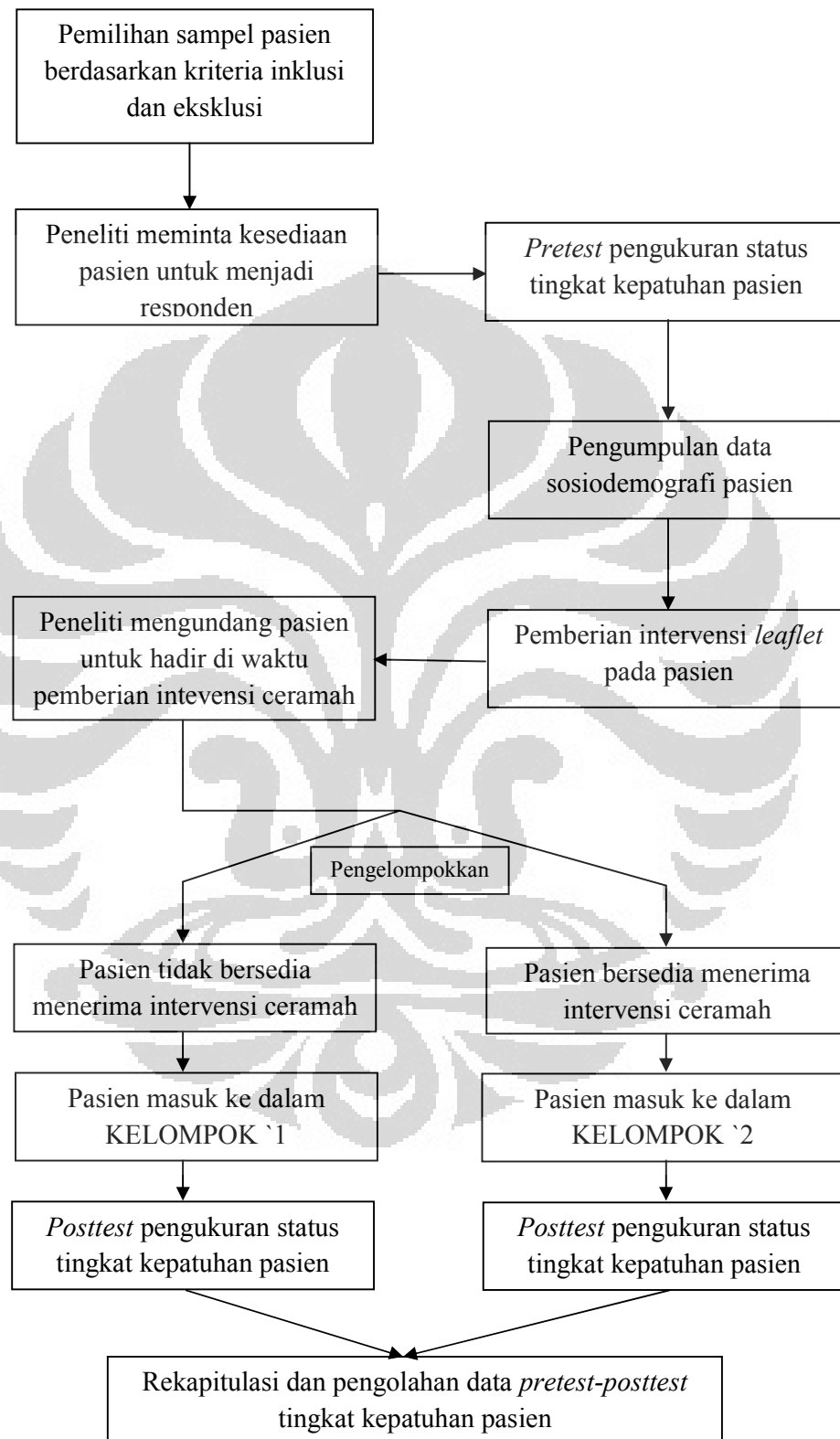


**TIDAK ADA ALASAN UNTUK TIDAK PATUH MINUM OBAT**



**Terima kasih**

**Lampiran 12.** Skema alur penelitian dan pengumpulan data



**Lampiran 13.** Pengelompokan Obat Anti Tuberkulosis serta jenis, sifat, dan dosis OAT lini pertama

Pengelompokan OAT

(Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

<b>Golongan dan jenis</b>	<b>Obat</b>	
<b>Golongan-1 Obat Lini Pertama</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isoniazid (<b>H</b>)</li> <li>• Etambutol (<b>E</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pyrazinamide (<b>Z</b>)</li> <li>• Rifampisin (<b>R</b>)</li> <li>• Streptomycin (<b>S</b>)</li> </ul>
<b>Golongan-2 / Obat suntik/ Suntikkan lini kedua</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kanamycin (<b>Km</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amikacin (<b>Am</b>)</li> <li>• Capreomycin (<b>Cm</b>)</li> </ul>
<b>Golongan-3 / Golongan Floroquinolone</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofloxacin (<b>Ofx</b>)</li> <li>• Levofloxacin (<b>Lfx</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moxifloxacin (<b>Mfx</b>)</li> </ul>
<b>Golongan-4 / Obat bakteriostatik lini kedua</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ethionamide (<b>Eto</b>)</li> <li>• Prothionamide (<b>Pto</b>)</li> <li>• Cycloserine (<b>Cs</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para amino salisilat (<b>PAS</b>)</li> <li>• Terizidone (<b>Trd</b>)</li> </ul>
<b>Golongan-5 / Obat yang belum terbukti efikasinya dan tidak direkomendasikan oleh WHO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clofazimine (<b>Cfz</b>)</li> <li>• Linezolid (<b>Lzd</b>)</li> <li>• Amoxilin-Clavulanate (<b>Amx-Clv</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thiocetazone (<b>Thz</b>)</li> <li>• Clarithromycin (<b>Clr</b>)</li> <li>• Imipenem (<b>Ipm</b>)</li> </ul>

**Lampiran 14.** Regimen penggunaan Obat Anti Tuberkulosis untuk pasien dewasa dengan status diagnosis kategori I / kategori III dalam bentuk kombipak dan KDT

Dosis paduan OAT KDT kategori I

(Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

Berat Badan (Kg)	Tahap Intensif (awal) tiap hari selama 56 hari RHZE (150 mg / 75 mg / 400 mg / 275 mg)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150mg / 150mg)
30-37	2 tablet 4 KDT	2 tablet 2 KDT
38-54	3 tablet 4 KDT	3 tablet 2 KDT
55-70	4 tablet 4 KDT	4 tablet 2 KDT
≥ 71	5 tablet 4 KDT	5 tablet 2 KDT

Dosis paduan OAT-Kombipak kategori I

(Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Dosis per hari / kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet Isoniazid @300 mg	Kaplet Rifampisin @450 mg	Tablet Pirazinamid @500 mg	Tablet Etambutol @250 mg	
Intensif	2 bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	4 bulan	2	1	-	-	48

**Lampiran 15.** Regimen penggunaan Obat Anti Tuberkulosis untuk pasien dewasa dengan status diagnosis kategori II dalam bentuk kombipak dan KDT

Dosis paduan OAT KDT kategori II

(Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

Berat Badan (Kg)	Tahap Intensif tiap hari RHZE (150 mg / 75 mg / 400 mg / 275 mg) + S		Tahap Lanjutan 3 kali seminggu RH(150 mg/ 150 mg) + E(400 mg)
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
30-37	2 tab 4 KDT + 500 mg Streptomisin Inj.	2 tab 4 KDT	2 tab 2 KDT + 2 tab Etambutol
38-54	3 tab 4 KDT + 750 mg Streptomisin Inj.	3 tab 4 KDT	3 tab 2 KDT + 3 tab Etambutol
55-70	4 tab 4 KDT + 1000 mg Streptomisin Inj.	4 tab 4 KDT	4 tab 2 KDT + 4 tab Etambutol
≥71	5 tab 4 KDT + 1000 mg Streptomisin Inj.	5 tab 4 KDT	5 tab 2 KDT + 5 tab Etambutol

Dosis paduan OAT-Kombipak kategori II (Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

Tahap pengobatan	Lama Pengobatan	Tablet Isoniazid @300 mg	Kaplet Rifampisin @450 mg	Tablet pirazinamid @500 mg	Etambutol		Streptomisin injeksi	Jumlah hari/kali menelan obat
					Tablet @250 mg	Tablet @ 400 mg		
intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	-	0,75 gr	56
	1 bulan	1	1	3	3	-	-	28
Lanjutan	4 bulan	2	1	-	1	2	-	60

**Catatan:**

Untuk pasien dengan umur 60 tahun keatas dosis maksimal untuk streptomisin adalah 500 mg tanpa memperhatikan berat badan



**Lampiran 16.** Regimen penggunaan Obat Anti Tuberkulosis untuk pasien dewasa berupa paduan obat sisipan dalam bentuk kombipak dan KDT

Dosis KDT sisipan

(Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

Berat Badan (Kg)	Tahap intensif tiap hari selama 28 hari RHZE (150/75/400/275)
30-37	2 tablet 4 KDT
38-54	3 tablet 4 KDT
55-70	4 tablet 4 KDT
≥ 71	5 tablet 4 KDT

Dosis OAT-Kombipak sisipan

(Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Tablet isoniazid @ 300 mg	Kaplet rifampisin @450 mg	Tablet pirazinamid @500 mg	Tablet Etambutol @250 mg	Jumlah hari/kali menelan obat
Tahap intensif (dosis harian)	1 bulan	1	1	3	3	28

**Lampiran 17.** Obat Anti Tuberkulosis lini ke 2 yang digunakan pada pada pasien dengan keadaan TB kronik atau kasus TB-MDR

Anjuran dosis OAT untuk keadaan TB kronik dan kasus TB-MDR  
(World Health Organization, 2003c)

Obat	Mekanisme Kerja	Anjuran dosis per hari		
		Rata-rata (mg/kg)	Minimum (mg)	Maksimum (mg)
Amikasin	Bakterisid	15	750	1000
Kapreomisin	Bakterisid	15	750	1000
Siprofloksasin	Bakterisid	10-20	1000	1500
Sikloserin	Bakteriostatik	10-20	500	750
Etionamid	Bakterisid	10-20	500	750
Kanamisin	Bakterisid	15	750	1000
Ofloxacin	Bakterisid	7,5-15	600	800
p-Aminosalisilat (PAS)	Bakteriostatik	150	8 g	12 g
Protonamid	Bakterisid	10-20	500	750

**Lampiran 18.** Tabel dosis obat anti tuberkulosis anak dalam bentuk kombipak dan KDT

Dosis OAT Kombipak pada Anak (Departemen Kesehatan RI, 2007)

Jenis Obat	BB < 10 kg	BB 10-19 kg	BB 20-32 kg
Isoniasid (H)	50 mg	100 mg	200 mg
Rifampisin (R)	75 mg	150 mg	300 mg
Pirazinamid (Z)	150mg	300 mg	600 mg

Dosis OAT KDT pada Anak (Departemen Kesehatan RI, 2007)

Berat Badan (kg)	2 bulan tiap hari RHZ (75/50/150)	4 bulan tiap hari RH (75/50)
5-9	1 tablet	1 tablet
10-19	2 tablet	2 tablet
20-32	4 tablet	4 tablet

Lampiran 19. Formulir daftar suspek yang diperiksa dahak SPS

PENANGGULANGAN TB NASIONAL
FORM. TB.06

**DAFTAR TERSANGKA PASIEN (SUSPEK) TB YANG DIPERIKSA DAHAK SPS**

Bulan \_\_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_\_

No	Tanggal Didaftar	No. Identitas Sediaan Dahak	Nama Lengkap Suspek	Umur (tahun)		Alamat Lengkap	Tanggal Pengambilan Dahak			Tanggal Pengiriman Sediaan Dahak ke Lab	Tanggal Hasil Diperoleh	Hasil Pemeriksaan			No. Reg Lab	Bila di-diagnosis TB, Tulis Tanggal Pembuatan Kartu TB01
				L	P		A	B	C			A	B	C		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)

**Keterangan :**

- o A = Slide dahak sewaktu pertama ; B = Slide dahak pagi ; C = Slide dahak sewaktu kedua
- o No. : Isi nomor urut 3 digit, dimulai dengan 001 pada setiap permulaan tahun.
- o Nomor Identitas Sediaan Dahak : Tulis sesuai dengan Form TB 05
- o Tanggal Pengiriman Sediaan Dahak ke Lab & Tanggal Hasil Diperoleh : Bagi UPPK non mikroskopis diisi dengan tanggal yang sama untuk ke-3 sediaan. Sedang bagi UPPK mikroskopis biasanya pengambilan dan hasil dilakukan pada tanggal yang sama.
- o Hasil Pemeriksaan : Tulis hasil pembacaan sediaan sesuai kolomnya, neg untuk negatif dan 1+, 2+ dst. untuk hasil positif. A untuk A.untuk dahak sewaktu pertama, B untuk dahak pagi, dan C,untuk dahak sewaktu kedua.
- o Nomor Reg. Lab : Tulis No. Register Lab dari pemeriksaan tsb. (kutip dari form. TB 05 bagian bawah).

Lampiran 20. Formulir permohonan pemeriksaan laboratorium TBC

PROGRAM TB NASIONAL
TB.05

**FORMULIR PERMOHONAN LABORATORIUM TB UNTUK PEMERIKSAAN DAHAK**

Nama UPK : _____	No. Telp : _____
Nama tersangka/pasien : _____	Umur : <input type="text"/> <input type="text"/> tahun
Jenis kelamin : Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/>	
Alamat lengkap : _____	
Kab/Kota : _____	
Propinsi : _____	

**Klasifikasi penyakit**

Paru

Extra Paru  Lokasi : \_\_\_\_\_

**Alasan pemeriksaan:**

Diagnosa

Follow up pengobatan :

1. Akhir tahap awal

2. Akhir sisipan

3. 1 bulan sebelum AP

4. Akhir pengobatan (AP)

No. Reg. TB Kab/kota \_\_\_\_\_

**No. identitas sediaan**  
(sesuai dengan TB.06)

...../...../.....

Tgl. Pengambilan dahak terakhir : \_\_\_\_\_

Tgl. pengiriman sediaan : \_\_\_\_\_

Tanda tangan pengambil sediaan : \_\_\_\_\_

**Secara visual dahak tampak:**

Nanah lendir : S <input type="checkbox"/>	Bercak darah : S <input type="checkbox"/>	Air liur : S <input type="checkbox"/>
P <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>
S <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>

**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM**

No. Register Lab. (sesuai dengan TB.04) : .....

Tanggal Pemeriksaan	Spesimen dahak*	Hasil**				
		+++	++	+	1.g***	Neg
.....	..... (Sewaktu)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	..... (Sewaktu)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Diisi sesuai kode huruf sesuai identitas sediaan  
 \*\* Beri tanda numpuk pd hasil yang sesuai  
 \*\*\* Isi dengan jumlah BTA yang ditentukan

**Keterangan:**  
 Nomor identitas sediaan terdiri dari 3 kelompok angka dan 1 huruf, sebagai berikut:  
 o Kelompok angka pertama terdiri dari 2 angka, misalnya 02 yang merupakan nomor urut kab.kota.  
 o Kelompok angka kedua juga terdiri dari 2 angka, misalnya 15 yang merupakan nomor urut UPK  
 o Kelompok angka kedua terdiri dari 3 angka, misalnya 237 yang merupakan nomor urut sediaan yang dimulai dengan nomor 001 setiap tahun.  
 o Kode huruf:  
 - Penetapan diagnosis A = dahak sewaktu pertama, B = dahak pagi; dan C = dahak sewaktu kedua.  
 - Follow up bulan ke 2, D & E  
 - Follow up 1 bulan sebelum AP, F & G  
 - Follow up AP, H & I  
 - Setelah sisipan, J & K  
 o Contoh nomor identitas sediaan : 02/15/237 A, 02/15/237 B, dan 02/15/237 C

Diperiksa oleh : .....

Tanda tangan pemeriksaan,  
(.....)

**Lampiran 21.** Contoh hasil BTA positif dari pemeriksaan laboratorium TBC

<b>PROGRAM TB NASIONAL</b>		<b>TB.05</b>
<b>FORMULIR PERMOHONAN LABORATORIUM TB UNTUK PEMERIKSAAN DAHAK</b>		
Nama UPK : <u>PEM CUMAHAGIS</u>		No. Telp :
Nama tersangka/pasien : <u>Mly Suryandi</u>		Umur : <u>33</u> tahun
Jenis kelamin : Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input checked="" type="checkbox"/>		
Alamat lengkap : <u>Jari jagor Rt 07/Rw09 kel: Tapos.</u>		
Kab/Kota : <u>DEPOK</u>		<b>Alasan pemeriksaan:</b> Diagnosa <input checked="" type="checkbox"/> Follow up pengobatan : 1. Akhir tahap awal <input type="checkbox"/> 2. Akhir sisipan <input type="checkbox"/> 3. 1 bulan sebelum AP <input type="checkbox"/> 4. Akhir pengobatan (AP) <input type="checkbox"/> No. Reg. TB Kab/kota
Propinsi : <u>JAWA BARAT.</u>		
<b>Klasifikasi penyakit</b> Paru <input type="checkbox"/> Extra Paru <input type="checkbox"/> Lokasi : _____		
<b>No. identitas sediaan</b> (sesuai dengan TB.06) <u>22 / 13 / 105</u>		
		Tgl. Pengambilan dahak terakhir : <u>27-2-2012</u> Tgl. pengiriman sediaan : _____ Tanda tangan pengambil sediaan : _____
<b>Secara visual dahak tampak:</b> Nanah lendir : S <input checked="" type="checkbox"/> P <input checked="" type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> Bercak darah : S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Air liur : S <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>		
<b>HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM</b>		
No. Register Lab. (sesuai dengan TB.04) : <u>240</u>		
Tanggal Pemeriksaan	Spesimen dahak*	Hasil**
<u>26-2-2012</u>	<u>A</u> (Sewaktu)	+++ <input checked="" type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 1-9*** <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>
<u>27-2-2012</u>	<u>B</u>	+++ <input checked="" type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 1-9*** <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>
<u>27-2-2012</u>	<u>C</u> (Sewaktu)	+++ <input checked="" type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 1-9*** <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>
<small>* Disisi sesuai kode huruf sesuai identitas sediaan          ** Beri tanda rumput pd hasil yang sesuai          *** Isi dengan jumlah BTA yang ditentukan</small>		Diperiksa oleh : ..... Tanda tangan pemeriksaan, (.....)
<small><b>Keterangan :</b>          Nomor identitas sediaan terdiri dari 3 kelompok angka dan 1 huruf, sebagai berikut:          o Kelompok angka pertama terdiri dari 2 angka, misalnya 02 yang merupakan nomor urut kab kota.          o Kelompok angka kedua juga terdiri dari 2 angka, misalnya 15 yang merupakan nomor urut UPK.          o Kelompok angka kedua terdiri dari 3 angka, misalnya 237 yang merupakan nomor urut sediaan yang dimulai dengan nomor 001 setiap tahun.          o Kode huruf :          - Penegakan diagnosis A = dahak sewaktu pertama, B = dahak pagi dan C = dahak sewaktu kedua.          - Follow up bulan ke 2, D &amp; E          - Follow up 1 bulan sebelum AP, F &amp; G          - Follow up AP, H &amp; I          - Setelah sisipan, J &amp; K          o Contoh nomor identitas sediaan : 02/15/237 A, 02/15/237 B, dan 02/15/237 C</small>		

Lampiran 22. Kartu pengobatan pasien TB halaman depan (atas) dan halaman belakang (bawah)

<b>PROGRAM TB NASIONAL</b>		<b>KARTU PENGOBATAN PASIEN TB</b>				<b>TB. 01</b>																																																																			
Nama pasien :	No. Telp/fp :	Tahun :	No. Registrasi TB.03 UPK :																																																																						
Alamat lengkap :	No. Telp/fp :		No. Register TB.03 Kab/Kota :																																																																						
Nama PMO :			Nama UPK :																																																																						
Alamat lengkap PM :																																																																									
(Berilah tanda <input checked="" type="checkbox"/> pada kotak pilihan yang sesuai)																																																																									
Jenis Kelamin : L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	Umur : <input type="text"/> Thn	Parut BCG : Jelas <input type="checkbox"/> Tak ada <input type="checkbox"/> Meragikan <input type="checkbox"/>	<b>KLASIFIKASI PENYAKIT</b> Paru <input type="checkbox"/> Ekstra paru <input type="checkbox"/> Lokasi <input type="checkbox"/>																																																																						
Riwayat pengobatan sebelumnya : Belum pernah/ kurang 1 bulan <input type="checkbox"/> Pernah diobati lebih dari 1 bulan <input type="checkbox"/>																																																																									
Catatan : (untuk hasil pemeriksaan laboratoriumnya : foto toraks, biopsi, kultur, skoring TB Anak/Jeli)																																																																									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>Periksaan kontak serumah :</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Nama</th> <th>L/P</th> <th>Umur</th> <th>Tgl pemeriksaan</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>Dirujuk oleh</b></p> <input type="checkbox"/> Inisiatif pasien  <input type="checkbox"/> Angkasa masy  <input type="checkbox"/> RS/BPA/Pusk  <input type="checkbox"/> KTS/PDP  <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan _____                 </div> </div>							No.	Nama	L/P	Umur	Tgl pemeriksaan	Hasil	1						2						3						4						5						6																														
No.	Nama	L/P	Umur	Tgl pemeriksaan	Hasil																																																																				
1																																																																									
2																																																																									
3																																																																									
4																																																																									
5																																																																									
6																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Bulan ke</th> <th colspan="3">HASIL PEMERIKSAAN DAHAH</th> <th rowspan="2">BB (Kg)</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Laboratorium pembaca</th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th>Tanggal</th> <th>No. Reg/Lab</th> <th>BT-A *</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0 (awal)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5/6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7/8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9/10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							Bulan ke	HASIL PEMERIKSAAN DAHAH			BB (Kg)	Laboratorium pembaca				Tanggal	No. Reg/Lab	BT-A *		0 (awal)					2					3					4					5/6					7/8					9/10																							
Bulan ke	HASIL PEMERIKSAAN DAHAH			BB (Kg)																																																																					
	Laboratorium pembaca																																																																								
	Tanggal	No. Reg/Lab	BT-A *																																																																						
0 (awal)																																																																									
2																																																																									
3																																																																									
4																																																																									
5/6																																																																									
7/8																																																																									
9/10																																																																									
Jenis OAT : Kombinasi KDT (FDC) TAHAP INTENSIF Kategori 1/3 <input type="checkbox"/> Kategori 2 <input type="checkbox"/> Kategori Anak <input type="checkbox"/> Sisipan <input type="checkbox"/> 2KDT (FDC) : _____ tablet/hari Sireptomisin : _____ mg/hari																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 8px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Tanggal  Bulan</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th><th>18</th><th>19</th><th>20</th><th>21</th><th>22</th><th>23</th><th>24</th><th>25</th><th>26</th><th>27</th><th>28</th><th>29</th><th>30</th><th>31</th> <th rowspan="2">Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>							Tanggal Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Jumlah																																		
Tanggal Bulan	1	2	3	4	5	6		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Jumlah																																								
Berilah <input checked="" type="checkbox"/> tanda jika pasien datang mengambil obat atau pengobatan di bawah pengawasan petugas kesehatan. Berilah tanda "garis lurus menyambung" jika obat dibawa pulang dan ditelan sendiri di rumah.																																																																									

---

**TAHAP LANJUTAN**  
(Berilah tanda  pada kotak pilihan yang sesuai)

Kategori 1  Kategori 2  Kategori Anak

2KDT (FDC) : \_\_\_\_\_ tablet/hari Etambutol : \_\_\_\_\_ tablet/hari

Tanggal Bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Jumlah	

Berilah  tanda jika pasien datang mengambil obat atau pengobatan di bawah pengawasan petugas kesehatan.  
 Berilah tanda "garis lurus menyambung" jika obat dibawa pulang dan ditelan sendiri di rumah.

**CATATAN :**

Layanan Konseling dan Test Sukarela					
Tgl. dianjukan	Tgl. Pre Test-Konseling	Tanggal Test	Tgl. Test	Tgl. Post Test Konseling	Hasil Test

Hasil test ditulis dengan kode :  
 NR = Non Reaktif (Negatif)                                      IR = Initial Reaktif (1 x reaktif)  
 RR = Repeated Reaktif (2 x reaktif)                                      3TR = 3 x reaktif

Layanan PDP (Perawatan, Dukungan & Pengobatan)				
Nama UPK	No. Reg. Pre ART	Tgl. Rujukan PDP	Tgl. Mulai PRK	Tgl. Mulai ART

**HASIL AKHIR PENGOBATAN :**  
(tuliskan tanggal dalam kotak yang sesuai)

Sembuh <input type="checkbox"/>	P. Lengkap <input type="checkbox"/>	Default <input type="checkbox"/>
Gagal <input type="checkbox"/>	Pindah <input type="checkbox"/>	Meninggal <input type="checkbox"/>

Lampiran 23. Contoh pengisian kartu pengobatan pasien TB halaman depan (atas) dan halaman belakang (bawah)

**PROGRAM TB NASIONAL** **KARTU PENGOBATAN PASIEN TB** **TB. 01**

Nama pasien: Ny. Suryani No. Telp/ID: \_\_\_\_\_ Tahun: 2012  
 Alamat lengkap: Jalan Jember No. 90 ke. Rempal No. Registrasi TB.03 UPK: 44/11/2012  
 Nama PMO: TN. Jember No. Register TB.03 Kab/Kota: 457  
 Alamat lengkap PM: Jember Nama UPK: Pusat Kecamatan

(Berilah tanda  pada kotak pilihan yang sesuai)  
 Jenis Kelamin: L  P  Umur: 31 Thn. Parut BCG: Jelas  Tak ada  Meragukan   
 Riwayat pengobatan sebelumnya: Belum pernah/ kurang 1 bulan  Pernah diobati lebih dari 1 bulan

**KLASIFIKASI PENYAKIT**  
 Paru  Ekstra paru   
 Lokasi

**Dirujuk oleh**  
 Inisiatif pasien  
 Anggola masy  
 RS/BPA/Pusk  
 KTS/PDP  
 Lain-lain, sebutkan \_\_\_\_\_

**TIPE PASIEN**  
 Baru  Kambuh   
 Pindahan  Pengobatan setelah default   
 Pengobatan setelah default  Lain-lain

**Periksaan kontak serumah:**

No.	Nama	L/P	Umur	Tgl pemeriksaan	Hasil
1					
2					
3					
4					
5					
6					

**HASIL PEMERIKSAAN DAHAH**

Bulan ke	Tanggal	No. Reg Lab	BTA*	BB (Kg)
0 (awal)	<u>26/3/12</u>	<u>295</u>	<u>+</u>	<u>47,6</u>
2	<u>14/4/12</u>	<u>483</u>	<u>+</u>	<u>47,4</u>
3				
4				
5/6				
7/8				
AP				

Tuliskan 1+, 2+, 3+ atau Neg sesuai dengan hasil pemeriksaan dahak

Tanggal → bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Jumlah	
<u>April</u>																																	37
<u>April</u>																																	25
																																	14

Berilah  tanda jika pasien datang mengambil obat atau pengobatan di bawah pengawasan petugas kesehatan.  
 Berilah tanda "garis lurus menyambung" jika obat dibawa pulang dan ditelan sendiri di rumah.

**TAHAP LANJUTAN**  
 (Berilah tanda  pada kotak pilihan yang sesuai)  
 Kategori 1 Kategori 2  Kategori Anak  Sisaipan   
 2KDT (FDC): 3 tablet/hari Etambutol: \_\_\_\_\_ tablet/hari

Tanggal → bulan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Jumlah	
<u>April</u>																																	14
<u>April</u>																																	14
<u>April</u>																																	14

Berilah  tanda jika pasien datang mengambil obat atau pengobatan di bawah pengawasan petugas kesehatan.  
 Berilah tanda "garis lurus menyambung" jika obat dibawa pulang dan ditelan sendiri di rumah.

**CATATAN:**  
18/4 27/4 18/5 DR  
18 April 44 Kg  
23/4 45 kg

**Layanan Konseling dan Test Sukarela**

Tgl. dilanjutkan	Tgl. Pra Test-Konseling	Tempat Test	Tgl. Test	Tgl. Post Test-Konseling	Hasil Test

Hasil test ditulis dengan kode:  
 NR = Non Reaktif (Negatif) IR = Inisial Reaktif (1 x reaktif)  
 RR = Repeated Reaktif (2 x reaktif) 3TR = 3 x reaktif

**Layanan PDP (Perawatan, Dukungan & Pengobatan)**

Nama UPK	No.Reg. Pra-ART	Tgl. Rujukan PDP	Tgl. Mulai PPK	Tgl. Mulai ART

**HASIL AKHIR PENGOBATAN:**  
 (tulis tanggal dalam kotak yang sesuai)

Sembuh	P. Lengkap	Default
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gagal	Pindah	Meninggal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Lampiran 24. Kartu identitas pasien TB halaman depan (atas) dan halaman belakang (bawah) beserta contoh pengisian

27 JUL 2011

**KARTU BEROBAT**  
DINAS KESEHATAN KOTA DEPOK  
PUSKESMAS DTP CIMANGGIS

No. Kartu: 046097

Nama: Ny. Nami / NAMIH

Umur: 50 th

Alamat: Ciangkup Rt 05 Rw 16

**KARTU HARAP DIBAWA SETIAP KALI BEROBAT  
KARTU TIDAK BOLEH HILANG**

PROGRAM TB NASIONAL

TB. 02  
046097

KARTU IDENTITAS PASIEN TB

Nama Lengkap: Ny. Nami / NAMIH

Alamat Lengkap: Ciangkup Rt 05 Rw 16

Jenis Kelamin:  L  P Umur: 50 tahun

Nama UPK: Puskesmas Cimanggis

No. Reg. TS UPK: \_\_\_\_\_

No. Reg. Kab/Kota: Depok Provinsi Jawa Barat

KLASIFIKASI PENYAKIT

Baru  Eksaserbasi

Lokasi: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Tanggal mulai berobat: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

TIPE PASIEN

Baru  Cegah

Rambat  Perawatan

Setelah putus berobat (Default)  Lain-lain  
Solusikan: \_\_\_\_\_

Panduan OAT yang diberikan: K-I

Lihat halaman sebelah

**INGAT:**

1. Perhatikan kartu anda dan bawa selalu bila datang ke unit Pelayanan.
2. Amati label simbol jika mengikuti aturan pengobatan dengan menerima obat secara teratur.
3. Penyakit TB dapat menular ke orang lain bila tidak diobati teratur.

**Tanggal Perjanjian**  
Mangambil Obat, Konsultasi Dokter, Periksa Ulang Dahak

Tanggal	Tahap Pengobatan	Jumlah OAT yang diberikan	Tanggal harus kembali
1/8-11	induksi	30	10/8-11
1/8-11	induksi	42	21/8-11
			07/09-11
			21/9-11
			26/9-11
			10/10-11
			23/10-11
			21/11-11
			18/11-12
18/11-12	lanjut	3x6	1/2-2012

**Tanggal Perjanjian untuk Periksa Dahak Ulang**  
Harap datang untuk pemeriksaan dahak ulang pada:

1. Tanggal: 18/8-11-2012 (seminggu sebelum akhir bulan ke: \_\_\_\_\_)
2. Tanggal: \_\_\_\_\_ (seminggu sebelum akhir bulan ke: \_\_\_\_\_)
3. Tanggal: \_\_\_\_\_ (seminggu sebelum akhir bulan ke: \_\_\_\_\_)
4. Tanggal: \_\_\_\_\_ (seminggu sebelum akhir bulan ke: \_\_\_\_\_)
5. Tanggal: \_\_\_\_\_ (seminggu sebelum akhir bulan ke: \_\_\_\_\_)

Catatan penting: oleh Dokter atau perawat

\_\_\_\_\_ Kamis 3  
\_\_\_\_\_ minum obat 3  
\_\_\_\_\_ Jember 3x \_\_\_\_\_ Selasa 3

**Lampiran 25.** Rekapitulasi Data Status Tingkat Kepatuhan Pasien Kelompok  
Perlakuan Intervensi *Leaflet*

No	Nama Pasien	Skor Morisky Pretest	Status Tingkat Kepatuhan Pretest	Skor Morisky Posttest	Status Tingkat Kepatuhan Posttest
1	Untung Suprayitno	3	Rendah	3	Rendah
2	Zaskia Naysia Putri	0	Tinggi	0	Tinggi
3	Triyono	0	Tinggi	0	Tinggi
4	Rifalah	0	Tinggi	0	Tinggi
5	Nurfitriya	0	Tinggi	0	Tinggi
6	Khalista Adinda Sari	0	Tinggi	0	Tinggi
7	Faridah	4	Rendah	1	Sedang
8	Dahlia	1	Sedang	0	Tinggi
9	Iswadi Lukman	3	Rendah	2	Sedang
10	Betty Herawati	0	Tinggi	0	Tinggi
11	Sindyta	5	Rendah	0	Tinggi
12	Arifin Siregar	1	Sedang	2	Sedang
13	Narmin	0	Tinggi	0	Tinggi
14	Nuralfiah	0	Tinggi	0	Tinggi
15	Rahmat Hidayat	0	Tinggi	0	Tinggi
16	Karsih Karisnawati	0	Tinggi	0	Tinggi
17	Yok Fahimah	0	Tinggi	0	Tinggi
18	Andi Julianto	0	Tinggi	0	Tinggi
19	Nur Ali	4	Rendah	5	Rendah
20	Rany Apriliani	0	Tinggi	0	Tinggi
21	Axel Panji	1	Sedang	0	Tinggi
22	Kasmari	0	Tinggi	0	Tinggi
23	Mutia	7	Rendah	0	Tinggi
24	Gilang	1	Sedang	0	Tinggi
25	Sa'adiah	0	Tinggi	0	Tinggi
26	Muhammad Ilham	0	Tinggi	0	Tinggi
27	Mariah	0	Tinggi	0	Tinggi
28	Miat Supriatna	1	Sedang	0	Tinggi
29	Rizki Rampangiley	1	Sedang	0	Tinggi
30	Namih	0	Tinggi	7	Rendah
31	Suradi Jaya	1	Sedang	5	Rendah
32	Sheyla Novotna	3	Rendah	0	Tinggi
33	Wawan	1	Sedang	3	Rendah
34	Rizky Biantoro	0	Tinggi	1	Sedang

**Lampiran 26.** Rekapitulasi Data Status Tingkat Kepatuhan Pasien Kelompok  
Perlakuan Intervensi *Leaflet* dan Ceramah

No	Nama Pasien	Skor Morisky Pretest	Kategori Status Kepatuhan Pretest	Skor Morisky Posttest	Kategori Status Kepatuhan Posttest
1	Agus Hidayat	3	Rendah	0	Tinggi
2	Farah Kusmiati	1	Sedang	0	Tinggi
3	Dino Delio	1	Sedang	0	Tinggi
4	Nurjanah	0	Tinggi	0	Tinggi
5	Sumiyati	0	Tinggi	0	Tinggi
6	Salsabila Khoirunisa	0	Tinggi	0	Tinggi
7	Efrillia Rayanda	0	Tinggi	0	Tinggi
8	Khinanty Aullia Arista Putri	1	Sedang	0	Tinggi
9	Sintia	0	Tinggi	1	Sedang
10	Rafid Iqbal	0	Tinggi	0	Tinggi
11	Komisah	0	Tinggi	0	Tinggi
12	Sidariah	0	Tinggi	0	Tinggi
13	Sendi Yulfikario	0	Tinggi	0	Tinggi
14	Dede Herbowo	0	Tinggi	0	Tinggi
15	Rumsiah	1	Sedang	0	Tinggi
16	Muhammad Alfiansiah	0	Tinggi	2	Sedang
17	Rifana	0	Tinggi	0	Tinggi
18	Ika Kartika	0	Tinggi	0	Tinggi
19	Suhadi	0	Tinggi	0	Tinggi
20	Mimi Utami	1	Sedang	0	Tinggi
21	Kamil Komarudin	2	Sedang	0	Tinggi
22	Parulian Simanjuntak	0	Tinggi	0	Tinggi
23	Jimi Suryadi	0	Tinggi	0	Tinggi
24	Chandra	1	Sedang	0	Tinggi
25	Yati Sukaesih	3	Rendah	0	Tinggi
26	Angga Agustian	1	Sedang	0	Tinggi
27	Suryani	3	Rendah	0	Tinggi
28	Lilis Listina	3	Rendah	0	Tinggi
29	Riskianto	0	Tinggi	0	Tinggi
30	Erghana Dinda Putra	4	Rendah	1	Sedang
31	Rizki Ramadanti	0	Tinggi	0	Tinggi
32	Ruminah	0	Tinggi	0	Tinggi

**Lampiran 27.** Hasil uji normalitas data kelompok perlakuan leaflet (atas) dan kelompok perlakuan leaflet dan ceramah (bawah) pada SPSS 19.0

**Tests of Normality**

	Pretest- Posttest	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Normalitas	Pretest	.329	34	.000	.741	34	.000
Kelompok leaflet	Posttest	.445	34	.000	.582	34	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Pretest- Posttest	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Log10 Normalitas	Pretest	.341	34	.000	.738	34	.000
Kelompok Leaflet	Posttest	.452	34	.000	.588	34	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Pretest- Posttest	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Normalitas	Pretest	.375	31	.000	.693	31	.000
Kelompok Leaflet dan Ceramah	Posttest	.530	32	.000	.334	32	.000

a. Lilliefors Significance Correction

**Tests of Normality**

	Pretest- Posttest	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Log10 Normalitas	Pretest	.386	31	.000	.695	31	.000
Kelompok Leaflet dan Ceramah	Posttest	.530	32	.000	.334	32	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Analisis:

$H_0$  : Data berasal dari dari populasi yang terdistribusi normal

$H_1$  : Data tidak berasal dari populasi yang terdistribusi normal.

Kesimpulan:

Nilai *Sig* (*p-value*) masing-masing uji adalah  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak. Oleh karena itu, kedua kelompok perlakuan memiliki data yang tidak terdistribusi normal.

**Lampiran 28.** Hasil uji Homogenitas data kelompok perlakuan leaflet (atas) dan kelompok perlakuan leaflet dan ceramah (bawah) pada SPSS 19.0

**Test of Homogeneity of Variances**

Kode Kategori status kepatuhan PRE-POST(leaflet)

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.409	1	66	.240

**Test of Homogeneity of Variances**

Kode Kategori status kepatuhan PRE-POST(leaflet+ceramah)

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
45.636	1	62	.000

**Test of Homogeneity of Variances**

Kode Kategori status kepatuhan PRE-POST Log10 (leaflet)

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
54.028	1	62	.000

Hipotesis:

$H_0$  : Tidak terdapat perbedaan proporsi yang bermakna antara dua kelompok data

$H_1$  : Terdapat perbedaan proporsi yang bermakna antara dua kelompok data

Kesimpulan:

1. Data *pretest-posttest* kelompok perlakuan leaflet memberikan nilai *Sig (p-value)* = 0,240. Karena *Sig (p-value)* > 0,05 maka  $H_0$  diterima sehingga didapatkan kesimpulan bahwa data *pretest-posttest* dari kelompok perlakuan leaflet tidak memiliki perbedaan proporsi yang bermakna.
2. Data *pretest-posttest* kelompok perlakuan leaflet dan ceramah memberikan nilai *Sig (p-value)* = 0,000. Karena *Sig (p-value)* < 0,05 maka  $H_0$  gagal diterima sehingga didapatkan kesimpulan bahwa data *pretest-posttest* dari kelompok perlakuan leaflet memiliki perbedaan proporsi yang bermakna.

**Lampiran 29.** Hasil uji *Wilcoxon Signed-Rank Test* kelompok perlakuan leaflet pada SPSS 19.0

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kode Kategori status kepatuhan PRETEST(leaflet) - Kode kategori status kepatuhan	Negative Ranks	4 <sup>a</sup>	7.88	31.50
POSTTEST (leaflet)	Positive Ranks	11 <sup>b</sup>	8.05	88.50
	Ties	19 <sup>c</sup>		
	Total	34		

a. Kode Kategori status kepatuhan PRETEST(leaflet) < Kode kategori status kepatuhan POSTTEST (leaflet)

b. Kode Kategori status kepatuhan PRETEST(leaflet) > Kode kategori status kepatuhan POSTTEST (leaflet)

c. Kode Kategori status kepatuhan PRETEST(leaflet) = Kode kategori status kepatuhan POSTTEST (leaflet)

Test Statistics <sup>b</sup>	
	Kode Kategori status kepatuhan PRETEST(leaflet) - Kode kategori status kepatuhan POSTTEST (leaflet)
Z	-1.699 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.089

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Hipotesis dua sisi (*2-tailed test*) :

$H_0$  : Tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antara data kode kategori status kepatuhan *pretest-posttest*

$H_1$  : Terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antara data kode kategori status kepatuhan *pretest-posttest*

Kesimpulan: Uji hipotesis dua sisi berfungsi melihat ada atau tidaknya perbedaan yang bermakna pada pasangan data *pretest-posttest* yang diujikan. Nilai *Asymp.Sig. (2-tailed)* hasil olah data memberikan nilai 0,089. Karena *Asymp.Sig. (2-tailed)* > 0,05 maka  $H_0$  diterima. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan pemberian intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet tidak memberikan perbedaan yang bermakna terhadap status kepatuhan pasien saat *pretest* dan *posttest*.

(Lanjutan)

Hipotesis satu sisi (*one-tailed test*) untuk sisi atas (*lower tailed*):

$H_0$  : Terjadi peningkatan data kode kategori status kepatuhan *pretest-posttest*

$H_1$  : Terjadi penurunan data kode kategori status kepatuhan *pretest-posttest*

Kesimpulan: Uji hipotesis satu sisi berfungsi melihat arah perubahan yang terjadi pada pasangan data *pretest-posttest*. Hasil uji hipotesis satu sisi dapat disimpulkan dengan membagi dua nilai *Asymp.Sig. (2-tailed)* yang diberikan pada pengolahan data. Hasil pembagian *Asymp.Sig. (2-tailed)* memberikan nilai 0,044. Karena nilai pembagian memberikan hasil  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak. Berdasarkan hasil tersebut dapat diambil kesimpulan yang menyatakan pemberian intervensi leaflet menyebabkan terjadinya penurunan data kategori status kepatuhan *pretest-posttest*.

Berdasarkan hasil uji hipotesis satu sisi dan dua sisi dari *Wilcoxon Signed-Rank Test*, dapat ditarik kesimpulan yang menyatakan walaupun pemberian intervensi leaflet tidak memberikan perbedaan yang bermakna pada kode data *pretest-posttest*, namun arah perubahan yang terjadi dapat terlihat menurun. Arah penurunan memberikan arti peningkatan kepatuhan karena pemberian kode status kepatuhan yang semakin kecil pada keadaan kepatuhan yang semakin tinggi.

**Lampiran 30.** Hasil uji *Wilcoxon Signed-Rank Test* kelompok perlakuan leaflet dan ceramah pada SPSS 19.0

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kode Kategori Status Kepatuhan PRETEST (leaflet+ceramah) -	Negative Ranks	2 <sup>a</sup>	6.00	12.00
Kode Kategori Status Kepatuhan POSTTEST (leaflet+ceramah)	Positive Ranks	13 <sup>b</sup>	8.31	108.00
	Ties	17 <sup>c</sup>		
	Total	32		

a. Kode Kategori Status Kepatuhan PRETEST (leaflet+ceramah) < Kode Kategori Status Kepatuhan POSTTEST (leaflet+ceramah)

b. Kode Kategori Status Kepatuhan PRETEST (leaflet+ceramah) > Kode Kategori Status Kepatuhan POSTTEST (leaflet+ceramah)

c. Kode Kategori Status Kepatuhan PRETEST (leaflet+ceramah) = Kode Kategori Status Kepatuhan POSTTEST (leaflet+ceramah)

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Kode Kategori Status Kepatuhan PRETEST (leaflet+ceramah) - Kode Kategori Status Kepatuhan POSTTEST (leaflet+ceramah)	
Z		-2.862 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)		.004

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Hipotesis dua sisi (*2-tailed test*) :

$H_0$  : Tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antara data kode kategori status kepatuhan *pretest-posttest*

$H_1$  : Terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antara data kode kategori status kepatuhan *pretest-posttest*

Kesimpulan: Uji hipotesis dua sisi berfungsi melihat ada atau tidaknya perbedaan yang bermakna pada pasangan data *pretest-posttest* yang diujikan. Nilai *Asymp.Sig. (2-tailed)* hasil olah data memberikan nilai 0,004. Karena *Asymp.Sig. (2-tailed)* < 0,05 maka  $H_0$  ditolak. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan pemberian intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet dan ceramah memberikan perbedaan yang bermakna terhadap status kepatuhan pasien saat *pretest* dan *posttest*.



(Lanjutan)

Hipotesis satu sisi (*one-tailed test*) untuk sisi atas (*lower tailed*):

$H_0$  : Terjadi peningkatan data kode kategori status kepatuhan *pretest-posttest*

$H_1$  : Terjadi penurunan data kode kategori status kepatuhan *pretest-posttest*

Kesimpulan: Uji hipotesis satu sisi berfungsi melihat arah perubahan yang terjadi pada pasangan data *pretest-posttest*. Hasil uji hipotesis satu sisi dapat disimpulkan dengan membagi dua nilai *Asymp.Sig. (2-tailed)* yang diberikan pada pengolahan data. Hasil pembagian *Asymp.Sig. (2-tailed)* memberikan nilai 0,002. Karena nilai pembagian memberikan hasil  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak. Berdasarkan hasil tersebut dapat diambil kesimpulan yang menyatakan pemberian intervensi leaflet dan ceramah menyebabkan terjadinya penurunan data kategori status kepatuhan *pretest-posttest*.

Berdasarkan hasil uji hipotesis satu sisi dan dua sisi dari *Wilcoxon Signed-Rank Test*, dapat ditarik kesimpulan yang menyatakan walaupun pemberian intervensi pendidikan kesehatan berupa leaflet dan ceramah memberikan perbedaan penurunan yang bermakna pada kode data *pretest-posttest*. Arah penurunan memberikan arti peningkatan kepatuhan karena pemberian kode status kepatuhan yang semakin kecil pada keadaan kepatuhan yang semakin tinggi.

**Lampiran 31.** Hasil uji perbandingan kesetaraan data ordinal kedua kelompok perlakuan

Test Statistics <sup>b</sup>						
	Usia Responden (Pasien Dewasa dan Pendamping Pasien Anak)	Tingkat Pendidikan Responden (Pasien dewasa dan Pendamping Pasien Anak)	Pendapatan Keluarga Perbulan	Kategori OAT Pasien	Regimen Dosis OAT Pasien Dewasa	Regimen Dosis OAT Pasien Anak
Mann-Whitney U	428.500	536.000	516.000	529.000	253.000	29.500
Wilcoxon W	956.500	1064.000	1111.000	1124.000	604.000	65.500
Z	-1.585	-.116	-.383	-.205	-1.317	-.283
Asymp. Sig. (2-tailed)	<b>.113</b>	<b>.908</b>	<b>.701</b>	<b>.837</b>	<b>.188</b>	<b>.777</b>
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]						.798 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Leaflet atau Ceramah

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antar komponen data ordinal penyusun kedua kelompok perlakuan

$H_1$  : Terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antar komponen data ordinal penyusun kedua kelompok perlakuan

Kesimpulan. Semua nilai *Asymp.Sig. (2-tailed)* pada masing-masing komponen data ordinal memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima . Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistic terhadap komponen data ordinal penyusun kedua kelompok perlakuan. Oleh karena itu, ditinjau dari komponen data ordinal, kedua kelompok perlakuan setara secara statistik.

**Lampiran 32.** Hasil uji perbandingan kesetaraan data nominal kedua kelompok perlakuan dengan

<b>Test Statistics</b>		
	Jenis Kelamin Responden (Pasien Dewasa dan Pendamping Pasien Anak)	Pekerjaan Responden (Pasien Dewasa dan Pendamping Pasien Anak)
Chi-Square	6.061 <sup>a</sup>	30.515 <sup>b</sup>
Df	1	4
Asymp. Sig.	<b>.014</b>	<b>.000</b>
Exact Sig.	.019	.000
Point Probability	.009	.000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 33.0.

b. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 13.2.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antar komponen data nominal penyusun kedua kelompok perlakuan

$H_1$  : Terdapat perbedaan yang bermakna secara statistik antar komponen data nominal penyusun kedua kelompok perlakuan

Kesimpulan. Semua nilai *Asymp.Sig. (2-tailed)* pada masing-masing komponen data nominal memberikan hasil  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak. Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang bermakna secara statistic terhadap komponen data nominal penyusun kedua kelompok perlakuan. Oleh karena itu, ditinjau dari komponen data nominal, kedua kelompok perlakuan tidak setara secara statistik.

**Lampiran 33.** Rekapitulasi data pasien dan responden kelompok perlakuan leaflet

No	Jenis ke Laminasi	Jenis kelamin responden	Usia (tahun)	Kategori responden	Kat. usia dewasa	Kel. Umur Pas	Kat. Usia anak	Pend. Pasien Dewasa	Pekerjaan Dewasa	Pekerjaan Responden	Pekerjaan Responden Anak	Pendidikan Pasien Anak	Pendidikan Pasien Dewasa	Pekerjaan Responden Dewasa	Pekerjaan Responden Anak	Kat. usia dewasa	Kat. usia anak	Regimen dosis pasien dewasa	Regimen dosis OAT pasien anak
1	1	-	47	3	3	2	-	2	2	-	2	1	5	5	2	3	3	2	-
2	2	2	1	2	-	1	2	-	2	2	2	2	1	-	2	3	4	-	1
3	1	-	41	2	2	2	-	2	2	-	2	2	5	5	2	3	2	-	-
4	2	2	5	1	-	1	3	-	2	2	4	2	-	-	4	4	-	-	2
5	2	2	15	2	1	1	4	-	2	2	4	4	-	-	2	2	4	-	3
6	2	2	4	1	1	1	2	-	2	2	2	1	1	1	2	1	4	-	2
7	2	-	25	1	1	2	-	3	3	-	-	-	-	-	2	3	2	-	-
8	2	-	28	1	1	2	-	3	3	-	-	-	-	-	5	5	1	2	-
9	1	-	62	4	4	3	-	4	4	-	-	-	-	-	1	1	1	2	-
10	2	-	34	2	2	3	-	4	4	-	-	-	-	-	2	2	1	2	-
11	2	-	22	1	1	2	-	2	2	-	-	-	-	-	4	4	3	3	-
12	1	-	72	4	4	3	-	3	3	-	-	-	-	-	4	4	3	3	-
13	1	-	59	3	3	2	-	2	2	-	-	-	-	-	5	5	3	3	-
14	2	-	52	3	3	2	-	2	2	-	-	-	-	-	2	2	1	2	-
15	1	-	20	1	1	2	-	2	2	-	-	-	-	-	1	1	1	2	-
16	2	-	30	1	1	2	-	2	2	-	-	-	-	-	2	2	3	2	-
17	2	-	38	3	3	2	-	2	2	-	-	-	-	-	5	5	3	2	-
18	1	-	18	1	1	2	-	3	3	-	-	-	-	-	3	3	1	2	-
19	1	-	50	3	3	2	-	2	2	-	-	-	-	-	5	5	3	3	-
20	2	2	11	2	2	1	3	-	2	2	4	3	3	4	4	2	4	-	3
21	2	2	13	3	-	1	4	-	3	3	2	3	3	3	2	4	4	-	2
22	2	-	55	3	3	2	-	3	3	-	-	-	-	-	2	2	1	2	-
23	2	-	47	2	2	2	-	3	3	-	-	-	-	-	2	2	1	2	-
24	2	-	45	2	2	2	-	4	4	-	-	-	-	-	2	2	1	2	-
25	1	-	36	2	2	2	-	2	2	-	-	-	-	-	4	4	1	2	-
26	2	2	7	3	-	1	3	-	2	2	2	3	3	2	2	3	4	-	2
27	2	-	67	4	4	3	-	4	4	-	-	-	-	-	2	2	1	1	-
28	1	-	60	3	3	2	-	2	2	-	-	-	-	-	3	3	1	2	-
29	2	2	8	2	-	1	3	-	3	3	2	3	3	2	2	4	4	-	2
30	2	-	51	3	3	2	-	2	2	-	-	-	-	-	2	2	1	1	-
31	1	-	35	2	2	2	-	2	2	-	-	-	-	-	5	5	1	1	7

(Lanjutan)

32	2	2	13	5	1	3	3	3	4	4	3	2	-
33	1	-	16	1	2	-	3	3	-	3	3	1	2
34	1	-	27	1	2	-	2	2	-	4	4	3	2

## Keterangan:

- a. Jenis kelamin :
1. Laki-laki
  2. Perempuan
- b. Jenis kelamin pendamping pasien anak:
1. Laki-laki
  2. Perempuan
- c. Kategori usia responden, kategori usia pasien dewasa:
1. 15-30 tahun
  2. 31-45 tahun
  3. 46-60 tahun
  4. >60 tahun
- d. Kelompok umur pasien:
1. Anak
  2. Dewasa
  3. Dewasa Lansia
- e. Kategori usia anak:
1. < 1 tahun
  2. 1-5 tahun
  3. 6-12 tahun
  4. 13-14 tahun
- f. Pendidikan pasien dewasa, responden, dan pendamping pasien anak:
1. Tidak Sekolah
  2. SD / SMP
  3. SMA
  4. D3, S1, S2, S3
- g. Pendidikan pasien anak:
1. Belum sekolah
  2. TK
  3. SD
  4. SMP
- h. Pekerjaan pasien dewasa, pekerjaan responden, dan pendamping pasien anak:
1. Tidak bekerja / tidak bersedia mengisi
  2. Ibu rumah tangga
  3. Pelajar / mahasiswa
  4. Pegawai
  5. Wirausaha
- i. Pendapatan keluarga:
1. Belum bekerja / tidak bersedia mengisi
  2. < Rp 1.000.000,00
  3. ≥ Rp 1.000.000,00 - < Rp 2.000.000,00
  4. ≥ Rp 2.000.000,00 - < Rp 4.000.000,00
  5. ≥ Rp 4.000.000,00
- j. Kategori OAT pasien:
1. Kategori I
  2. Kategori II
  3. Kategori III
  4. Kategori anak

(Lanjutan)

k. Regimen dosis OAT pasien dewasa:

1. 2 tab RHZE(150/75/400/275) - 2 tab RH(150/150)
2. 3 tab RHZE(150/75/400/275) - 3 tab RH(150/150)
3. 4 tab RHZE(150/75/400/275) - 4 tab RH(150/150)
4. 5 tab RHZE(150/75/400/275) - 5 tab RH(150/150)
5. 2 tab RHZE(150/75/400/275) - 2 tab RH(150/150) + SISIPAN
6. 3 tab RHZE(150/75/400/275) - 3 tab RH(150/150) + SISIPAN
7. 4 tab RHZE(150/75/400/275) - 4 tab RH(150/150) + SISIPAN
8. 5 tab RHZE(150/75/400/275) - 5 tab RH(150/150) + SISIPAN
9. (2 tab RHZE(150/75/400/275)+S inj 500mg)-(2 tab RHZE(150/75/400/275)-(2 tab RH(150/150)+2 tab E 400)
10. (3 tab RHZE(150/75/400/275)+S inj 750mg)-(3 tab RHZE(150/75/400/275)-(3 tab RH(150/150) 3 tab E 400)
11. (4 tab RHZE(150/75/400/275)-S inj 1000mg)-(4 tab RHZE(150/75/400/275)-(4 tab RH(150/150)+4 tab E 400)
12. (5 tab RHZE(150/75/400/275)-S inj 1000mg)-(5 tab RHZE(150/75/400/275)-(5 tab RH(150/150)+5 tab E 400)

l. Regimen dosis OAT pasien anak:

1. HRZ(50/75/150)-HR(50/75)
2. HRZ(100/150/300)-HR(100/150)
3. HRZ(200/300/600)-HR(200/300)

Lampiran 34. Rekapitulasi data pasien dan responden kelompok perlakuan leaflet dan ceramah

No.	Jenis kelamin responden	Jenis kelamin pasien anak	Usia pasien	Kac. usia pen diam ping	Kat. usia res pen den	Kat. usia pasien dewasa	Kat. Umur Pasien	Kat. Usia anak	Pendi. dan Res Dewasa	Pendi. dan Res Dum ping teh Anak	Pen. Duk. Pasien Anak	Peker. jam P. Dewasa	Peker. jam P. Res Dewasa	Peker. jam P. Res Dum ping Pasien Anak	Pen. Dapa. tem Kel targe	Kat. OAT pasien	Regi. men desis OAT pasien dewasa	Regi. men desis OAT pasien anak
1	1	-	35	-	2	2	-	-	2	2	-	5	5	-	3	1	6	-
2	2	-	33	-	2	2	-	-	3	3	-	4	4	-	3	3	3	-
3	2	P	14	2	-	1	4	-	2	2	4	3	2	2	2	3	4	-
4	2	-	33	-	2	2	-	-	2	2	-	-	-	-	4	3	1	-
5	2	-	43	-	2	2	-	-	2	2	-	2	2	-	3	3	1	-
6	2	P	1	2	-	1	2	-	3	3	1	-	2	2	3	4	-	1
7	2	P	6	2	-	1	3	-	3	3	3	-	2	2	3	4	-	3
8	2	P	2	1	-	1	2	-	3	3	1	-	2	2	4	4	-	1
9	2	P	3	1	-	1	2	-	3	3	1	-	2	2	3	4	-	2
10	2	P	11	2	-	1	3	-	3	3	3	-	5	5	4	4	-	3
11	2	-	49	-	3	2	-	-	2	2	-	5	5	-	4	1	6	-
12	2	-	33	-	2	2	-	-	2	2	-	4	4	-	3	3	2	-
13	1	-	21	-	1	1	-	-	3	3	-	3	3	-	1	3	2	-
14	1	-	36	-	2	2	-	-	3	3	-	4	4	-	2	1	2	-
15	2	-	47	-	3	3	-	-	3	3	-	5	5	-	3	3	3	-
16	2	P	4	1	-	1	2	-	2	2	1	-	2	2	2	4	-	2
17	2	P	6	1	-	1	3	-	2	2	2	-	2	2	3	4	-	2
18	2	-	35	-	2	2	-	-	3	3	-	2	2	-	3	1	2	-
19	1	-	43	-	2	2	-	-	3	3	-	5	5	-	3	1	2	-
20	2	-	38	-	2	2	-	-	3	3	-	1	1	-	1	1	2	-
21	1	-	32	-	2	2	-	-	3	3	-	4	4	-	3	3	3	-
22	2	-	43	-	2	2	-	-	2	2	-	4	4	-	3	3	2	-
23	1	-	37	-	2	2	-	-	2	2	-	5	5	-	3	1	2	-
24	1	-	42	-	2	2	-	-	3	3	-	4	4	-	3	2	11	-
25	2	-	28	-	1	1	-	-	3	3	-	1	1	-	1	3	3	-
26	1	-	19	-	1	1	-	-	3	3	-	4	4	-	3	3	2	-
27	2	-	33	-	2	2	-	-	2	2	-	4	4	-	2	1	2	-
28	2	-	27	-	1	1	-	-	2	2	-	2	2	-	3	1	2	-

(Lanjutan)

29	1	-	36	-	2	2	-	3	2	-	1	1	-	1	3	3	-
30	1	-	18	-	1	2	-	3	3	-	3	3	-	1	1	2	-
31	2	P	7	2	2	1	3	-	2	2	3	-	2	2	1	4	3
32	2	-	70	-	4	3	-	2	2	-	2	2	-	1	3	1	-

**Keterangan:**

- a. Jenis kelamin :
1. Laki-laki
  2. Perempuan
- b. Jenis kelamin pendamping pasien anak:
1. Laki-laki
  2. Perempuan
- c. Kategori usia responden, kategori usia pasien dewasa:
1. 15-30 tahun
  2. 31-45 tahun
  3. 46-60 tahun
  4. >60 tahun
- d. Kelompok umur pasien:
1. Anak
  2. Dewasa
  3. Dewasa Lansia
- e. Kategori usia anak:
1. < 1 tahun
  2. 1-5 tahun
  3. 6-12 tahun
  4. 13-14 tahun
- f. Pendidikan pasien dewasa, responden, dan pendamping pasien anak:
1. Tidak sekolah
  2. SD / SMP
  3. SMA
  4. D3, S1, S2, S3
- g. Pendidikan pasien anak:
1. Belum sekolah
  2. TK
  3. SD
  4. SMP
- h. Pekerjaan pasien dewasa, pekerjaan responden, dan pendamping pasien anak:
1. Tidak bekerja / tidak bersedia mengisi
  2. Ibu rumah tangga
  3. Pelajar / mahasiswa
  4. Pegawai
  5. Wirasaha
- i. Pendapatan keluarga:
1. Belum bekerja / tidak bersedia mengisi
  2. < Rp 1.000.000,00
  3. > Rp 1.000.000,00 - < Rp 2.000.000,00
  4. > Rp 2.000.000,00 - < Rp 4.000.000,00
  5. > Rp 4.000.000,00
- j. Kategori OAT pasien:
1. Kategori I
  2. Kategori II
  3. Kategori III
  4. Kategori anak



(Lanjutan)

- k. Regimen dosis OAT pasien dewasa:
13. 2 tab RHZE(150/75/400/275) - 2 tab RH(150/150)
  14. 3 tab RHZE(150/75/400/275) - 3 tab RH(150/150)
  15. 4 tab RHZE(150/75/400/275) - 4 tab RH(150/150)
  16. 5 tab RHZE(150/75/400/275) - 5 tab RH(150/150)
  17. 2 tab RHZE(150/75/400/275) - 2 tab RII(150/150) - SISIPAN
  18. 3 tab RHZE(150/75/400/275) - 3 tab RII(150/150) - SISIPAN
  19. 4 tab RHZE(150/75/400/275) - 4 tab RH(150/150) - SISIPAN
  20. 5 tab RHZE(150/75/400/275) - 5 tab RH(150/150) - SISIPAN
  21. (2 tab RHZE(150/75/400/275)+S inj 500mg)-(2 tab RH(150/150)+2 tab E 400)
  22. (3 tab RHZE(150/75/400/275)+S inj 750mg)-(3 tab RH(150/150)+3 tab E 400)
  23. (4 tab RHZE(150/75/400/275)+S inj 1000mg)-(4 tab RH(150/150)+4 tab E 400)
  24. (5 tab RHZE(150/75/400/275)+S inj 1090mg)-(5 tab RH(150/150)+5 tab E 400)
1. Regimen dosis OAT pasien anak:
1. HRZ(50/75/150)-HR(50/75)
  2. HRZ(100/150/300)-HR(100/150)
  3. HRZ(200/300/600)-HR(200/300)

**Lampiran 35.** Rincian hasil uji tabulasi silang mutlak Fisher dari kelompok perlakuan leaflet.

**Jenis Kelamin Responden Penelitian baru \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)**

**Crosstab**

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Jenis Kelamin Responden Penelitian baru	Laki-laki	2	11	13
	Perempuan	8	13	21
Total		10	24	34

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.995 <sup>a</sup>	1	.158	.251	.153	
Continuity Correction <sup>b</sup>	1.051	1	.305			
Likelihood Ratio	2.122	1	.145	.251	.153	
Fisher's Exact Test				.251	.153	
Linear-by-Linear Association	1.936 <sup>c</sup>	1	.164	.251	.153	.121
N of Valid Cases	34					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.82.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1.391.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel jenis kelamin responden terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel jenis kelamin responden terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara jenis kelamin responden terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Usia Kategori Dewasa & Pendamping Anak \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)****Crosstab**

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Usia Kategori Dewasa & Pendamping Anak	15-30	4	6	10
	31-45	3	7	10
	46-60	2	9	11
	>60	1	2	3
Total		10	24	34

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.232 <sup>a</sup>	3	.745	.793		
Likelihood Ratio	1.267	3	.737	.793		
Fisher's Exact Test	1.530			.757		
Linear-by-Linear Association	.628 <sup>b</sup>	1	.428	.453	.277	.113
N of Valid Cases	34					

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .88.

b. The standardized statistic is .792.

Hipotesis :

$H_0$ : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel usia responden terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$ : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel usia responden terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara usia responden terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Tingkat Pendidikan Pasien Dewasa dan Pendamping Pasien Anak \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)**

Crosstab

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Tingkat Pendidikan Pasien Dewasa dan Pendamping Pasien Anak	Tidak Sekolah SD/SMP SMA D3/S1/S2/S3	0 1 7 2	1 15 8 0	1 16 15 2
Total		10	24	34

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	11.502 <sup>a</sup>	3	.009	.004		
Likelihood Ratio	12.985	3	.005	.004		
Fisher's Exact Test	10.854			.004		
Linear-by-Linear Association	10.518 <sup>b</sup>	1	.001	.001	.001	.001
N of Valid Cases	34					

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .29.

b. The standardized statistic is -3.243.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel tingkat pendidikan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel tingkat pendidikan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $< 0,05$  maka  $H_0$  ditolak sehingga terdapat hubungan antara tingkat pendidikan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Pekerjaan Pasien Dewasa dan Pendamping Pasien Anak \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)**

**Crosstab**

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Pekerjaan Pasien Dewasa dan Pendamping Pasien Anak	Tidak Bekerja/Tidak Bersedia Mengisi Ibu Rumah Tangga Pelajar/Mahasiswa Pegawai Wirausaha	1	1	2
		4	11	15
		0	2	2
		3	4	7
		2	6	8
Total		10	24	34

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.981 <sup>a</sup>	4	.739	.822		
Likelihood Ratio	2.466	4	.651	.793		
Fisher's Exact Test	2.128			.801		
Linear-by-Linear Association	.002 <sup>b</sup>	1	.961	1.000	.537	.108
N of Valid Cases	34					

a. 8 cells (80.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .59.

b. The standardized statistic is .049.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel jenis pekerjaan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel jenis pekerjaan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara jenis pekerjaan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Pendapatan Keluarga Perbulan \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)****Crosstab**

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Pendapatan Keluarga Perbulan	Belum Bekerja/Tidak Bersedia Mengisi	2	6	8
	<Rp 1.000.000	1	6	7
	Rp >=1.000.000-<2.000.000	4	9	13
	Rp >=2.000.000-<=4.000.000	2	3	5
	>=Rp 4.000.000	1	0	1
Total		10	24	34

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.528 <sup>a</sup>	4	.474	.554
Likelihood Ratio	3.677	4	.452	.566
Fisher's Exact Test	3.341			.576
N of Valid Cases	34			

a. 8 cells (80.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .29.

Hipotesis :

$H_0$ : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel pendapatan keluarga responden terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$ : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel pendapatan keluarga responden terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara pendapatan keluarga responden terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Kategori OAT Pasien \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)****Crosstab**

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Kategori OAT Pasien	Kategori I	2	10	12
	Kategori III	6	8	14
	Kategori Anak	2	6	8
Total		10	24	34

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.233 <sup>a</sup>	2	.327	.360		
Likelihood Ratio	2.262	2	.323	.360		
Fisher's Exact Test	2.116			.360		
Linear-by-Linear Association	.706 <sup>b</sup>	1	.401	.443	.248	.085
N of Valid Cases	34					

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.35.

b. The standardized statistic is -.840.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel kategori OAT pasien terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel kategori OAT pasien terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara kategori OAT pasien terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Regimen Dosis OAT Pasien Dewasa \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)****Crosstab**

Count

		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Regimen Dosis	2 tab RHZE(150/75/400/275) - 2 tab RH(150/150)	0	2	2
OAT Pasien	3 tab RHZE(150/75/400/275) - 3 tab RH(150/150)	7	13	20
Dewasa	4 tab RHZE(150/75/400/275) - 4 tab RH(150/150)	0	2	2
	4 tab RHZE(150/75/400/275) - 4 tab RH(150/150) + SISIPAN	1	1	2
Total		8	18	26

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.293 <sup>a</sup>	3	.514	.623		
Likelihood Ratio	3.426	3	.330	.623		
Fisher's Exact Test	1.929			1.000		
Linear-by-Linear Association	.333 <sup>b</sup>	1	.564	.844	.398	.180
N of Valid Cases	26					

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .62.

b. The standardized statistic is -.577.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel regimen dosis OAT pasien dewasa terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel regimen dosis OAT pasien dewasa terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara regimen dosis OAT pasien dewasa terhadap peningkatan kepatuhan.



(Lanjutan)

**Regimen Dosis OAT Pasien Anak \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)****Crosstab**

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Regimen Dosis	HRZ(50/75/150)-HR(50/75)	0	1	1
OAT Pasien Anak	HRZ(100/150/300)-HR(100/150)	2	2	4
	HRZ(200/300/600)-HR(200/300)	0	3	3
Total		2	6	8

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.667 <sup>a</sup>	2	.264	.571		
Likelihood Ratio	3.452	2	.178	.571		
Fisher's Exact Test	2.348			.571		
Linear-by-Linear Association	.333 <sup>b</sup>	1	.564	1.000	.464	.321
N of Valid Cases	8					

a. 6 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .25.

b. The standardized statistic is .577.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel regimen dosis OAT pasien anak terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel regimen dosis OAT pasien anak terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara regimen dosis OAT pasien anak terhadap peningkatan kepatuhan.

**Lampiran 36.** Rincian hasil uji tabulasi silang uji Khi-Kuadrat dan uji mutlak Fisher dari kelompok perlakuan leaflet dan ceramah

**Jenis Kelamin Responden Penelitian baru \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)**

**Crosstab**

Count

		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Jenis Kelamin Responden Penelitian baru	Laki-laki	5	5	10
	Perempuan	8	14	22
Total		13	19	32

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	.530 <sup>a</sup>	1	.467	.699	.364	
Continuity Correction <sup>b</sup>	.115	1	.734			
Likelihood Ratio	.526	1	.468	.699	.364	
Fisher's Exact Test				.699	.364	
Linear-by-Linear Association	.513 <sup>c</sup>	1	.474	.699	.364	.232
N of Valid Cases	32					

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.06.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is .717.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel jenis kelamin responden terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel jenis kelamin responden terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara variabel kelamin responden terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Usia Kategori Dewasa & Pendamping Anak \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)****Crosstab**

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Usia Kategori Dewasa & Pendamping Anak	15-30	5	4	9
	31-45	7	13	20
	46-60	1	1	2
	>60	0	1	1
Total		13	19	32

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.851 <sup>a</sup>	3	.604	.766		
Likelihood Ratio	2.194	3	.533	.766		
Fisher's Exact Test	2.089			.706		
Linear-by-Linear Association	1.095 <sup>b</sup>	1	.295	.438	.225	.131
N of Valid Cases	32					

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .41.

b. The standardized statistic is 1.046.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel usia responden terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel usia responden terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara variabel usia responden terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Tingkat Pendidikan Pasien Dewasa dan Pendamping Pasien Anak \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)**

## Crosstab

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Tingkat Pendidikan Pasien Dewasa dan Pendamping Pasien Anak	SD/SMP SMA	4	12	16
Total		13	19	32

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3.239 <sup>a</sup>	1	.072	.149	.074	
Continuity Correction <sup>b</sup>	2.073	1	.150			
Likelihood Ratio	3.305	1	.069	.149	.074	
Fisher's Exact Test				.149	.074	
Linear-by-Linear Association	3.138 <sup>c</sup>	1	.077	.149	.074	.060
N of Valid Cases	32					

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

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1.771.

Hipotesis :

$H_0$  :Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel tingkat pendidikan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  :Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel tingkat pendidikan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Asymp Sig (2-sided)* dari *Pearson Chi-Square* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara variabel tingkat pendidikan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Pekerjaan Pasien Dewasa dan Pendamping Pasien Anak \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)****Crosstab**

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Pekerjaan Pasien Dewasa dan Pendamping Pasien Anak	Tidak Bekerja/Tidak Bersedia Mengisi Ibu Rumah Tangga	2	1	3
	Pelajar/Mahasiswa	3	10	13
	Pegawai	1	1	2
	Wirasaha	5	3	8
		2	4	6
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>19</b>	<b>32</b>

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4.295 <sup>a</sup>	4	.368	.414		
Likelihood Ratio	4.370	4	.358	.504		
Fisher's Exact Test	4.544			.346		
Linear-by-Linear Association	.179 <sup>b</sup>	1	.672	.695	.386	.096
N of Valid Cases	32					

a. 8 cells (80.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .81.

b. The standardized statistic is -.423.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel jenis pekerjaan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel jenis pekerjaan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara variabel jenis pekerjaan responden terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Pendapatan Keluarga Perbulan \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)****Crosstab**

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	Total
Pendapatan Keluarga Perbulan	Belum Bekerja/Tidak Bersedia Mengisi	3	4	7
	<Rp 1.000.000	2	2	4
	Rp >=1.000.000-<2.000.000	7	10	17
	Rp >=2.000.000-<=4.000.000	1	3	4
Total		13	19	32

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	.567 <sup>a</sup>	3	.904	.955
Likelihood Ratio	.590	3	.899	.955
Fisher's Exact Test	.781			1.000
N of Valid Cases	32			

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.63.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel pendapatan keluarga responden terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel pendapatan keluarga responden terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara variabel pendapatan keluarga responden terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Kategori OAT Pasien \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)****Crosstab**

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Kategori OAT Pasien	Kategori I	5	5	10
	Kategori II	1	0	1
	Kategori III	6	7	13
	Kategori Anak	1	7	8
Total		13	19	32

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4.614 <sup>a</sup>	3	.202	.194		
Likelihood Ratio	5.394	3	.145	.155		
Fisher's Exact Test	4.490			.194		
Linear-by-Linear Association	2.046 <sup>b</sup>	1	.153	.174	.101	.044
N of Valid Cases	32					

a. 5 cells (62.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .41.

b. The standardized statistic is 1.430.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel kategori OAT pasien terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel kategori OAT pasien terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara variabel kategori OAT pasien terhadap peningkatan kepatuhan.

(Lanjutan)

**Regimen Dosis OAT Pasien Dewasa \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)**

Crosstab

Count

	Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)			Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Regimen Dosis 2 tab RHZE(150/75/400/275) - 2 tab RH(150/150)		0	3	3
OAT Pasien Dewasa 3 tab RHZE(150/75/400/275) - 3 tab RH(150/150)		5	6	11
4 tab RHZE(150/75/400/275) - 4 tab RH(150/150)		4	2	6
5 tab RHZE(150/75/400/275) - 5 tab RH(150/150)		1	0	1
3 tab RHZE(150/75/400/275) - 3 tab RH(150/150) + SISIPAN		1	1	2
(4 tab RHZE(150/75/400/275)+S inj 1000mg)-(4 tab RHZE(150/75/400/275)-(4 tab RH(150/150)+4 tab E 400)		1	0	1
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>12</b>	<b>24</b>

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	5.758 <sup>a</sup>	5	.331	.388		
Likelihood Ratio	7.702	5	.173	.307		
Fisher's Exact Test	5.486			.333		
Linear-by-Linear Association	2.318 <sup>b</sup>	1	.128	.158	.079	.031
N of Valid Cases	24					

a. 10 cells (83.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. The standardized statistic is -1.523.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel regimen dosis OAT pasien dewasa terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel regimen dosis OAT pasien dewasa terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara variabel regimen dosis OAT pasien dewasa terhadap peningkatan kepatuhan.



(Lanjutan)

**Regimen Dosis OAT Pasien Anak \* Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)****Crosstab**

Count		Perubahan Tingkat Kepatuhan (2 kategori)		Total
		terjadi peningkatan kepatuhan	tidak terjadi peningkatan kepatuhan	
Regimen Dosis OAT Pasien Anak	HRZ(50/75/150)-HR(50/75)	1	1	2
	HRZ(100/150/300)-HR(100/150)	0	3	3
	HRZ(200/300/600)-HR(200/300)	0	3	3
Total		1	7	8

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3.429 <sup>a</sup>	2	.180	.250		
Likelihood Ratio	3.256	2	.196	.250		
Fisher's Exact Test	2.712			.250		
Linear-by-Linear Association	2.077 <sup>b</sup>	1	.150	.250	.250	.250
N of Valid Cases	8					

a. 6 cells (100.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .25.

b. The standardized statistic is 1.441.

Hipotesis :

$H_0$  : Tidak terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel regimen dosis OAT pasien anak terhadap peningkatan kepatuhan.

$H_1$  : Terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara variabel regimen dosis OAT pasien anak terhadap peningkatan kepatuhan.

Kesimpulan: Nilai *Exact Sig (2-sided)* dari *Fisher's Exact Test* memberikan hasil  $> 0,05$  maka  $H_0$  diterima sehingga tidak ada hubungan antara variabel regimen dosis OAT pasien anak terhadap peningkatan kepatuhan.