



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS PENGARUH PERAN PENGAWAS MENELAN OBAT DARI  
ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN PENGOBATAN  
PENDERITA TUBERKULOSIS DI KOTA PARIAMAN  
TAHUN 2010 – 2011**

**TESIS**

**YULI NAZLIA SIDY  
NPM. 0906503313**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCA SARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS PENGARUH PERAN PENGAWAS MENELAN OBAT DARI  
ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN PENGOBATAN  
PENDERITA TUBERKULOSIS DI KOTA PARIAMAN  
TAHUN 2010 – 2011**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**YULI NAZLIA SIDY  
NPM. 0906503313**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM PASCA SARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JULI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

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

Nama : Yuli Nazlia Sidy

NPM : 0906503313

Tanda Tangan : 

Tanggal : 6 Juli 2012

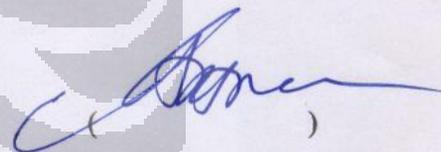
## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Yuli Nazlia Sidy  
NPM : 0906503313  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Analisis Pengaruh Peran Pengawas Menelan Obat  
dari Anggota Keluarga terhadap Kepatuhan  
Pengobatan Penderita Tuberkulosis di Kota Pariaman  
Tahun 2010 – 2011.

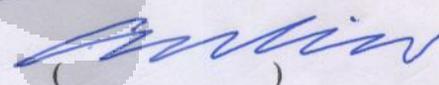
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Ascobat Gani, dr, MPH, DrPH

()

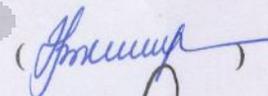
Penguji : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, Sc.D

()

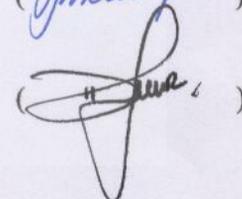
Penguji : Dr. dra. Dumillah Ayuningtyas, MARS

()

Penguji : Tutty Aprianti, SKp, M.Kes

()

Penguji : Delri Soni, SKM, MKM

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : Yuli Nazlia Sidy  
NPM : 0906503313  
Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Tahun Akademik : 2009

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

**“Analisis Pengaruh Peran Pengawas Menelan Obat dari Anggota Keluarga terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tuberkulosis di Kota Pariaman Tahun 2010-2011”**

Apabila suatu saat nanti terbukti bahwa saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 6 Juli 2012



(Yuli Nazlia Sidy)

## RIWAYAT HIDUP

1. Nama : Yuli Nazlia Sidy
2. Tempat/ Tanggal Lahir : Jakarta, 15 Juli 1981
3. Status Perkawinan : Belum Kawin
4. Agama : Islam
5. Alamat Kantor : Jl. H.R Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9  
Kuningan, Jakarta 12950, Telp. (021)5279516
6. Alamat Rumah : Komplek Rawa Bambu I/H No. 10  
Pasar Minggu, Jakarta Selatan, 12520
7. Riwayat Pendidikan Formal :
  - a. 1986 – 1992 : SDN 03 Pagi Cipete Utara Jakarta Selatan
  - b. 1993 – 1995 : SMPN 12 Wijaya Jakarta Selatan
  - c. 1996 – 1998 : SMUN 6 Mahakam Jakarta Selatan
  - d. 1999 – 2002 : Program Sarjana Keperawatan  
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas  
Indonesia
  - e. 2003 – 2004 : Program Ners Fakultas Ilmu Keperawatan UI
  - f. 2009 – 2012 : Program Studi Magister Kesehatan  
Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat UI
8. Riwayat Pekerjaan :
  - a. 2004 – 2006 : RS AZRA Bogor
  - b. 2006 – Sekarang : Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan  
Keteknisian Medik, Ditjen BUK  
Kementerian Kesehatan RI

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, atas berkah dan rahmat yang diberikan oleh-Nya selama ini akhirnya peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul “Analisis Pengaruh Peran Pengawas Menelan Obat dari Anggota Keluarga terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tuberkulosis”.

Pada kesempatan ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan terima kasih sebagai penghargaan dan rasa hormat yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Ascobat Gani, dr, MPH, DrPH selaku pembimbing akademik yang telah membimbing, mengarahkan, dan memberikan inspirasi, saran dan kritik yang membangun, serta senantiasa mendorong untuk memiliki rasa percaya diri selama proses penyusunan hingga selesainya tesis ini.
2. Prof. Anhari Achadi, SKM, Sc.D, dr. Pujiyanto, M.Kes, dan Dr. dra. Dumillah Ayuningtyas, MARS selaku tim penguji dalam yang telah menyediakan waktu dan pemikiran menjadi penguji tesis ini serta atas setiap saran dan kritik yang membangun demi mendapatkan hasil yang lebih baik
3. Tutty Aprianti, SKp, M.Kes. dan Delri Soni, SKM, MKM selaku tim penguji luar atas kesediaan menjadi tim penguji serta atas setiap saran dan kritik yang berarti demi perbaikan tesis ini.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Pariaman beserta staf terkait atas sambutan dan bantuan terhadap kemudahan informasi dan perijinan pelaksanaan penelitian di wilayah Kota Pariaman
5. Bapak Bachtiar dan Ibu Iyat dari Dinkes Kota Pariaman, atas bantuannya yang luar biasa kepada peneliti dalam mewujudkan keseluruhan isi tesis ini
6. Kepala Puskesmas beserta rekan perawat dari Puskesmas Naras, Marunggi, Kampung Baru Padusunan, Kuraitaji, Pauh, Air Santok, atas bantuannya saat pengumpulan dan pengiriman data penelitian
7. Ummi tercinta, atas kesabaran 100%, dukungan doa yang luar biasa dan semangat untuk selalu menemani tanpa kenal lelah
8. Adik-adik dan Keponakan tercinta, Kenny, Dendy, Rizky, Nindy, Nadira, dan Jun yang selalu menyemangati.

9. Jiddah, atas dukungannya untuk selalu ingat belajar
10. Direktur, Kasubdit, Kepala Seksi dan Staf di lingkungan Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik khususnya Subdit Bina Pelayanan Keperawatan Dasar, atas dukungan dan semangat yang telah diberikan sampai dengan saat ini
11. Terakhir, Mba Zolaiha, Bu Jerry, Whie, dan Bu Pastina yang memberikan dukungan pertama kali untuk melanjutkan sekolah

Akhir kata, kiranya Allah SWT senantiasa memberkati dan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu. Mohon maaf bila dalam penulisan tesis ini masih terdapat banyak kekurangan, mohon kiranya ke depan dapat lebih baik dan semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan masyarakat.

Depok, 6 Juli 2012

Penulis

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

---

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

Nama : Yuli Nazlia Sidy  
NPM : 0906503313  
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat  
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis

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 PENGARUH PERAN PENGAWAS MENELAN OBAT DARI  
ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN PENGOBATAN  
PENDERITA TUBERKULOSIS DI KOTA PARIAMAN TAHUN 2010 – 2011”

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 mempublikasikan 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, Jawa Barat  
Pada tanggal : 6 Juli 2012

Yang menyatakan



(Yuli Nazlia Sidy)

## ABSTRAK

**Nama** : Yuli Nazlia Sidy  
**Program Studi** : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
**Judul** : Analisis Pengaruh Peran Pengawas Menelan  
Obat dari Anggota Keluarga terhadap Kepatuhan  
Pengobatan Penderita Tuberkulosis di Kota Pariaman  
Tahun 2010-2011

(xxi + 69 halaman, 23 tabel + 6 bagan+1 grafik, 3 lampiran)

Prevalensi penyakit Tuberkulosis (Tb) di Indonesia masih sangat tinggi dimana negara ini menduduki posisi kelima jumlah insiden kasus Tb terbesar di dunia (WHO, 2010a) yang salah satu penyebabnya adalah ketidakpatuhan pengobatan penderita Tb yang berdampak terhadap ancaman kasus MDR-Tb dan XDR-Tb. Perilaku ini dapat disebabkan oleh inefektivitas peran pengawas menelan obat (PMO) dimana sebagian besar penunjukkannya diarahkan ke anggota keluarga dibanding petugas kesehatan.

Penelitian bertujuan mengetahui pengaruh peran pengawas menelan obat dari anggota keluarga terhadap kepatuhan pengobatan penderita tuberkulosis. Desain penelitian ini termasuk *observational* dengan rancangan penelitian *analytic cross sectional* melibatkan 113 PMO yang berasal dari anggota keluarga penderita Tb dari wilayah enam puskesmas di Kota Pariaman menggunakan tehnik *simple random sampling*.

Uji Regresi Logistik menunjukkan bahwa peran pendampingan berobat ulang ke puskesmas oleh PMO dari anggota keluarga memberikan pengaruh terbesar terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb (25,238; p-value 0,000) apabila dikontrol dengan tingkat pengetahuan PMO yang baik (7,341; p-value 0,003) dan atau kedekatan hubungan kekeluargaan PMO dengan penderita Tb (11,203; p-value 0,029). Dalam rangka meningkatkan efektivitas pengawasan pengobatan penderita Tb di Indonesia maka direkomendasikan reformulasi kebijakan pengendalian Tb terkait kriteria pemilihan PMO yang berasal dari anggota keluarga.

**Kata kunci:** keluarga, kepatuhan, pengobatan, peran, pengawas, tuberkulosis

## ABSTRACT

**Name** : Yuli Nazlia Sidy  
**Study Program** : Public Health Sciences  
**Title** : **Analysis of The Effect of a Treatment Observer Role of Family Members on Patient Medication Compliance of Tuberculosis in Pariaman Year 2010-2011**

(xxi+69 pages, 23 table+6 diagram+1 graphics, 3 appendix)

The prevalence of Tuberculosis (Tb) disease in Indonesia is still very high when the country came in fifth largest number of incident cases of Tb in the world (WHO, 2010a) that one reason is lack of patient medication compliance of Tb affect the threat of MDR-Tb and XDR-Tb. This behavior can be caused by the ineffectiveness of a treatment observer role (PMO) in which most of his appointment was directed to family members rather than healthcare workers.

The study aims to determine the effect of a treatment observer role of family members on patient medication compliance of Tb. The design of this study include observational with cross sectional analytic study design involving 113 PMO from family members of patients with Tb of the six community health centers in the city of Pariaman through simple random sampling technique.

Logistic regression test showed that repeated treatment mentoring role to the community health center by the PMO of the family members have the greatest influence on patient medication compliance Tb (25.238, p-value 0.000) when controlled by the level of knowledge of PMO (7.341, p-value 0.003) and or a close familial relationship between the PMO with Tb patients (11.203, p-value 0.029). In order to increase the effectiveness of the treatment of patients Tb control in Indonesia then recommended reformulation of TB control policies related to the selection criteria for the PMO which comes from a family member.

**Key words:** family, compliance, treatment, medication, role, observer, tuberculosis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR BAGAN	xvi
DAFTAR GRAFIK	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR ISTILAH	xxi
<b>I. PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah Penelitian.....	5
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4. Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1. Tujuan Umum.....	6
1.4.2. Tujuan Khusus.....	6
1.5. Manfaat Penelitian.....	6
1.6. Ruang Lingkup.....	7
<b>II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Tuberkulosis.....	8
2.1.1. Pengertian dan Cara Penularan.....	8
2.1.2. Pengobatan.....	9

2.1.3. MDR-Tb dan XDR-Tb .....	11
2.1.4. Kegiatan Pengawasan Langsung Pengobatan Tb.....	12
2.1.5. Pengawasan Menelan Obat (PMO) .....	13
2.2. Kepatuhan dalam Perawatan Kesehatan .....	15
2.3. Kinerja.....	17
2.4. Perilaku Kesehatan .....	18
2.5. Penyuluhan Kesehatan .....	21
2.6. Keluarga .....	22
2.7. Literatur terkait PMO dan Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb.....	23

### **III. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL**

3.1. Kerangka Teori.....	24
3.2. Kerangka Konsep .....	25
3.3. Hipotesis.....	25
3.4. Definisi Operasional .....	26
3.4.1 Variabel Terikat .....	26
3.4.2 Variabel Bebas .....	27

### **IV. METODE PENELITIAN**

4.1. Desain Penelitian .....	32
4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	32
4.3. Populasi dan Sampel .....	32
4.3.1. Populasi.....	32
4.3.2. Sampel .....	32
4.3.3. Besar Sampel.....	34
4.3.4. Tehnik Penarikan Sampel .....	35
4.4. Tehnik Pengumpulan Data .....	35
4.4.1. Sumber Data.....	35
4.4.2. Instrumen .....	36
4.5. Pengolahan Data .....	36
4.6 Analisis Data .....	36

## V. HASIL PENELITIAN

5.1. Pelaksanaan Penelitian .....	40
5.2. Keterbatasan Penelitian .....	41
5.3. Penyajian Hasil Penelitian : Analisis Univariat .....	41
5.3.1. Gambaran tentang Karakteristik Individu pada PMO dari Anggota Keluarga.....	41
5.3.1.1. Tingkat Pendidikan .....	43
5.3.1.2. Jenis Pekerjaan .....	43
5.3.1.3. Status Tempat Tinggal .....	44
5.3.1.4. Hubungan Kekeluargaan.....	44
5.3.2. Gambaran tentang Tingkat Pengetahuan PMO Tb .....	45
5.3.3. Gambaran Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan untuk PMO .....	45
5.3.4. Gambaran Pelaksanaan Peran PMO: Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas .....	46
5.4. Penyajian Hasil Penelitian: Analisis Bivariat.....	46
5.4.1. Pengaruh Tingkat Pendidikan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	46
5.4.2. Pengaruh Jenis Pekerjaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan .. Penderita Tb.....	47
5.4.3. Pengaruh Status Tempat Tinggal PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	48
5.4.4. Pengaruh Hubungan Kekeluargaan terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	49
5.4.5. Pengaruh Tingkat Pengetahuan PMO Tb terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	50
5.4.6. Pengaruh Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan untuk PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	51
5.4.7. Pengaruh Pendampingan Berobat Ulang Ke Puskesmas terhadap . Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	52
5.5. Penyajian Hasil Penelitian: Analisis Multivariat.....	53

5.5.1. Tahap Pertama .....	53
5.5.2. Tahap Kedua .....	54
5.5.3. Tahap Ketiga .....	55
5.5.4. Tahap Keempat .....	55
5.5.5. Tahap Kelima .....	56

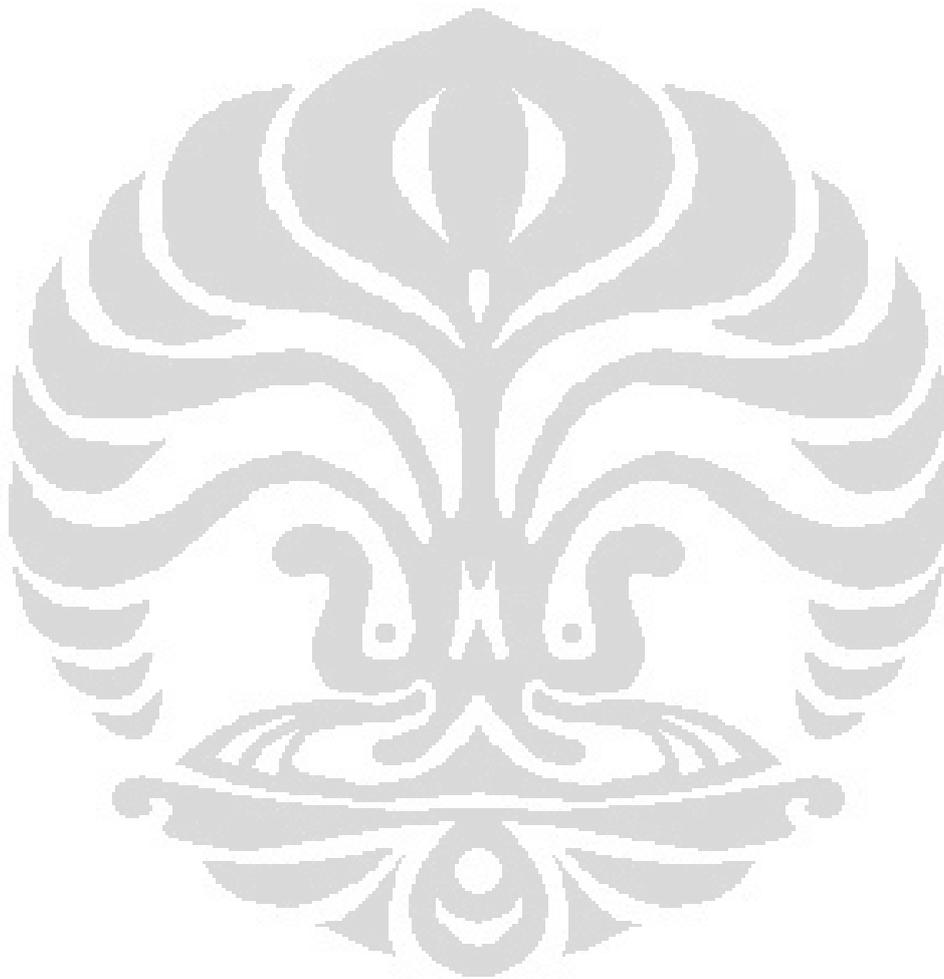
## **VI. PEMBAHASAN**

6.1. Pembahasan Hasil Penelitian.....	57
6.1.1. Pengaruh Peran PMO yang dilakukan oleh Anggota Keluarga Terhadap kepatuhan Pengobatan Penderita Tb.....	57
6.1.2. Pengaruh Tingkat Pengetahuan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	59
6.1.3. Pengaruh Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan untuk PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	60
6.1.4. Pengaruh Karakteristik Individu yang di miliki PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	61
6.1.4.1. Pengaruh Tingkat Pendidikan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	61
6.1.4.2. Pengaruh Jenis Pekerjaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	61
6.1.4.3. Pengaruh Status Tempat Tinggal PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb.....	62
6.1.4.4. Pengaruh Hubungan Kekeluargaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb .....	62
6.2. Implikasi Hasil Penelitian dan kaitannya dengan kebijakan DOTS. 63	
6.2.1. Masalah Penelitian.....	63
6.2.2. Metodologi Penelitian.....	64
6.6.3. Ilmu Pengetahuan .....	64

## **VII. KESIMPULAN DAN SARAN**

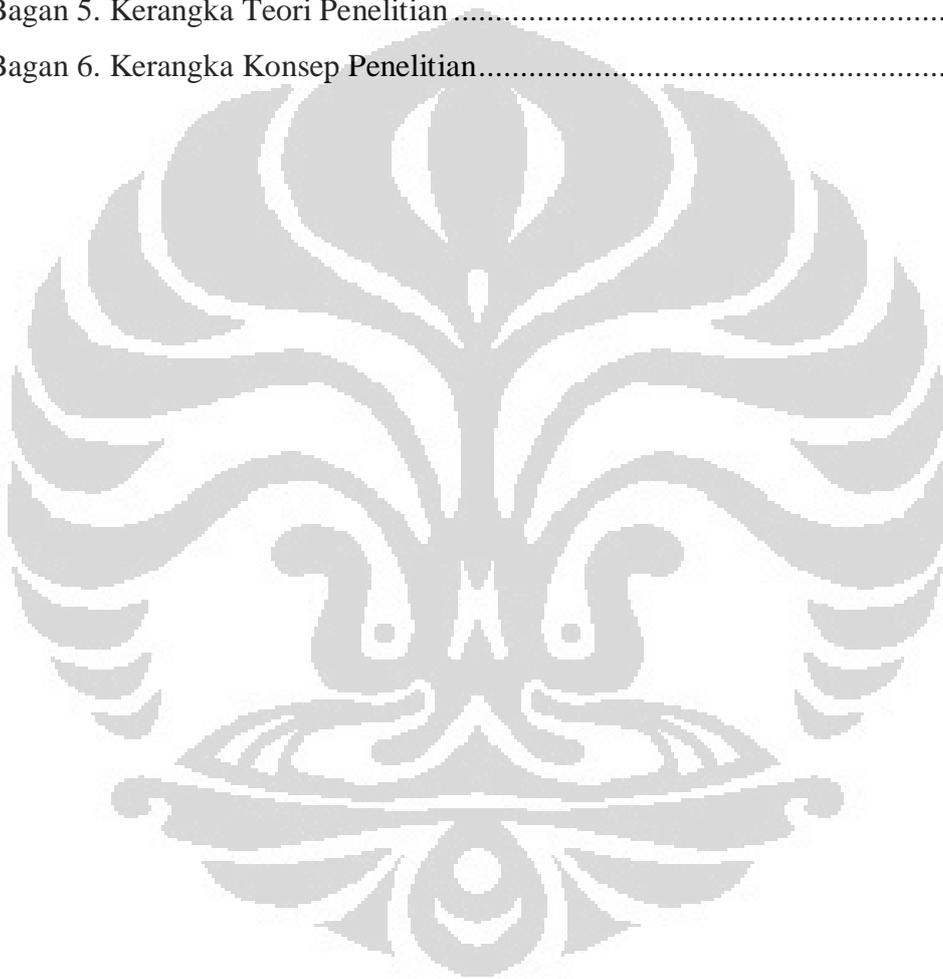
7.1. Kesimpulan.....	65
7.2. Saran .....	66
7.2.1. Pemangku Kepentingan.....	66
7.2.2. Puskesmas.....	66

<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>67</b>
----------------------------	-----------



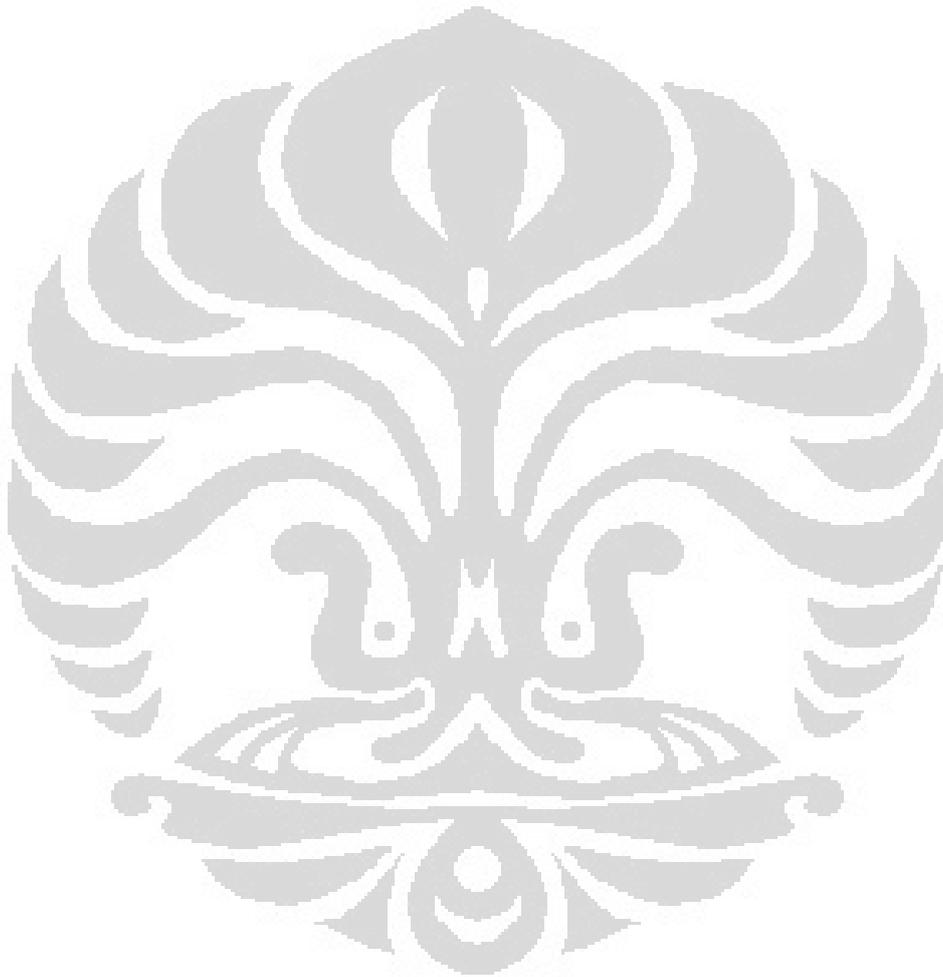
## DAFTAR BAGAN

Bagan 1. Hubungan antara Kepatuhan dan Hasil Kepatuhan .....	16
Bagan 2. Kinerja (Gibson, 1996).....	18
Bagan 3. Teori S-O-R .....	19
Bagan 4. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan .....	20
Bagan 5. Kerangka Teori Penelitian .....	24
Bagan 6. Kerangka Konsep Penelitian.....	25



## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Angka Kesembuhan Penderita Tb BTA Positif di Kota Pariaman, Tahun 2009.....	3
--	---



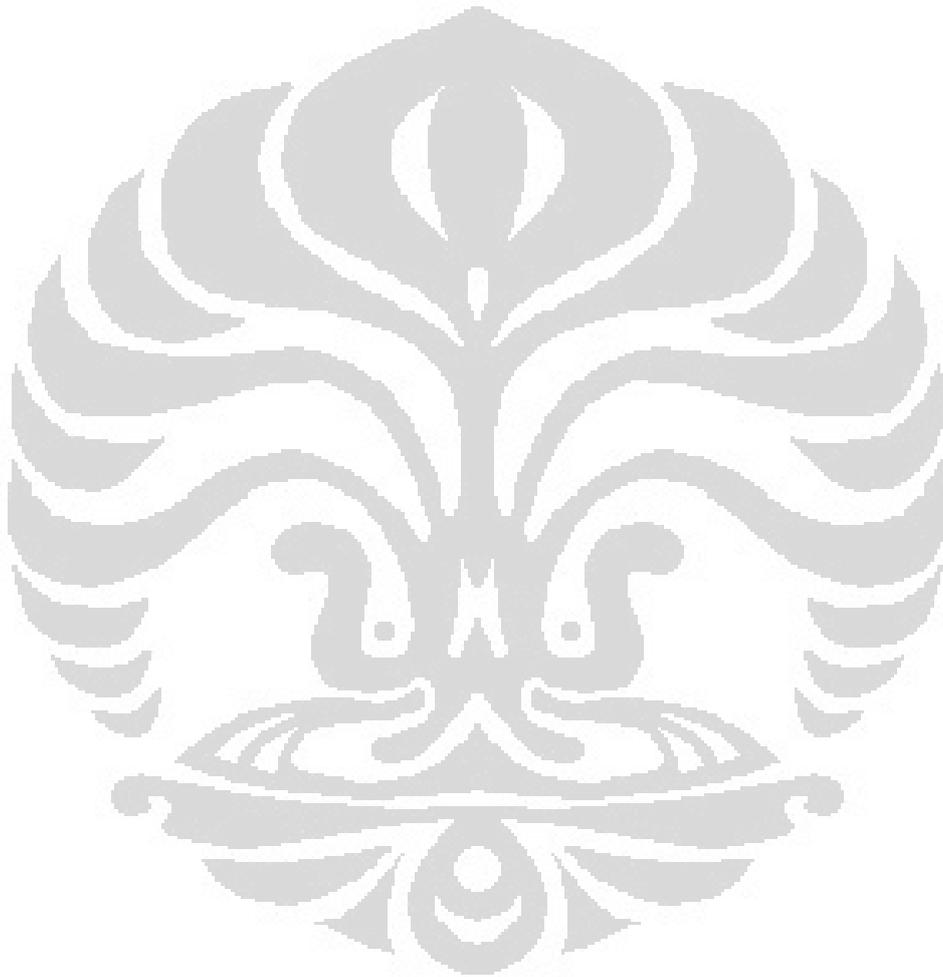
## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Contoh Hasil Penelitian terkait Keaktifan PMO .....	34
Tabel 4.2. Contoh Tabel Silang Cross sectional .....	37
Tabel 5.1. Jumlah Penderita Tb Menurut Asal Puskesmas di wilayah Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	40
Tabel 5.2. Distribusi Responden Berdasarkan kepatuhan, Penyuluhan dari tenaga kesehatan, Tingkat Pengetahuan, Pendampingan Berobat Ulang, dan Karakteristik Individu pada PMO dari anggota Keluarga (n=113) .....	42
Tabel 5.3. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan di Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	43
Tabel 5.4. Distribusi Responden Menurut Jenis Pekerjaan di Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	43
Tabel 5.5. Distribusi Responden Menurut Status Tempat Tinggal di Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	44
Tabel 5.6. Distribusi Responden Menurut Hubungan Kekeluargaan di Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	44
Tabel 5.7. Distribusi Responden Menurut Tingkat Pengetahuan PMO Tb di Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	45
Tabel 5.8. Distribusi Responden Menurut Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan di Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	45
Tabel 5.9. Distribusi Responden Menurut Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas di Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	46
Tabel 5.10. Pengaruh Tingkat Pendidikan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb di Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	47
Tabel 5.11. Pengaruh Jenis Pekerjaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb di Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	48

Tabel 5.12. Pengaruh Status Tempat Tinggal PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb di Kota Pariaman Tahun 2010-2011.....	48
Tabel 5.13. Pengaruh Hubungan Kekeluargaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb di Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	49
Tabel 5.14. Pengaruh Tingkat Pengetahuan PMO Tb terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb di Kota Pariaman Tahun 2010-2011 .....	50
Tabel 5.15. Pengaruh Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb di Kota Pariaman Tahun 2010-2011.....	51
Tabel 5.16. Pengaruh Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb di Kota Pariaman Tahun 2010-2011.....	52
Tabel 5.17. Uji Interaksi Regresi Logistik Tahap Pertama Metode <i>Backward</i> .....	54
Tabel 5.18. Uji Interaksi Regresi Logistik Tahap Kedua Metode <i>Backward</i> .....	54
Tabel 5.19. Uji Interaksi Regresi Logistik Tahap Ketiga Metode <i>Backward</i> .....	55
Tabel 5.20. Uji Interaksi Regresi Logistik Tahap Keempat Metode <i>Backward</i> ..	56
Tabel 5.21. Uji Interaksi Regresi Logistik Tahap Pertama Metode <i>Backward</i> .....	56

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Hasil Output Pengolahan Data SPSS
- Lampiran 2 Contoh Kuesioner Penelitian
- Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian dan Menggunakan Data



## DAFTAR ISTILAH



BTA	Basil Tahan Asam
CI	Derajat Kepercayaan ( <i>Confidence Interval</i> )
DOT	<i>Directly Observed Treatment</i>
DOTS	<i>Directly Observed Therapy Shortcourse</i>
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRZE	Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid, Ethambutol
KDT	Kombinasi Dosis Tetap
MDR-Tb	<i>Multi Drug-Resistant Tuberculosis</i>
OAT	Obat Anti Tuberkulosis
OR	<i>Odds Ratio</i>
P2P	Pencegahan Penularan Penyakit
PMO	Pengawas Menelan Obat
p-value	tes kemaknaan
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
S-O-R	Stimulus-Organisme-Respon
Tb	Tuberkulosis
WHO	<i>World Health Organization</i>
XDR-Tb	<i>Extreme Drug-Resistance Tuberculosis</i>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Penyakit Tuberkulosis (Tb) telah menjadi masalah kesehatan penting di dunia sejak lama dan sampai dengan saat ini masih sulit untuk dikendalikan. Perkiraan tahun 2008 menyatakan telah terjadi 9,4 juta insiden kasus baru Tb di dunia, dimana 55% berasal dari wilayah Asia Tenggara (WHO, 2010a). Walaupun Tb sebenarnya penyakit yang bisa disembuhkan dan saat ini perkiraan kasus Tb dunia secara perlahan mulai menurun mencapai populasi 140 per 100.000 penduduk pada tahun 2008 (WHO, 2010d) namun penyakit menular ini tetap menduduki peringkat kedelapan penyebab kematian di negara-negara dengan pendapatan perkapita rendah dan menengah dan peringkat ketiga penyebab kematian penduduk usia 15 – 59 tahun setelah HIV dan penyakit jantung iskemik (WHO, 2010b).

Di Indonesia, penyakit Tb pun menjadi salah satu sorotan nasional. Dari lima negara dengan jumlah insiden kasus Tb terbesar, negara ini menduduki posisi ke lima setelah India, Cina, Afrika Selatan, dan Nigeria (WHO, 2010a). Sedangkan menurut Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2007 lalu menyebutkan bahwa penyakit ini merupakan penyebab kematian nomor dua pada semua umur setelah stroke (Depkes, 2007a).

*Directly Observed Therapy Shortcourse* (DOTS) adalah strategi yang selama ini dijalankan dalam rangka melakukan upaya pengendalian Tb agar tidak semakin meluas, dicanangkan oleh WHO sejak tahun 1995 (Depkes, 2007b; WHO, 2010c). Salah satu strategi DOTS yaitu pengobatan Tb dengan diiringi pengawasan langsung sangat erat kaitannya untuk langsung meningkatkan kepatuhan pengobatan penderita Tb. Pengawasan ini dilakukan dalam rangka memastikan kepatuhan penderita Tb tetap terjaga hingga jadwal pengobatannya selesai dengan harapan

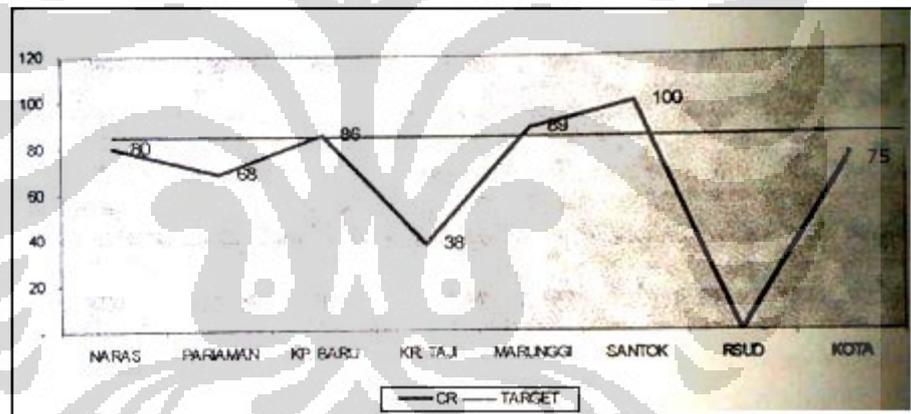
menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) (Depkes, 2007b).

Berdasarkan WHO *Global Report* Tahun 2009 dan Data Riskesdas Tahun 2010 ternyata sampai dengan saat ini penyakit Tb masih sulit dikendalikan di Indonesia walaupun penerapan DOTS telah dilakukan. Merujuk kepada WHO *Global Report* Tahun 2009 menyatakan bahwa angka prevalensi Tb semua kasus di Indonesia sebesar 244/100.000 penduduk (Depkes, 2010b). Perkembangan terbaru menurut Data Riskesdas Tahun 2010 diperoleh angka prevalensi Tb berdasarkan konfirmasi 2 BTA positif di Indonesia yaitu sebesar 289/100.000 penduduk (Depkes, 2010a). Melihat perbandingan kedua data tersebut diperoleh fakta bahwa masih ada peningkatan angka prevalensi Tb di Indonesia dari tahun 2009 ke tahun 2010 walaupun telah diupayakan penerapan strategi DOTS pada masa itu.

Salah satu wilayah provinsi yang sampai dengan saat ini masih memiliki penderita Tb adalah Sumatera Barat. Insiden Tb berdasarkan survei prevalensi diperkirakan kasus Tb BTA positif baru di Sumatera Barat mencapai angka 7.514 orang atau 160 orang per 100 ribu orang penduduk (Daulay, 2009). Menurut Data Riskesdas Provinsi Sumatera Barat Tahun 2007, prevalensi tertinggi penyakit Tb berdasarkan diagnosa oleh tenaga kesehatan dan dari gejala terdapat di wilayah kabupaten Pesisir Selatan, kota Pariaman, dan Lima Puluh Kota. Khususnya kota Pariaman, menurut Kabid Pencegahan Penularan Penyakit (P2P) Dinas Kesehatan kota Pariaman, dr.Anung Respati, diperkirakan penambahan penderita baru Tb sekitar 125 orang per tahun akibat masih adanya kepercayaan dari warga yang menganggap penyakit ini adalah guna-guna, sehingga mereka malu mengobati (Padek, 2012).

Ketidakmauan untuk mengobati seperti contoh di atas menyebabkan penderita suspek TB berdasarkan gejala klinis tidak mau melanjutkan ke tahap pengobatan sesuai standar. Data Riskesdas Tahun 2010 menyatakan 31,9% penderita suspek Tb memilih membeli obat di

toko obat/ apotik, 7,8% minum obat herbal, dan 16,9% memilih untuk tidak berobat. Selain kondisi tersebut, ketidakpatuhan penderita Tb untuk menyelesaikan pengobatannya atau bahkan sama sekali tidak minum obat walau telah diberi paket obat juga mempengaruhi kasus penyakit Tb sulit dikendalikan. Data Riskesdas tahun 2010 menyatakan bahwa penderita Tb yang minum obat tidak lengkap (< 5 bulan) sebesar 19,3%, sedangkan penderita yang sama sekali tidak minum obat sebesar 2,6% (Depkes, 2010a). Berdasarkan grafik di bawah ini bahwa gambaran angka kesembuhan penderita Tb BTA positif tahun 2009 di kota Pariaman masih di bawah target disebabkan kebanyakan penderita pada akhir pengobatan banyak yang tidak melaksanakan pemeriksaan laboratorium dan masih adanya penderita Tb yang putus minum obat ("Profil Kesehatan Kota Pariaman," 2010).



Grafik 1. Angka Kesembuhan Penderita Tb BTA Positif Kota Pariaman, Tahun 2009

Dengan semakin banyaknya kasus gagal pengobatan Tb di Indonesia maka akan mampu memicu terjadinya *Multi Drug-Resistant* Tb (MDR-Tb) yang nantinya akan mengancam efikasi standar paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) lini pertama yang disebabkan resistensi kuman Tb terhadap standar paduan pengobatan tersebut (PPTI, 2010). Secara global diperkirakan telah terjadi setengah juta kasus MDR-Tb pada tahun 2007 lalu (WHO, 2010d). Akibat MDR-Tb, penderita diharuskan untuk

menerima pengobatan lini kedua dimana biaya yang dibutuhkan menjadi lebih mahal dengan jangka waktu lebih lama dibanding standar pengobatan sebelumnya (Aditama, 2006).

Selain MDR-Tb ternyata ada ancaman yang lebih besar lagi yaitu *Extreme Drug-Resistance* (XDR) Tb yaitu kuman MDR-Tb yang juga kebal terhadap tiga atau lebih obat lini kedua sehingga XDR-Tb menjadi kasus yang paling mengkhawatirkan. Berdasarkan data dari WHO, bulan September 2006 dilaporkan di salah satu daerah di Afrika Selatan terdapat 52 dari 53 pasien XDR-Tb (yang juga HIV positif) ternyata meninggal dalam waktu 25 hari, dan praktis tidak ada obatnya (Aditama, 2006).

Adanya permasalahan di masyarakat berupa ancaman MDR-Tb dan XDR-Tb membuat setiap orang harus menyadari pentingnya menciptakan dan mempertahankan kepatuhan pengobatan untuk penderita TB hingga akhirnya berobat tuntas dan sembuh. Salah satunya adalah dengan meningkatkan efektivitas kinerja Pengawas Menelan Obat Tuberkulosis (PMO Tb) sebagai orang yang terdekat dengan penderita Tb dan langsung berhubungan dengan kegiatan pengobatan Tb.

Di Indonesia, penunjukan PMO Tb sering diarahkan kepada anggota keluarga penderita Tb yang tinggal serumah. Berdasarkan beberapa hasil penelitian menyatakan bahwa pada dasarnya PMO keluarga tidak menyadari bahwa dirinya ditunjuk sebagai PMO oleh petugas kesehatan sehingga pada akhirnya yang bersangkutan menjadi kurang mengetahui tentang perannya sebagai PMO (Zuliani, 2010). Padahal menurut beberapa penelitian yang ada bahwa peran PMO memiliki efek positif mempengaruhi kepatuhan pengobatan penderita Tb (Aisyah, 2002; Arwida, 2011; Darmawan, 2002; Salim, 2002; Sumarman, 2011; Wahyuningsih, 2004; Wirdani, 2001). Dari penelitian lainnya telah dinyatakan bahwa PMO dapat bekerja lebih baik apabila mendapatkan cukup pelatihan dari petugas kesehatan, pengalaman menjadi PMO, dan yang paling dominan adalah memiliki sikap yang positif saat melakukan kegiatan pengawasan kepada penderita Tb (Widyaningsih, 2004).

Berdasarkan latar belakang di atas, pada penelitian kali ini peneliti tertarik untuk menindaklanjutinya dengan mengkhususkan diri meneliti tentang peran PMO Tb keluarga dan pengaruhnya terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb dimana lokasi yang dipilih adalah kota Pariaman yang merupakan bagian wilayah dari provinsi Sumatera Barat. Harapan peneliti selanjutnya adalah lewat kegiatan penelitian ini akan dapat memberikan masukan perbaikan terhadap peningkatan kualitas peran PMO Tb keluarga sehingga dapat lebih mendukung kepatuhan pengobatan penderita Tb.

### **1.2. Perumusan Masalah Penelitian**

Kenyataan saat ini adalah prevalensi penyakit Tb di Indonesia masih sangat tinggi dimana negara ini menduduki posisi kelima jumlah insiden kasus TB terbesar di dunia. Salah satu penyebabnya adalah kurangnya tingkat kepatuhan pengobatan penderita Tb yang kemudian berdampak terhadap tingginya ancaman kasus MDR-Tb dan XDR-Tb yang penyembuhannya akan memakan waktu lebih lama dan biaya pengobatan yang lebih mahal dibandingkan pengobatan Tb umumnya. Perilaku ini dapat disebabkan oleh inefektivitas pengawasan pengobatan oleh PMO Tb dimana sebagian besar penunjukkannya diarahkan ke anggota keluarga dibanding petugas kesehatan itu sendiri.

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

Menurut rumusan masalah penelitian di atas maka pertanyaan penelitian yang diajukan adalah sebagai berikut:

1. Apakah peran PMO yang dilakukan oleh anggota keluarga saat pendampingan minum obat dan berobat ulang ke puskesmas memberikan pengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb?
2. Apakah tingkat pengetahuan PMO memberikan pengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb?

3. Apakah penyuluhan dari tenaga kesehatan untuk PMO memberikan pengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb?
4. Apakah karakteristik individu yang dimiliki PMO seperti tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status tempat tinggal, dan hubungan kekeluargaan memberikan pengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb?

#### **1.4. Tujuan Penelitian**

##### **1.4.1. Tujuan Umum**

Diketuainya pengaruh peran PMO Tb keluarga terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb.

##### **1.4.2. Tujuan Khusus**

1. Diketuainya pengaruh peran PMO yang dilakukan oleh anggota keluarga saat pendampingan minum obat dan berobat ulang ke puskesmas terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb
2. Diketuainya pengaruh tingkat pengetahuan PMO terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb
3. Diketuainya pengaruh penyuluhan dari tenaga kesehatan untuk PMO terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb
4. Diketuainya pengaruh karakteristik individu yang dimiliki PMO seperti tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status tempat tinggal, dan hubungan kekeluargaan terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb

#### **1.5. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan kepada pemangku kepentingan dan tenaga kesehatan dalam rangka meningkatkan peran PMO Tb keluarga untuk mampu mendukung kepatuhan pengobatan penderita Tb hingga pada akhirnya akan dapat meningkatkan angka kesembuhan penderita Tb dan terhindar dari MDR-Tb dan XDR-Tb.

## **1.6. Ruang Lingkup Penelitian**

### **1. Lingkup Masalah**

Masalah yang akan diteliti adalah terkait kegiatan pengawasan langsung pengobatan Tb.

### **2. Lingkup Sasaran**

Sasaran penelitian ini adalah PMO Tb yang berasal dari anggota keluarga

### **3. Lingkup Waktu**

Penelitian ini direncanakan akan dilakukan selama satu bulan.

### **4. Lingkup Keilmuan**

Bidang kajian yang diteliti adalah Ilmu Perilaku Kesehatan Masyarakat.

### **5. Lingkup Lokasi**

Penelitian ini direncanakan di wilayah kota Pariaman, Sumatera Barat, yang sampai dengan saat ini masih memiliki banyak penderita Tb BTA positif di masyarakat.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Tuberkulosis**

##### **2.1.1. Pengertian dan Cara Penularan**

Tuberkulosis (Tb) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, menyebar ke udara dalam bentuk percikan dahak orang yang telah terinfeksi basil Tb (*droplet nuclei*) pada waktu batuk atau bersin (Depkes, 2010). Umumnya penyakit ini menyerang organ paru, selain itu juga dapat menyerang organ tubuh lainnya seperti; kelenjar getah bening, selaput otak, kulit, tulang dan persendian, usus, ginjal serta lainnya (PPTI, 2010). Gejala utama penderita Tb adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih dan dapat diikuti dengan gejala tambahan seperti dahak bercampur darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, *malaise*, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, dan demam meriang lebih dari satu bulan (Depkes, 2007).

Penyakit Tb yang menyerang ke organ paru atau dikenal dengan nama Tb paru sangat berbahaya bagi orang lain karena mudahnya proses penularan yang terjadi akibat percikan droplet akibat batuk atau bersin menyebar di udara (WHO, 2002). Apabila penderita Tb paru tinggal bersama dengan orang lain maka kemungkinan orang tersebut tertular adalah sangat besar. Untuk itu, seorang penderita yang diduga terkena Tb harus segera ke fasilitas pelayanan kesehatan guna dilakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung untuk menegakkan diagnosis secara klinis sebanyak tiga kali (sewaktu-pagi-sewaktu) dalam waktu dua hari (PPTI, 2010). Apabila hasil pemeriksaan dinyatakan positif, maka penderita TB harus diobati.

Tindakan pencegahan penularan yang dapat dilakukan oleh penderita Tb dan keluarga adalah :

1. Menutup mulut bila batuk

2. Membuang ludah/ dahak pada wadah yang telah disediakan
3. Memeriksa anggota keluarga lain apakah terkena penularan Tb
4. Makan makanan yang bergizi
5. Memperhatikan rumah terutama lantai dan ventilasi jendela
6. Memisahkan alat makan dan minum penderita
7. Untuk bayi diberikan imunisasi BCG

### 2.1.2. Pengobatan

Pengobatan Tb bertujuan untuk menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Pengobatan Tb harus dilakukan secara rutin, sesuai jadwal dan durasi pengobatan yang ditentukan walaupun penderita Tb merasa sudah lebih baik. Apabila pengobatan Tb terputus maka akan mengakibatkan penyakit Tb yang diderita akan semakin sulit untuk disembuhkan karena adanya kemungkinan resistensi kuman terhadap OAT. Pengobatan Tb dilakukan dengan prinsip - prinsip sebagai berikut:

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 penderita menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).
3. Pengobatan Tb diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

- a. Tahap Awal (intensif)

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular

dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita Tb BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

b. Tahap Lanjutan

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

Dalam pengobatan Tb dikenal paduan pengobatan sesuai peruntukannya yaitu:

1. Katagori 1 (2HRZE/ 4(HR)3): diberikan untuk penderita baru Tb paru BTA positif, TB paru BTA negatif foto toraks positif, dan Tb ekstra paru
2. Katagori 2 (2HRZES/ (HRZE)/ 5(HR)3E): diberikan untuk penderita BTA positif yang telah diobati sebelumnya termasuk pasien kambuh (relaps), pasien gagal (failure), dan terputus (default)
3. OAT Sisipan (HRZE): diberikan kepada penderita BTA positif yang pada akhir pengobatan intensif masih tetap BTA positif
4. Katagori Anak (2HRZ/ 4HR)

Efek samping obat terdiri dari ringan dan berat. Bila terjadi efek samping obat ringan seperti warna merah pada urin, tidak nafsu makan, mual, sakit perut, nyeri sendi, kesemutan hingga rasa terbakar di kulit maka obat tetap harus diteruskan untuk diminum sampai habis.

Bila efek samping obat berat seperti gatal dan kemerahan kulit, tuli, gangguan keseimbangan, ikterus tanpa penyebab lain, bingung dan muntah, gangguan penglihatan, purpura dan syok maka penderita harus segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat (PPTI, 2010; WHO, 2002). Hasil pengobatan penderita Tb dapat dikategorikan sebagai :

1. Sembuh : Penderita dinyatakan sembuh bila penderita telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak paling sedikit dua kali berturut-turut hasilnya negatif

2. Pengobatan Lengkap : Penderita yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tapi tidak ada hasil pemeriksaan dahak dua kali berturut-turut negative. Tindak lanjutnya adalah penderita diberitahu apabila gejala muncul kembali supaya memeriksakan diri dengan mengikuti prosedur tetap.
3. Meninggal : Penderita yang dalam masa pengobatan diketahui meninggal karena sebab apapun
4. Pindah : Penderita yang pindah berobat ke daerah Kabupaten / Kota lain
5. *Defaulted atau Drop out* : Penderita yang tidak mengambil obat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai
6. Gagal : Penderita BTA positif yang hasil pemeriksaan dahak nya tetap positif atau kembali menjadi positif pada satu bulan sebelum akhir pengobatan atau pada akhir pengobatan.

### 2.1.3. MDR-Tb dan XDR-Tb

Tb diobati dengan lima atau enam obat OAT yang disebut lini pertama, misalnya Rifampisin, INH, pirazinamid dll. Kalau tidak mempan dengan obat lini pertama maka ada obat lini ke dua, misalnya quinolone, sikloserin, kanamisin dll. MDR (*multi drug resistance*) Tb adalah kuman Tb yang sudah kebal terhadap obat lini pertama, khususnya rifampisin, INH. Untuk MDR-Tb ini pengobatannya sudah amat susah, amat mahal dan banyak efek sampingnya. Lebih dari 400.000 kasus MDR-Tb termasuk Indonesia terjadi setiap tahun sebagai hasil dari kurangnya investasi terhadap kegiatan dasar pengendalian Tb, manajemen obat OAT yang buruk, dan penularan kuman resisten obat. MDR-Tb lebih sulit untuk diobati dan mengeluarkan biaya yang sangat besar.

Masih tingginya ancaman kegagalan pengobatan dan tingginya biaya pengobatan MDR-Tb mengakibatkan jalan terbaik adalah menekan sekecil mungkin terjadinya kasus MDR-Tb melalui peningkatan kemanfaatan pengobatan penyakit tuberkulosis melalui program DOTS. Setelah kebal/tidak dapat dibunuh dengan obat rifampisin dan INH, kuman

Tb juga bisa kebal dengan semua obat lini pertama, jenis kuman ini disebut *super strain*, yang juga sudah ditemukan di Indonesia (Aditama, 2006).

Selain MDR-Tb, yang menjadi ancaman lebih besar dan menakutkan dibandingkan MDR-Tb adalah XDR (*extreme drug resistance* atau *extensive drug resistance*) Tb, yaitu, yaitu kuman MDR-Tb yang juga kebal terhadap tiga atau lebih obat lini kedua sehingga XDR-Tb menjadi kasus yang paling mengkhawatirkan. Berdasarkan data dari WHO, bulan September 2006 dilaporkan di salah satu daerah di Afrika Selatan terdapat 52 dari 53 pasien XDR-Tb (yang juga HIV positif) ternyata meninggal dalam waktu 25 hari, dan praktis tidak ada obatnya. Data lain mengenai XDR-Tb adalah :

- Sedikitnya 2 dari 52 pasien yang meninggal dengan XDR-Tb dalam 25 hari di Afrika Selatan adalah petugas kesehatan (dokter dan perawat)
- Dari 18,000 sample yang diamati CDC & WHO maka 20% adalah MDR-Tb dan 2% XDR-Tb
- 4 % dari MDR-Tb di Amerika adalah XDR-Tb, 19 % dari MDR-Tb di Latvia adalah XDR-Tb
- 15 % dari MDR-Tb di Korea Selatan adalah XDR-Tb.

(Aditama, 2006).

#### **2.1.4. Kegiatan Pengawasan Langsung Pengobatan TB**

Kegiatan pengawasan langsung pengobatan Tb dikenal dengan sebutan *Directly Observed Therapy Shortcourse (DOTS)* dimana merupakan kegiatan pengawasan langsung terhadap penderita yang khususnya sedang menjalani pengobatan Tb jangka pendek. DOTS adalah strategi pengobatan Tb terkini dimana bertujuan untuk :

- membuat diagnosis dan pengobatan Tb bebas biaya
- menggunakan program pengobatan Tb yang terstandardisasi
- membuat pengobatan Tb berbasis masyarakat
- menyediakan pendidikan kesehatan tentang Tb

Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan penderita dengan prioritas diberikan kepada penderita Tb tipe menular (BTA positif). Kegiatan ini diharapkan dapat memutuskan rantai penularan Tb sehingga pada akhirnya akan menurunkan insiden kasus Tb di masyarakat. DOTS terdiri dari lima komponen kunci, yaitu:

1. Komitmen politis
2. Pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya.
3. Pengobatan jangka pendek yang standar bagi semua kasus Tb dengan tatalaksana kasus yang tepat, termasuk pengawasan langsung pengobatan.
4. Jaminan ketersediaan OAT yang bermutu.
5. Sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan penderita dan kinerja program secara keseluruhan.

DOTS dapat digunakan kepada penderita Tb kasus baru, gagal pengobatan, putus pengobatan, maupun pengobatan ulang. Pelaksanaan DOTS dilakukan sebab masih rendahnya kepatuhan berobat penderita Tb, lamanya waktu pengobatan, kurangnya pengetahuan tentang TB serta ditunjang oleh pemahaman penyakit Tb yang salah dari masyarakat, tidak tersedianya obat baik waktu maupun jumlah yang mencukupi, mutu obat OAT yang kurang baik, kurangnya bimbingan bagi petugas kesehatan, mahalny biaya pengobatan Tb, dll.

#### **2.1.5. Pengawas Menelan Obat (PMO)**

Salah satu komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung dimana PMO merupakan salah satu bentuk dari kegiatan pengawasan langsung tersebut. PMO adalah seseorang yang membantu penderita Tb untuk menjalani pengobatan dengan cara mengingatkan dan mengawasi untuk menelan obat dan memberi dorongan moril agar penderita Tb tidak berputus asa (PPTI, 2010). Alasan pembentukan PMO adalah untuk menyediakan

dukungan sosial dan psikologis sambil memastikan penderita minum obat secara tepat sehingga membangun pengobatan Tb yang adekuat bagi penderita Tb. Selain itu dengan kehadiran PMO yang mampu membangun sistem pelaporan yang baik dapat meningkatkan akses kunjungan pemeriksaan ke fasilitas laboratorium dan mengamankan kecukupan suplai obat. Dalam Strategi Stop Tb, pengawasan dan dukungan untuk penderita Tb sangat membantu program mencapai target kesuksesan pengobatan 85% (WHO, 2010).

Dalam memilih PMO untuk penderita Tb haruslah memenuhi persyaratan sebagai berikut :

1. Seseorang yang dikenal, dipercaya, disegani dan dihormati oleh penderita Tb, tinggal dekat dengan penderita Tb, dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun penderita Tb. Sebaiknya dipilih anggota keluarga terdekat atau kader kesehatan yang telah dilatih atau petugas kesehatan yang bertempat tinggal tidak jauh dari dan disegani oleh penderita Tb (PPTI, 2010).
2. Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita Tb. Sebelum menjadi PMO, individu akan diberikan penjelasan/ pelatihan tentang:
  - a. Cara menelan obat setiap hari secara teratur sampai selesai pengobatan
  - b. Cara pemberian OAT dan jenis OAT sesuai katagorinya
  - c. Cara mengeluarkan dahak untuk periksa ulang
  - d. Cara pengisian buku kader untuk pencatatan dan pelaporan pelaksanaan PMO. Kartu kontrol disediakan dalam Buku Saku Pegangan untuk PMO agar dapat membantunya untuk memberikan obat kepada penderita Tb pada waktu yang tepat dan rutin. Sangat penting bagi PMO untuk melihat langsung penderita Tb saat meminum obatnya dan kemudian baru mencatatnya di kartu kontrol. Selanjutnya, PMO harus segera membawa kartu tersebut ke fasilitas pelayanan kesehatan setelah perbekalan obat yang diberikan kepadanya habis.

Seseorang yang telah ditunjuk menjadi PMO harus mampu melaksanakan tugasnya sebagai berikut :

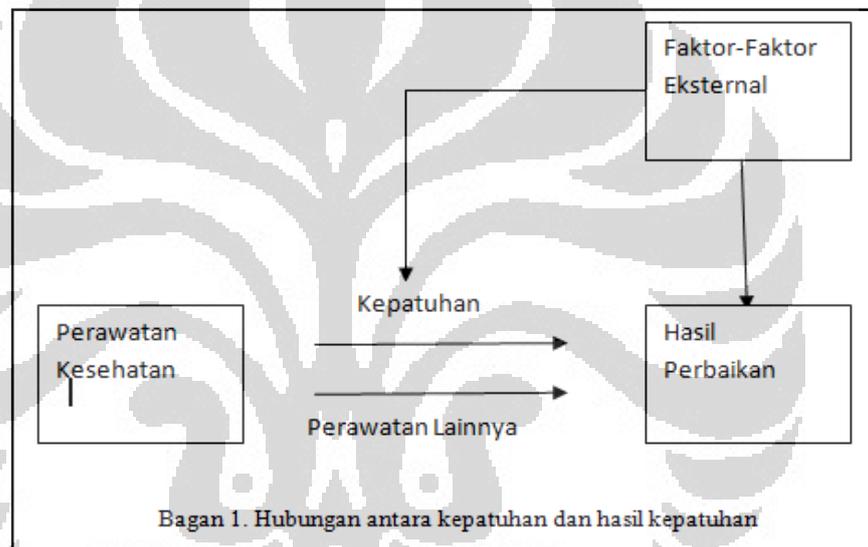
1. Memfasilitasi penderita Tb untuk memenuhi jadwal pengobatannya. Sebelum diminum OAT harus dicek dahulu dan pada saat diminum, PMO harus melihat langsung penderita menelan semua OAT. Respon secepatnya bila penderita melewatkan jadwal pengobatan. Bila lebih dari 24 jam, segera kunjungi rumah penderita untuk memberikan obat. Bila penderita menolak, hubungi petugas kesehatan untuk membantu. Bila PMO atau penderita akan bepergian maka buat kesepakatan tentang minum obat. Minta bantuan untuk menggantikan PMO sementara
2. Mencatat di kartu kontrol tiap penderita selesai meminum obatnya
3. Tingkatkan semangat penderita Tb untuk melanjutkan pengobatannya
4. Pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengambil perbekalan pengobatan tiap bulan. Tunjukkan kartu pengobatan penderita Tb. *Review* dan diskusi terkait perkembangan penderita dan masalah yang dihadapi dengan petugas
5. Waspada terhadap adanya efek samping pengobatan. Bila efek samping semakin berat, rujuk penderita ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat
6. Pastikan penderita pergi ke fasilitas pelayanan kesehatan ketika harus melakukan pemeriksaan ulang sputum (PPTI, 2010; WHO, 2002).

Tugas di atas sangat penting untuk dilaksanakan dalam rangka menjamin keteraturan pengobatan penderita Tb.

## 2.2. Kepatuhan dalam Perawatan Kesehatan

Kepatuhan dalam perawatan kesehatan adalah sejauhmana perilaku individu yang berhubungan dengan pengobatan, diet, atau perubahan gaya hidup sehari-hari sesuai dengan saran kesehatan (Haynes, Taylor, & Sackett, 1979). Hal-hal yang menyebabkan terjadinya ketidakpatuhan

dalam perawatan kesehatan diantaranya adalah menunda berobat, tidak berpartisipasi dalam program kesehatan, tidak datang saat janji temu dengan tenaga kesehatan, dan gagal mengikuti instruksi medis yang dianjurkan. Terdapat perbedaan antara ketidakpatuhan dengan eror pengobatan yaitu eror pengobatan apabila penderita mau berobat namun dengan kompleksitas pengobatan yang diberikan dan terbatasnya daya nalar penderita membuat ia tidak mampu mengikuti instruksi sesuai anjuran sedangkan ketidakpatuhan apabila penderita itu sendiri yang tidak mau mengikuti anjuran padahal pendekatan intervensi kesehatannya sudah efektif sehingga menghasilkan *outcome* yang berbeda.



Bagan 1. Hubungan antara kepatuhan dan hasil kepatuhan

Determinan kepatuhan dapat ditentukan berdasarkan tingkat pengetahuan terkini tentang gambaran penyakit, gambaran proses rujukan, gambaran situasi fasilitas pelayanan kesehatan, dan gambaran terapi pengobatannya (jenis, tingkat, durasi, kompleksitas, efek dosis, efek samping, biaya, dan pengeluaran). Pada Bagan 1 terlihat gambaran model tentang hubungan antara kepatuhan dan hasil kepatuhan.

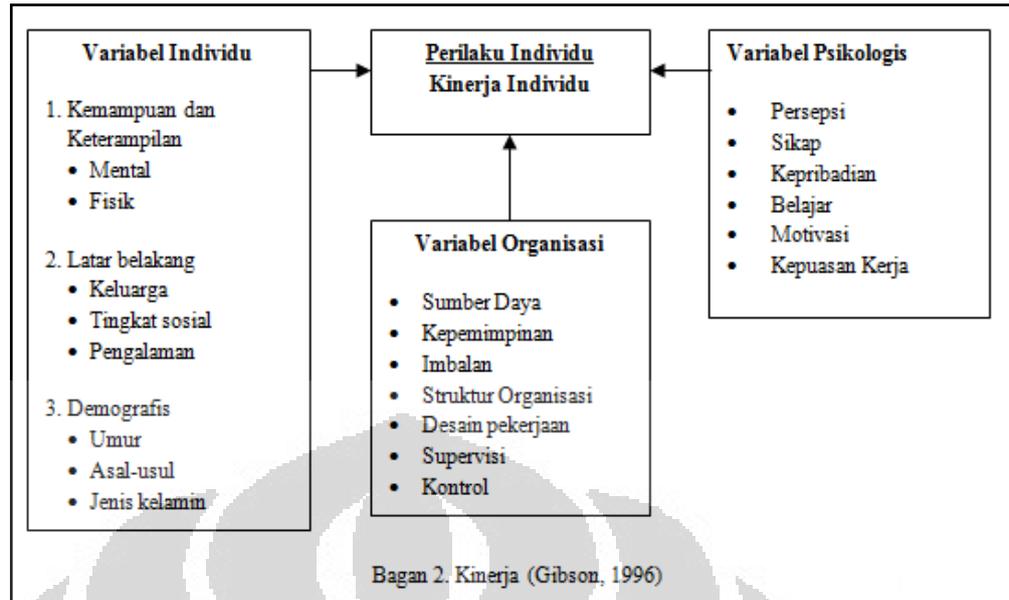
Kepatuhan dalam perawatan kesehatan harus dilakukan pengukuran sebab bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan (memantau kepatuhan merupakan salah satu intervensi medis) atau melakukan studi penelitian yang berfokus terhadap besaran, efek, maupun

pergerakan ketidakpatuhan. Cara pengukuran kepatuhan pengobatan dapat dilakukan secara langsung lewat pemeriksaan darah dan urin maupun tidak langsung lewat pendapat dokter, wawancara dengan penderita, telusuri resep, dan hitung pil.

### 2.3. Kinerja

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi (Ilyas, 2001). Kinerja juga dapat didefinisikan sebagai status kemampuan yang diukur berdasarkan pelaksanaan tugas sesuai uraian tugasnya (Notoatmodjo, 1998). Pengertian kinerja lainnya adalah apa yang dapat dikerjakan seseorang sesuai dengan bidang tugas dan fungsi yang dipengaruhi oleh sikap, pengetahuan, keterampilan (Guilbert, 1977).

Menurut Gibson (1987) dalam Ilyas (2002), terdapat tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja yaitu variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Variabel individu terdiri dari kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Variabel organisasi terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan. Menurut Kopelman (1986) dalam Ilyas (2002), sub-variabel imbalan berpengaruh dalam meningkatkan motivasi kerja yang nantinya akan meningkatkan kinerja individu. Variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Ilyas (2002) menambahkan perlu adanya sub variabel kontrol dan supervisi pada kelompok variabel organisasi. Berikut diagram skematis variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja menurut Gibson (1987) seperti pada gambar di bawah ini.



#### 2.4. Perilaku Kesehatan

Menurut Skinner (1938) perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus. Berdasarkan pengertian di atas Skinner menyatakan teori S-O-R bahwa perilaku manusia terjadi melalui proses : Stimulus → Organisme → Respon. Dalam teori tersebut juga dijelaskan dua jenis respon, yaitu :

1. *respondent respons/ reflexive* : respon yang ditimbulkan oleh stimulus tertentu yang disebut eliciting stimulus sebab menimbulkan respon-respon yang relatif tetap. Respon ini mencakup perilaku emosional
2. *operant respons/ instrumental respons* : respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau rangsangan yang lain. Perangsang yang terakhir ini disebut *reinforcing stimuli* atau *reinforce* karena berfungsi untuk memperkuat respon.

Berdasarkan teori S-O-R maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

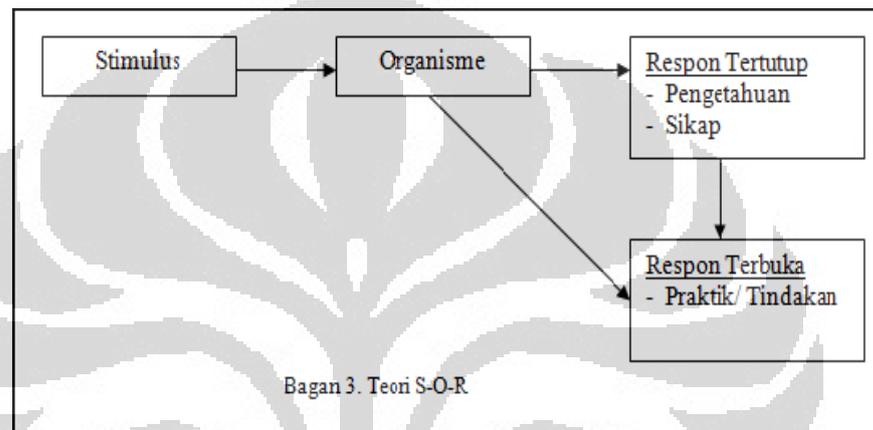
1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon

seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk *unobservable behavior* atau *covert behavior* yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar atau *observable behavior*.



Meskipun perilaku dibedakan antara perilaku tertutup dan terbuka namun sebenarnya perilaku adalah merupakan keseluruhan pemahaman dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara faktor internal dan eksternal tersebut. Perilaku seseorang sangat kompleks dan mempunyai bentangan yang sangat luas. Benyamin Bloom (1908) membedakan adanya tiga area ranah perilaku, yaitu :

1. Kognitif (pengetahuan)

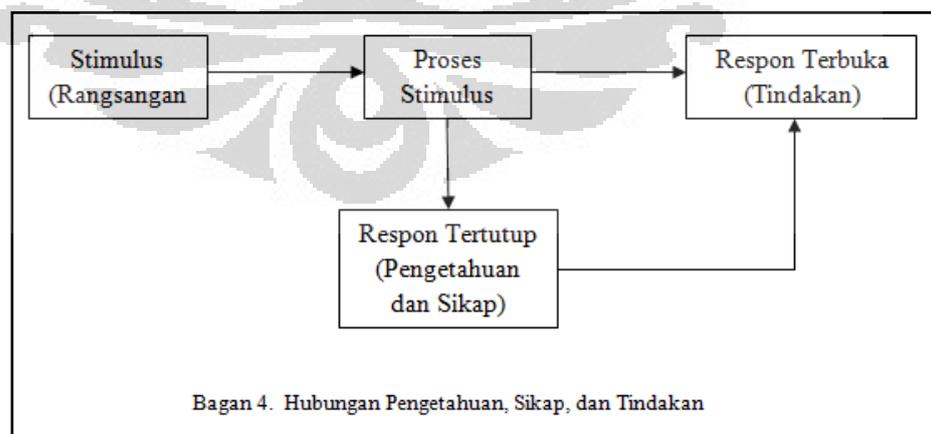
Pengetahuan adalah hasil penginderaan atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran dan penglihatan. Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas yang berbeda dengan klasifikasi mulai dari tahu, paham, aplikasi, analisis, sintesis, hingga evaluasi.

## 2. Afektif (sikap)

Sikap adalah juga respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Campbell (1950) mendefinisikan sangat sederhana yakni suatu kumpulan gejala dalam merespon stimulus/ objek. Sikap melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain. Komponen pokok sikap menurut Alport (1954) terdiri dari kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek; kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek; dan kecenderungan untuk bertindak. Ketiga komponen tersebut di atas secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Seperti pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkatan berdasarkan intensitasnya yaitu mulai menerima, menanggapi, menghargai hingga bertanggung jawab.

## 3. Psikomotor (praktik/ tindakan)

Sikap adalah kecenderungan untuk bertindak, namun belum tertentu terwujud dalam tindakan karena membutuhkan faktor lain seperti sarana dan prasarana terlebih dahulu. Praktik atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya yaitu mulai praktik terpimpin, praktik menggunakan mekanisme, hingga adopsi.



Perilaku merupakan determinan kesehatan yang menjadi sasaran dari promosi atau pendidikan kesehatan. Sejalan dengan batasan perilaku, menurut Skinner perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan dan minuman, serta pelayanan kesehatan (S. Notoatmodjo, 2010). Perilaku kesehatan adalah semua aktivitas seseorang yang dapat diamati maupun yang tidak dapat diamati yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan ini mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan. Oleh sebab itu perilaku kesehatan secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

1. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat

Perilaku ini disebut sebagai perilaku sehat yang mencakup perilaku - perilaku dalam mencegah dan menghindari dari penyakit dan penyebab penyakit atau masalah dari penyebab penyakit tersebut (perilaku preventif), dan perilaku dalam upaya meningkatnya kesehatan (perilaku promotif).

2. Perilaku orang yang sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya

Perilaku ini disebut perilaku pencarian pelayanan kesehatan (health seeking behavior). Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang bila sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepas dari masalah kesehatan tersebut. Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan, baik tradisional (dukun, sinshe, dll) maupun modern (puskesmas, rumah sakit, dll).

## **2.5. Penyuluhan Kesehatan**

Penyuluhan kesehatan adalah penambahan pengetahuan dan kemampuan seseorang melalui tehnik praktik belajar atau instruksi dengan

tujuan mengubah atau mempengaruhi perilaku manusia secara individu, kelompok, maupun masyarakat untuk dapat lebih mandiri dalam mencapai tujuan hidup sehat (Depkes, 2002). Materi penyuluhan yang disampaikan kepada sasaran hendaknya disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan dari individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sehingga materi yang disampaikan dapat langsung dirasakan manfaatnya. Metode penyuluhan dapat berupa bimbingan, wawancara, ceramah, seminar, dan lain-lain.

## 2.6. Keluarga

Pengertian keluarga menurut Departemen Kesehatan RI (1998) adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (R & R, 2010). Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun luar dan bersifat labil. Peran adalah bentuk perilaku yang diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu (Kozier, 1995).

Dalam keluarga terdapat peran-peran yang harus dijalani oleh para anggota keluarga. Secara formal peran keluarga secara tradisional terdiri dari istri/ ibu dan suami/ ayah. Peran sebagai istri/ ibu biasanya diberikan kepada perempuan dalam rangka menjalankan tanggung jawabnya sebagai pemelihara dan perawat bagi keluarga sedangkan laki-laki yang berperan sebagai suami/ ayah diharapkan menjalankan tanggung jawabnya sebagai pekerja yang mendukung kelangsungan keluarga. Dengan berkembangnya zaman, kini para perempuan lebih banyak bekerja selain sebagai pengasuh keluarga sehingga peran tradisional tersebut dilabel sebagai stereotip saja bukan peran sebenarnya. Berdasarkan hal tersebut, saat ini peran keluarga tidak dilihat dari perbedaan jenis kelamin saja namun sampai sejauhmana anggota keluarga mampu berperan memenuhi kebutuhan keluarga. Variabel yang mempengaruhi peran keluarga dapat berupa kelas sosial,

bentuk keluarga, latar belakang budaya, tahap siklus perkembangan keluarga, model peran, dan situasi tertentu, khususnya masalah kesehatan

## **2.7. Literatur terkait PMO, Keluarga, dan Kepatuhan Pengobatan Tb**

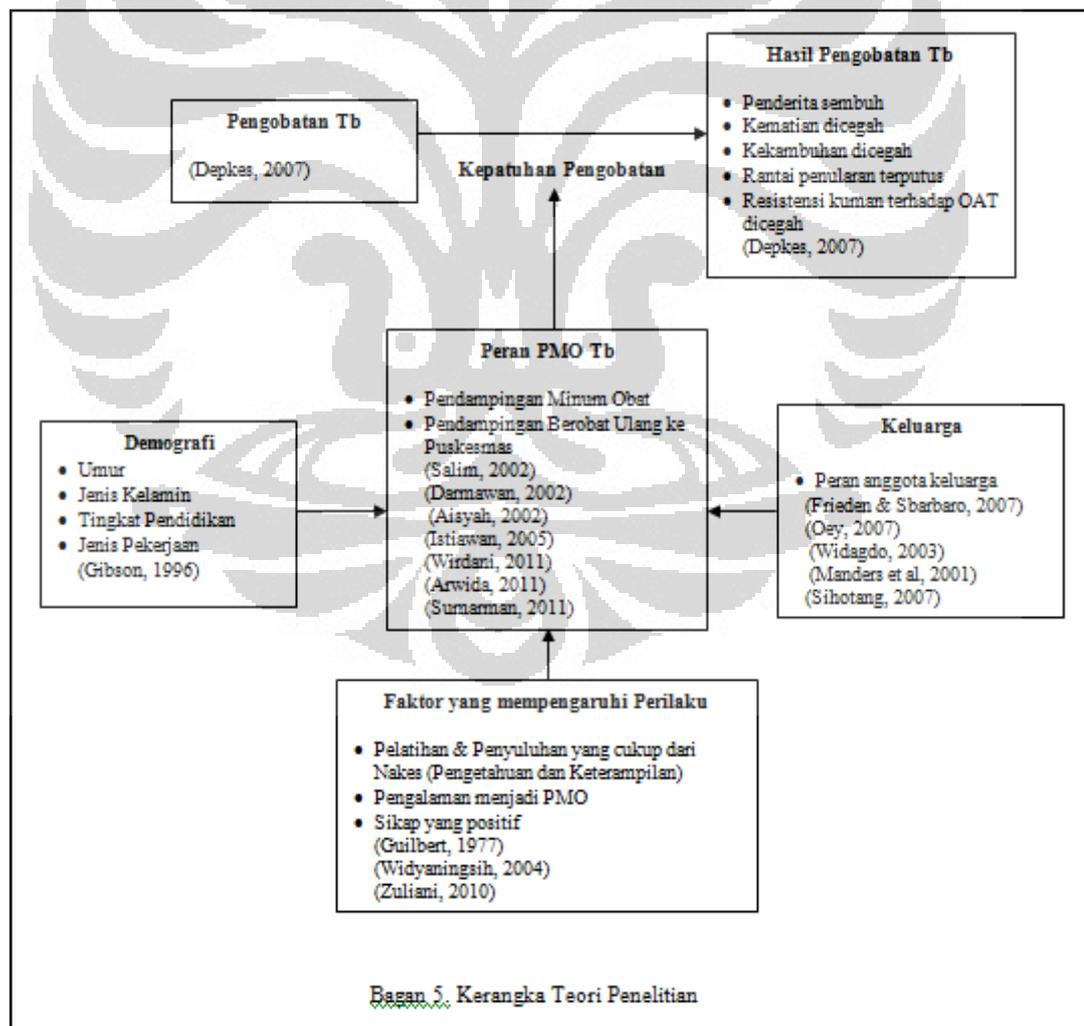
- PMO memiliki hubungan bermakna dengan kepatuhan pengobatan Tb (Aisyah, 2002; Arwida, 2011; Istiawan, 2005) setelah dikontrol oleh penghasilan keluarga dan pengetahuan penderita (Salim, 2002)
- Keberadaan PMO Tb dalam rangka menjaga keteraturan berobat sangat penting (Darmawan, 2002; Wirdani, 2001) dimana PMO keluarga memiliki efek protektif yang lebih besar daripada PMO tenaga kesehatan (Sihotang, 2007)
- Peran PMO yang tidak baik mempunyai risiko 3,013 kali lipat untuk menyebabkan penderita tidak periksa ulang dahak pada fase akhir pengobatan (Sumarman, 2011)
- Dukungan keluarga terhadap kegiatan pengawasan pengobatan Tb mempengaruhi kepatuhan pengobatan penderita Tb (Manders et al., 2001; Widagdo, 2003) sebab keluarga menciptakan iklim yang lebih nyaman bagi penderita sendiri (Oey, 2007)
- PMO keluarga sering tidak menyadari bahwa dirinya ditunjuk sebagai PMO oleh petugas kesehatan sehingga pada akhirnya yang bersangkutan menjadi kurang mengetahui tentang perannya sebagai PMO (Zuliani, 2010).
- Peran PMO keluarga akan berjalan baik apabila ditunjang dengan pengakuan hasil kerja, kunjungan rumah dan supervisi intensif dari tenaga kesehatan (Frieden & Sbarbaro, 2007) serta mendapatkan cukup pelatihan dari petugas kesehatan, pengalaman menjadi PMO, dan yang paling dominan adalah memiliki sikap yang positif saat melakukan kegiatan pengawasan kepada penderita TB (Widyaningsih, 2004) dan penyuluhan dari tenaga kesehatan dan pengetahuan tentang efek samping obat (Wirdani, 2001)
- Peran PMO yang tinggal serumah memberikan pengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb (Salim, 2002).

## BAB III

### KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

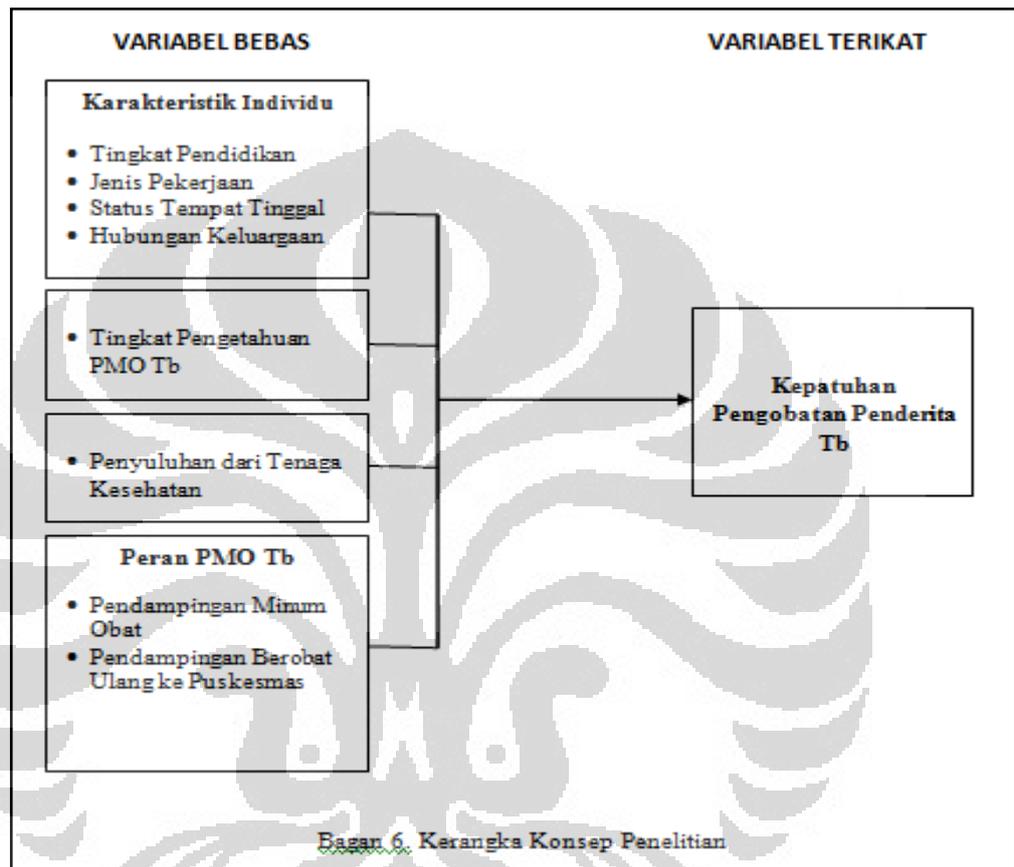
#### 3.1. Kerangka Teori

Tuberkulosis (Tb) adalah penyakit yang sangat menular dan untuk menyembuhkan penyakit ini, penderita harus menjalani pengobatan secara rutin, sesuai jadwal dengan durasi pengobatan yang ditentukan. Dalam rangka menjamin kepatuhan pengobatan penderita Tb tetap terjaga, perlu dilakukan pengawasan langsung oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).



### 3.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori yang telah dirumuskan di atas berdasarkan tinjauan pustaka sebelumnya maka kerangka konsep untuk penelitian kali ini tergambar sebagai berikut:



### 3.3. Hipotesis

Hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. PMO yang melaksanakan peran pendampingan minum obat dengan baik akan memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan yang melaksanakannya dengan kurang baik
2. PMO yang melaksanakan peran pendampingan berobat ulang ke puskesmas dengan baik akan memberikan pengaruh yang lebih besar

terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan yang melaksanakannya dengan kurang baik

3. PMO yang memiliki tingkat pengetahuan baik memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan yang memiliki tingkat pengetahuan tidak baik
4. PMO yang mendapatkan penyuluhan dari tenaga kesehatan memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan yang tidak mendapatkannya
5. PMO berpendidikan tinggi memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan yang berpendidikan rendah
6. PMO yang tidak bekerja memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan yang bekerja
7. PMO yang serumah dengan penderita Tb memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan yang tidak serumah
8. PMO yang memiliki hubungan kekeluargaan bersifat dekat dengan penderita Tb memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan yang kurang dekat

### **3.4. Definisi Operasional**

#### **3.4.1. Variabel Terikat**

Menurut Haynes, Taylor, & Sackett, tahun 1979, kepatuhan adalah didefinisikan sejauhmana perilaku individu yang berhubungan dengan pengobatan, diet, atau perubahan gaya hidup sehari-hari sesuai dengan saran kesehatan. Mengacu kepada konsep tersebut maka definisi operasional untuk variabel terikat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

### Kepatuhan pengobatan penderita Tb

Definisi Operasional	:	Kepatuhan penderita Tb yang mendapatkan pengobatan katagori 1 dinilai berdasarkan kelengkapan kunjungan ke puskesmas untuk berobat ulang dan mengambil secara mandiri perbekalan obat sesuai jadwal atau lebih cepat dari jadwal bila waktu yang ditentukan bertepatan dengan hari libur
Cara Ukur	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wawancara</li> <li>• Studi Dokumen</li> </ul>
Alat Ukur	:	Hasil wawancara dengan petugas Tb puskesmas berdasarkan catatan kartu pengobatan Tb 01
Hasil Ukur	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Patuh</li> <li>➤ Tidak Patuh</li> </ul>
Skala Ukur	:	Ordinal

#### 3.4.2. Variabel Bebas

##### 1. Pendampingan Minum Obat

Definisi Operasional	:	Pelaksanaan peran PMO saat memantau penderita Tb minum obat sesuai jadwal dan terapi pengobatan, dibuktikan dengan kelengkapan catatan di kartu kontrol yang dipegang oleh PMO
Cara Ukur	:	Studi Dokumen
Alat Ukur	:	Kartu Kontrol PMO Tb
Hasil Ukur	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Baik : kartu terisi lengkap</li> <li>➤ Kurang Baik : kartu terisi tidak lengkap</li> </ul>
Skala Ukur	:	Ordinal

## 2. Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas

Definisi Operasional	:	Persepsi individu terhadap pelaksanaan peran PMO saat mendampingi penderita Tb berobat ulang ke puskesmas
Cara Ukur	:	• Wawancara
Alat Ukur	:	Kuesioner nomor 16, 17
Hasil Ukur	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Baik : bila semua pertanyaan kuesioner nomor 16 dan 17 dijawab Ya</li> <li>➤ Kurang Baik : bila tidak semua pertanyaan kuesioner nomor 16 dan 17 dijawab Ya</li> </ul>
Skala Ukur	:	Ordinal

## 3. Tingkat Pendidikan

Definisi Operasional	:	Jenjang pendidikan sekolah formal yang telah diselesaikan oleh individu terhitung sampai dengan saat pengambilan data dilakukan
Cara Ukur	:	Wawancara
Alat Ukur	:	Kuesioner, nomor 3
Hasil Ukur	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pendidikan Rendah (mulai tidak sekolah hingga tamat SMP)</li> <li>➤ Pendidikan Tinggi (mulai tamat SMA ke atas)</li> </ul>
Skala Ukur	:	Ordinal

## 4. Jenis Pekerjaan

Definisi Operasional	:	Kedudukan individu yang berhubungan dengan aktivitas mencari nafkah sebagai mata pencaharian terhitung sampai dengan saat pengambilan data dilakukan
Cara Ukur	:	Wawancara
Alat Ukur	:	Kuesioner, nomor 4

Hasil Ukur	:	➤ Tidak Bekerja ➤ Bekerja
Skala Ukur	:	Ordinal

### 5. Status Tempat Tinggal

Definisi Operasional	:	Jawaban individu tentang status tempat tinggal PMO apakah tinggal serumah atau tidak dengan penderita Tb
Cara Ukur	:	Wawancara
Alat Ukur	:	Kuesioner, nomor 5
Hasil Ukur	:	➤ Serumah ➤ Tidak Serumah
Skala Ukur	:	Nominal

### 6. Hubungan Kekeluargaan

Definisi Operasional	:	Persepsi individu tentang sifat kedekatan hubungan kekeluargaan yang terikat emosional antara PMO dengan penderita Tb
Cara Ukur	:	Wawancara
Alat Ukur	:	Kuesioner, nomor 7
Hasil Ukur	:	➤ Dekat ➤ Kurang Dekat
Skala Ukur	:	Ordinal

### 7. Tingkat Pengetahuan PMO Tb

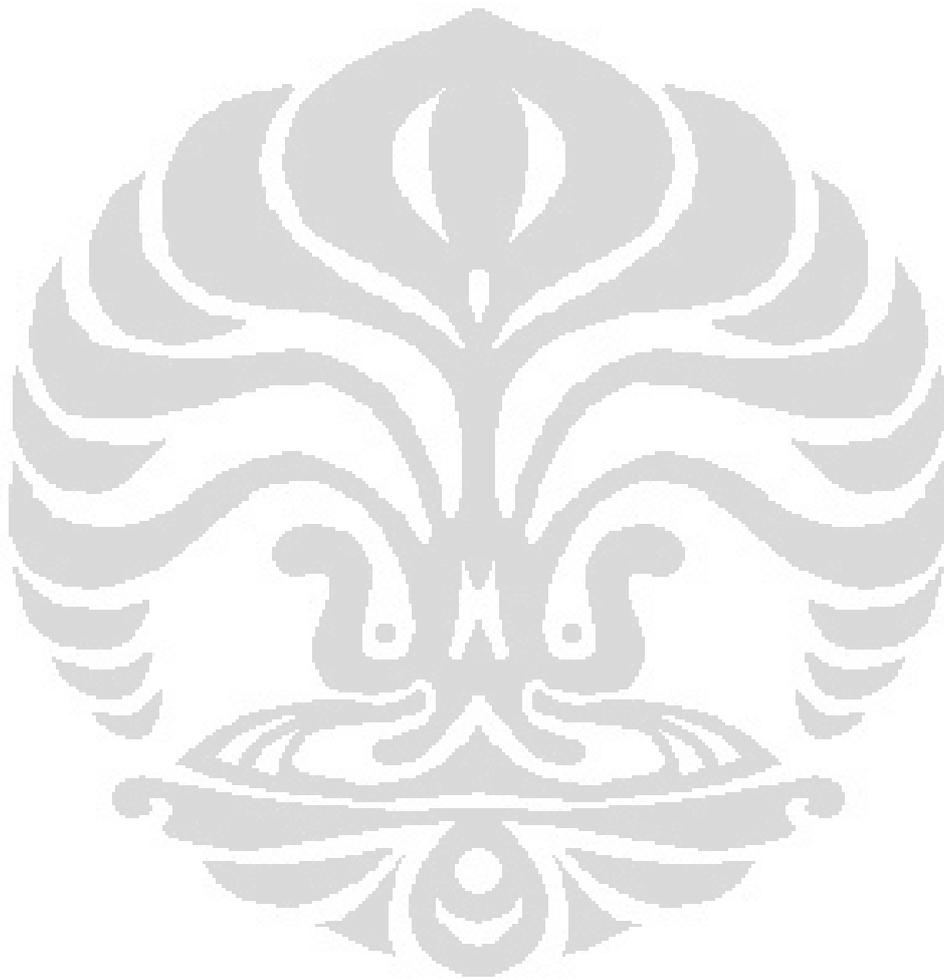
Definisi Operasional	:	Penilaian yang dilakukan terhadap jawaban individu terhadap pertanyaan seputar : 1. Penyebab penyakit Tb 2. Tanda penyakit Tb
----------------------	---	---

		3. Cara penularan Tb 4. Cara pencegahan Tb 5. Tujuan Minum OAT 6. Cara minum OAT 7. Tanda Efek Samping OAT																											
Cara Ukur	:	Wawancara																											
Alat Ukur	:	Kuesioner, nomor 9 – 15 (7 pertanyaan) dengan bobot penilaian sebagai berikut: <table border="1" data-bbox="762 779 1412 1167"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Jenis Pertanyaan</th> <th>Bobot Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Penyebab penyakit Tb</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Tanda penyakit Tb</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Cara penularan Tb</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Cara pencegahan Tb</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Tujuan Minum OAT</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Cara minum OAT</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Tanda Efek Samping OAT</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Jumlah</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Jenis Pertanyaan	Bobot Nilai	1	Penyebab penyakit Tb	10	2	Tanda penyakit Tb	10	3	Cara penularan Tb	10	4	Cara pencegahan Tb	10	5	Tujuan Minum OAT	20	6	Cara minum OAT	20	7	Tanda Efek Samping OAT	20		Jumlah	100
No.	Jenis Pertanyaan	Bobot Nilai																											
1	Penyebab penyakit Tb	10																											
2	Tanda penyakit Tb	10																											
3	Cara penularan Tb	10																											
4	Cara pencegahan Tb	10																											
5	Tujuan Minum OAT	20																											
6	Cara minum OAT	20																											
7	Tanda Efek Samping OAT	20																											
	Jumlah	100																											
Hasil Ukur	:	Hasil penilaian dikategorikan sebagai berikut: ➤ Baik : > nilai 60 ➤ Tidak Baik : ≤ nilai 60																											
Skala Ukur	:	Ordinal																											

### 8. Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan

Definisi Operasional	:	Jawaban individu tentang pelaksanaan kegiatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam rangka memberikan penambahan pengetahuan dengan tujuan untuk mempengaruhi perilaku individu untuk berperan sebagai PMO yang baik
Cara Ukur	:	Wawancara

Alat Ukur	:	Kuesioner, nomor 8
Hasil Ukur	:	➤ Dapat Penyuluhan ➤ Tidak Dapat Penyuluhan
Skala Ukur	:	Ordinal



## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1. Desain Penelitian**

Penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian *observational* dengan rancangan penelitian *analytic cross sectional* dimana pengukuran variabel independen (paparan) dan variabel dependen (penyakit) dilakukan secara simultan. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh peran pengawas menelan obat dari anggota keluarga terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb berdasarkan hasil pengobatan sesuai catatan pengobatan di wilayah kota Pariaman, Sumatera Barat.

#### **4.2. Waktu dan Lokasi Penelitian**

Penelitian ini akan dilakukan di wilayah kota Pariaman, Provinsi Sumatera Barat. Lokasi ini dipilih karena masih terdapat banyak kasus Tb BTA positif di wilayah tersebut. Pelaksanaan penelitian ini dilakukan selama sebulan yaitu pada bulan Juni 2012.

#### **4.3. Populasi dan Sampel**

##### **4.3.1. Populasi**

Untuk mendukung kebaruan data maka populasi penelitian ini adalah semua PMO Tb dengan penderita TB berumur 15 tahun ke atas yang telah selesai menjalani pengobatan katagori 1 terhitung bulan Januari 2010 sampai dengan Desember 2011 di wilayah kota Pariaman, Sumatera Barat.

##### **4.3.2. Sampel**

Sampel merupakan bagian dari populasi (Nazir, 2005). Sampel dalam penelitian ini harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

Kriteria Inklusi Sampel adalah :

- a. Responden merupakan PMO dari penderita berumur 15 tahun ke atas dan telah selesai menjalani pengobatan katagori 1, selama Januari 2010-Desember 2011 di wilayah kota Pariaman
- b. PMO berasal dari anggota keluarga
- c. PMO diangkat berdasarkan kesepakatan penderita Tb dan petugas kesehatan puskesmas

Kriteria Eksklusi Sampel adalah :

- a. Responden menolak untuk diteliti
- b. Alamat tempat tinggal PMO tidak diketahui atau kini menetap di luar wilayah kota Pariaman, Sumatera Barat
- c. Responden meninggal

#### 4.3.3. Besar Sampel

Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus untuk pengujian hipotesis . Sesuai dengan desain penelitian di atas maka besar sampel akan dihitung menggunakan proporsi dari penelitian terkait yang pernah dilakukan dengan rumus sebagai berikut (Lemeshow, 1997):

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

Keterangan

- N : Besar sampel minimum pada kasus dan kontrol  
 P<sub>1</sub> : Proporsi terpajan pada kelompok sakit  
 P<sub>2</sub> : Proporsi terpajan pada kelompok tidak sakit  
 P :  $P = \frac{P_1 + P_2}{2}$   
 Z<sub>1-α/2</sub> : Derajat kepercayaan 95% (1,96)  
 Z<sub>1-β</sub> : Kekuatan Uji 80% (0,842)

Adapun hasil penelitian terkait dengan PMO dan kepatuhan pengobatan penderita Tb terangkum dalam tabel di bawah ini :

Tabel 4.1.  
Contoh Hasil Penelitian terkait Keaktifan PMO

Variabel	P1	P2	Jumlah Sampel	Penelitian
Pengetahuan	0,542	0,253	44	Arwida (2011)
Penyuluhan	0,614	0,422	106	Arwida (2011)

Penentuan besar sampel penelitian ini berdasarkan variabel penyuluhan kesehatan kepada PMO yang diambil dari penelitian terdahulu (Arwida, 2011). Berdasarkan perhitungan besar sampel tersebut maka diperoleh sampel sebanyak 106 responden. Untuk mengantisipasi adanya responden yang drop out maka sampel ditambah sekitar 7% sehingga besar sampel minimal yang dibutuhkan menjadi sebanyak 113 responden.

#### 4.3.4. Teknik Penarikan Sampel

Penelitian ini memerlukan teknik penarikan sampel dikarenakan sampel yang diambil dari populasi harus dapat "representatif" (mewakili) sehingga dapat diperoleh informasi yang cukup untuk mengestimasi populasnya. Dalam penelitian ini dipilih teknik *simple random sampling* dimana setiap unit populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sampel. Faktor pemilihan atau penunjukan sampel semata-mata atas pertimbangan peneliti harus dihindarkan untuk mencegah bias.

Menurut pernyataan yang disampaikan oleh petugas Tb di enam puskesmas di wilayah kota Pariaman menyatakan bahwa setiap penderita Tb yang terdaftar menjalani pengobatan diwajibkan memiliki satu orang PMO. Berdasarkan pernyataan tersebut maka diasumsikan bahwa jumlah PMO Tb sama dengan jumlah penderita Tb. Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

1. Mendata semua penderita Tb BTA positif yang terdaftar dalam Buku Register Puskesmas dalam wilayah kota Pariaman, Sumatera Barat.
2. Pemilihan sampel menggunakan tehnik *simple random sampling* berdasarkan daftar penderita Tb yang memiliki PMO dari tiap

puskesmas. Kemudian sampel dipilih dengan menggunakan tabel acak hingga jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi dan mewakili dari tiap wilayah Puskesmas Kecamatan yang berada di kota Pariaman, Sumatera Barat sebagai berikut :

- a. Puskesmas Naras
  - b. Puskesmas Pauh
  - c. Puskesmas Marunggi
  - d. Puskesmas Air Santok
  - e. Puskesmas Kampung Baru Padusunan
  - f. Puskesmas Kuritaji
3. Apabila dalam proses penelitian terdapat responden yang telah memenuhi persyaratan kriteria inklusif namun ternyata didapati kriteria eksklusif maka diperbolehkan untuk dikeluarkan dalam penelitian.
  4. Dalam rangka memenuhi jumlah sampel apabila di wilayah tersebut tidak ada penderita Tb yang memenuhi kriteria yang diinginkan maka dapat mengambil sampel dari wilayah lain untuk melengkapinya hingga memenuhi jumlah sampel minimal yang direncanakan.

#### **4.4. Tehnik Pengumpulan Data**

##### **4.4.1. Sumber Data**

Sumber data terbagi atas dua jenis yaitu data primer dan sekunder. Data primer adalah data responden yang diambil oleh peneliti dibantu oleh petugas pengumpul data melalui metode wawancara dengan alat bantu kuesioner. Guna menjaga kualitas data agar sesuai yang diharapkan maka sebelumnya peneliti akan melakukan *training* kepada petugas pengumpul data tentang cara melakukan wawancara dan mengisi kuesioner. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari kartu pengobatan Tb 01 puskesmas dan kartu kontrol PMO Tb tentang pelaksanaan kegiatan pengobatan TB bagi setiap penderita Tb yang diambil menjadi sampel.

#### 4.4.2. Instrumen

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya agar menjadi sistematis dan lebih mudah. Dalam penelitian ini dibantu dengan instrumen pengumpulan data yaitu berupa angket kuesioner sebanyak 17 pertanyaan (terlampir).

#### 4.5. Pengolahan Data

Proses pengolahan data meliputi *editing*, *coding*, *entry* dan *cleaning data* (Hastono, 2007) sebagai berikut:

##### 1. *Editing Data*

Peneliti melakukan pengecekan terhadap isian kuesioner dari aspek kelengkapan, kejelasan, relevansi, dan konsistensinya dari setiap jawaban yang terdapat pada kuesioner.

##### 2. *Coding Data*

Peneliti memberikan kode terhadap setiap jawaban yang diberikan dengan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka tujuan memudahkan pada saat analisis data dan mempercepat *entry data*. Kode yang diberikan sesuai dengan definisi operasional.

##### 3. *Entry Data*

Peneliti melakukan *entry data* dengan memasukkan isian kuesioner dalam computer untuk dapat dianalisis.

##### 4. *Cleaning Data*

Pembersihan data dilakukan untuk meyakinkan bahwa data yang akan dianalisis adalah data yang sebenarnya atau tidak salah dengan cara mengetahui data yang hilang, variasi dan konsistensi data. Setelah dipastikan tidak ada data yang salah maka dilanjutkan ke tahap analisis data.

#### 4.6. Analisis Data

Semua data yang telah dimasukkan selanjutnya dianalisa dan diinterpretasikan dengan bantuan program computer yaitu SPSS versi 15.

## 1. Analisis Data Univariat

Analisis univariat merupakan analisa untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel yang telah diteliti. Analisis ini berfungsi meringkas kumpulan data hasil pengukuran menjadi informasi yang sederhana (Hastono, 2007). Bentuk penyajian data menggunakan tabel distribusi frekuensi dan prosentase untuk data kategorik dan untuk data numerik dengan ditampilkan dari hasil perhitungan mean, median, standar deviasi dan minimal-maksimal (Dahlan, 2008).

## 2. Analisis Data Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk melihat hubungan antara variabel bebas karakteristik individu (tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status tempat tinggal, hubungan kekeluargaan, tingkat pengetahuan PMO Tb) dan peran PMO TB (pendampingan minum obat dan berobat ulang ke puskesmas) dengan variabel terikat yaitu kepatuhan pengobatan penderita TB. Analisis yang digunakan adalah dengan cara menghitung OR untuk menunjukkan odds yang terjadi pada kelompok sakit dibandingkan odds yang terjadi pada kelompok tidak sakit dengan derajat kepercayaan (CI) 95%,  $\alpha = 0,05$ . Tabel berikut menunjukkan cara penghitungan OR:

Tabel 4.2.  
Contoh Tabel Silang *Cross Sectional*

Faktor Risiko	Sakit	Tidak sakit	Jumlah
Terpapar	a	b	a+b
Tidak terpapar	c	d	c+d
Jumlah	a+c ( $n_1$ )	b+d ( $n_2$ )	N

Odds pemajanan pada kelompok Sakit:  $a/c$

Odds pemajanan pada kelompok Tidak sakit:  $b/d$

OR merupakan perbandingan antara odds pajanan pada kelompok kasus dan kontrol yaitu :  $\frac{a \times d}{b \times c}$

$$\frac{a \times d}{b \times c}$$

Interpretasi dari hasil perhitungan OR adalah (Saryono, 2008) :

- Bila  $OR = 1$  maka faktor yang diteliti bukanlah faktor risiko
- Bila  $OR > 1$  maka faktor yang diteliti merupakan faktor risiko terjadinya keluaran
- Bila  $OR < 1$  maka faktor yang diteliti merupakan faktor protektif terjadinya efek pada keluaran

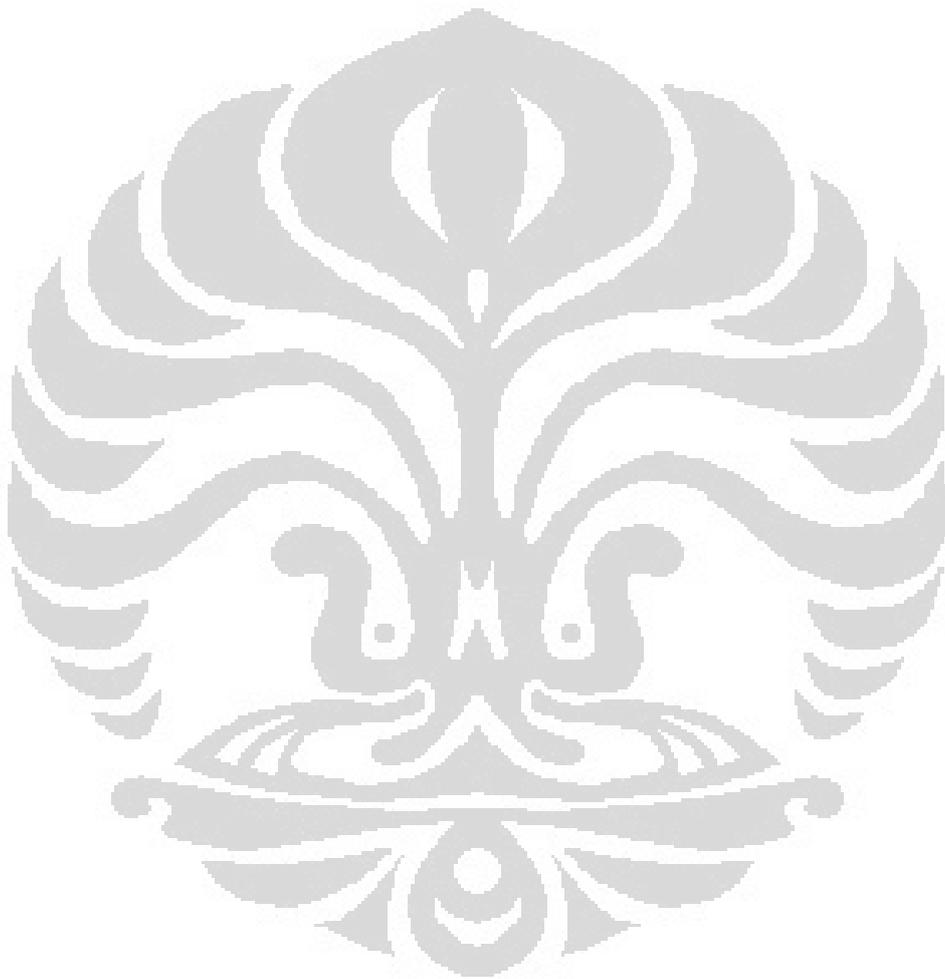
Nilai OR akan diikuti oleh 95% CI dan didampingi tes kemaknaan (p-value) pada masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat. Dikatakan bermakna jika nilai p kurang dari 0,05 (Dahlan, 2008).

### 3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui kekuatan hubungan antara variabel pajanan dengan keluaran. Sesuai dengan jenis data pada variabel bebas dan terikat maka analisa multivariat penelitian ini menggunakan regresi logistik karena variabel terikat dalam penelitian ini bersifat katagorik-dikotomik. Langkah analisa yang dilakukan yaitu sebagai berikut:

- a. Pemilihan variabel kandidat dari hasil analisis bivariat. Variabel dengan nilai  $p < 0,25$  dipertimbangkan untuk masuk dalam analisis
- b. Lakukan pemodelan lengkap yang mencakup variabel utama dan variabel kandidat terpilih untuk dimasukkan dalam model dan dilakukan analisis
- c. Pengujian interaksi dimulai dari model awal multivariat dimana yang dikatakan berinteraksi bila nilai  $p < 0,05$ . Variabel interaksi dengan nilai  $p > 0,05$  dikeluarkan secara bertahap (Hastono, 2007; Riyanto 2009)

- d. Penyusunan model akhir merupakan model analisis multivariat setelah dilakukan uji interaksi



## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1. Pelaksanaan Penelitian

Pengumpulan data penelitian ini dilaksanakan pada minggu 1 – 2 bulan Juni 2012 di wilayah kerja dari enam puskesmas di Kota Pariaman, Sumatera Barat, yaitu puskesmas Naras, Kuraitaji, Pauh, Air Santok, Marunggi, dan Kampung Baru Padusunan. Jumlah penderita Tb yang diambil secara acak sederhana sebanyak 113 orang yang sesuai dengan kriteria sampel agar dapat mewakili populasi. Adapun perinciannya sebagai berikut :

Tabel 5.1.  
Jumlah Penderita Tb Menurut Asal Puskesmas  
di Wilayah Kota Pariaman tahun 2010-2011

No	Nama Puskesmas	Jumlah Penderita Tb
1	Puskesmas Naras	20 orang
2	Puskesmas Kuraitaji	16 orang
3	Puskesmas Pauh	25 orang
4	Puskesmas Air Santok	7 orang
5	Puskesmas Marunggi	17 orang
6	Puskesmas Kampung Baru Padusunan	28 orang
	Total	113 orang

Setiap satu penderita Tb memiliki satu PMO. Masing-masing PMO ini yang menjadi responden penelitian untuk diwawancara dengan menggunakan kuesioner. Setiap PMO yang mendampingi penderita Tb dinilai terkait; peran PMO, tingkat pengetahuan PMO, penyuluhan dari tenaga kesehatan, karakteristik individu PMO seperti tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, status tempat tinggal, dan hubungan kekeluargaan. Setelah

data diperoleh maka selanjutnya dilakukan pengolahan data penelitian yang dilaksanakan pada minggu 3 – 4 bulan Juni 2012.

## **5.2. Keterbatasan Penelitian**

Pendampingan Minum Obat merupakan salah satu variabel penelitian ini yang pada akhirnya tidak dapat diukur disebabkan oleh tidak adanya bukti fisik Kartu Kontrol PMO Tb sebagai pendukung penilaian peran PMO Tb. Berdasarkan hasil wawancara dengan Petugas Tb di enam puskesmas di Kota Pariaman menyatakan bahwa keberadaan Kartu Kontrol PMO Tb belum berjalan di wilayah tersebut walaupun Buku Pegangan untuk PMO Tb sudah diberikan. Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas Tb di enam puskesmas di Kota Pariaman menyatakan pada saat pengambilan perbekalan obat, petugas Tb biasanya membagikan obat tahap berikutnya berdasarkan jawaban lisan penderita Tb bahwa sudah menghabiskan obat dan ketepatan jadwal saat mengambil obat tersebut.

## **5.3. Penyajian Hasil Penelitian : Analisis Univariat**

### **5.3.1. Gambaran tentang Karakteristik Individu pada PMO dari Anggota Keluarga**

Karakteristik individu yang terlihat dari penelitian ini terdiri dari Tingkat Pendidikan, Jenis Pekerjaan, Status Tempat Tinggal, dan Hubungan Kekeluargaan. Dari hasil kuesioner yang disebarkan kepada 113 responden PMO yang berasal dari anggota keluarga, didapat hasil sebagai berikut:

Tabel 5.2.  
Distribusi Responden berdasarkan Kepatuhan, Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan, Tingkat Pengetahuan, Pendampingan Berobat Ulang, dan Karakteristik Individu pada PMO dari Anggota Keluarga (n=113)

Variabel	Katagori	n	Persentase (%)
Kepatuhan	Tidak Patuh	45	39,8
Pengobatan	Patuh	68	60,2
Penyuluhan dari tenaga kesehatan	Tidak Dapat	24	21,2
	Dapat	89	78,8
Pengetahuan PMO Tb	Tidak Baik	49	43,4
	Baik	64	56,6
Pendampingan Berobat Ulang	Kurang Baik	45	39,8
	Baik	68	60,2
Tingkat Pendidikan	Rendah	70	61,9
	Tinggi	43	38,1
Status Pekerjaan	Tidak bekerja	59	52,2
	Bekerja	54	47,8
Tempat Tinggal	Tidak serumah	13	11,5
	Serumah	100	47,8
Hubungan Kekeluargaan	Kurang dekat	14	12,4
	Dekat	99	87,6

### 5.3.1.1. Tingkat Pendidikan

Berdasarkan pembagian jenis pendidikan yang dikelompokkan menjadi dua tingkatan yaitu kategori menjadi berpendidikan rendah (sampai dengan Tamat SMP) dan berpendidikan tinggi (Tamat SMA ke atas) maka gambaran hasilnya terlihat jumlah responden dengan berpendidikan rendah sebanyak 70 orang (61,9%) lebih besar daripada jumlah responden berpendidikan tinggi sebanyak 43 orang (38,1%). Lebih jelas lihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3.  
Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan  
di Kota Pariaman tahun 2010-2011

No.	Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
1	Pendidikan Rendah	70	61,9
2	Pendidikan Tinggi	43	38,1
	Total	113	100,0

### 5.3.1.2. Jenis Pekerjaan

Berdasarkan pembagian jenis pekerjaan responden maka diperoleh jumlah responden yang tidak bekerja ada sebanyak 59 orang (52,2%) lebih besar dibandingkan responden yang bekerja ada sebanyak 54 orang (47,8%). Lebih jelas lihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4.  
Distribusi Responden Menurut Jenis Pekerjaan  
di Kota Pariaman tahun 2010-2011

No.	Jenis Pekerjaan	Jumlah	Persentase(%)
1	Tidak Bekerja	59	52,2
2	Bekerja	54	47,8
	Total	113	100,0

### 5.3.1.3. Status Tempat Tinggal

Berdasarkan pembagian status tempat tinggal maka diperoleh jumlah responden yang serumah dengan penderita sebanyak 100 orang (88,5%) lebih besar dibandingkan jumlah responden yang tidak serumah dengan penderita sebanyak 13 orang (11,5%). Lebih jelas lihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5.  
Distribusi Responden Menurut Status Tempat Tinggal  
di Kota Pariaman tahun 2010-2011

No.	Tempat Tinggal	Jumlah	Persentase (%)
1	Tidak Serumah	13	11,5
2	Serumah	100	88,5
	Total	113	100,0

### 5.3.1.4. Hubungan Kekeluargaan

Berdasarkan pembagian hubungan keluarga maka diperoleh jumlah responden yang memiliki hubungan dekat dengan penderita Tb sebanyak 99 orang (87,6%) lebih besar dibandingkan jumlah responden yang kurang dekat dengan penderita Tb sebanyak 14 orang (12,4%). Lebih jelasnya lihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6.  
Distribusi Responden Menurut Hubungan Kekeluargaan  
di Kota Pariaman tahun 2010-2011

No.	Sifat Hubungan	Jumlah	Persentase (%)
1	Kurang Dekat	14	12,4
2	Dekat	99	87,6
	Total	113	100,0

### 5.3.2. Gambaran tentang Tingkat Pengetahuan PMO Tb

Berdasarkan hasil pengukuran dari tujuh butir pertanyaan yang diajukan kepada setiap 113 responden PMO yang berasal dari anggota keluarga maka diperoleh jumlah responden dengan tingkat pengetahuan baik sebanyak 64 orang (56,6%) lebih besar dibandingkan jumlah responden dengan tingkat pengetahuan tidak baik sebanyak 49 orang (43,4%). Lebih jelas lihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7.  
Distribusi Responden Menurut Tingkat Pengetahuan PMO Tb  
di Kota Pariaman tahun 2010-2011

No.	Tingkat Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
1	Tidak Baik	49	43,4
2	Baik	64	56,6
	Total	113	100,0

### 5.3.3. Gambaran Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan untuk PMO

Berdasarkan variabel penyuluhan dari tenaga kesehatan yang diajukan kepada setiap 113 responden PMO dari anggota keluarga maka diperoleh jumlah responden yang dapat penyuluhan dari tenaga kesehatan sebanyak 89 orang (78,8%) lebih besar dibandingkan jumlah responden yang tidak dapat penyuluhan dari tenaga kesehatan sebanyak 24 orang (21,2%). Lebih jelas lihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8.  
Distribusi Responden Menurut Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan  
di Kota Pariaman tahun 2010-2011

No.	Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan	Jumlah	Persentase (%)
1	Tidak Dapat	24	21,2
2	Dapat	89	78,8
	Total	113	100,0

### 5.3.4. Gambaran Pelaksanaan Peran PMO: Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas

Berdasarkan variabel pendampingan berobat ulang ke puskesmas yang diajukan kepada setiap 113 responden PMO dari anggota keluarga maka diperoleh jumlah responden yang melakukan pendampingan berobat ulang ke puskesmas dengan baik sebanyak 68 orang (60,2%), sedangkan yang melakukan pendampingan berobat ulang ke puskesmas dengan kurang baik sebanyak 45 orang (39,8%). Lebih jelas lihat pada 5.9.

Tabel 5.9.  
Distribusi Responden Menurut Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas di Kota Pariaman tahun 2010-2011

No.	Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas	Jumlah	Persentase(%)
1	Kurang Baik	45	39,8
2	Baik	68	60,2
	Total	113	100,0

## 5.4. Penyajian Hasil Penelitian : Analisis Bivariat

### 5.4.1. Pengaruh Tingkat Pendidikan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

Dari tabel 510. terlihat bahwa dari 70 responden PMO yang berpendidikan rendah (tidak sekolah sampai dengan Tamat SMP) memiliki 37 orang Penderita Tb Patuh dan 33 orang Penderita Tb Tidak Patuh. Sedangkan dari 43 responden yang berpendidikan tinggi mulai Tamat SMA ke atas) memiliki 31 orang Penderita Tb Patuh dan 12 orang Penderita Tb Tidak Patuh.

Tabel 5.10.  
Pengaruh Tingkat Pendidikan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan  
Penderita Tb di Kota Pariaman tahun 2010-2011

Variabel	Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb		p-value	OR	95% CI
	Tidak Patuh	Patuh			
Tingkat Pendidikan PMO					
• Berpendidikan Rendah	33	37	0,043	2,304	1,020 – 5,205
• Berpendidikan Tinggi	12	31			

Dari hasil *Chi-Square Tests* pada tabel 5.10. dapat dilihat bahwa nilai p-value untuk pengukuran hubungan antara variabel Tingkat Pendidikan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb sebesar **0,043 < 0,05**. Artinya terdapat hubungan antara Tingkat Pendidikan PMO dengan Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb. Lebih lanjut, dengan penilaian Odds Ratio sebesar **2,304**, berarti PMO yang berpendidikan tinggi memiliki kecenderungan 2,304 kali berpengaruh terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang berpendidikan rendah.

#### 5.4.2. Pengaruh Jenis Pekerjaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

Dari tabel 5.11. terlihat bahwa dari 59 responden PMO yang tidak bekerja memiliki 39 orang Penderita Tb Patuh dan 20 orang Penderita Tb Tidak Patuh. Sedangkan dari 54 responden yang bekerja memiliki 29 orang Penderita Tb Patuh dan 25 orang Penderita Tb Tidak Patuh.

Tabel 5.11.  
Pengaruh Jenis Pekerjaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan  
Penderita Tb di Kota Pariaman tahun 2010-2011

Variabel	Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb		p-value
	Tidak Patuh	Patuh	
Jenis Pekerjaan PMO			
• Tidak bekerja	20	39	0,179
• Bekerja	25	29	

Dari hasil *Chi-Square Tests* pada tabel 5.11. dapat dilihat bahwa p-value untuk pengukuran variabel Jenis Pekerjaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb sebesar **0,179 > 0,05**. Artinya tidak ada hubungan antara Jenis Pekerjaan PMO dengan Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb.

#### 5.4.3. Pengaruh Status Tempat Tinggal PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

Dari tabel 5.12. terlihat bahwa dari 100 responden PMO yang tinggal serumah memiliki 65 orang Penderita Tb Patuh dan 35 orang Penderita Tb Tidak Patuh. Sedangkan dari 13 responden tidak tinggal serumah memiliki 3 orang Penderita Tb Patuh dan 10 orang Penderita Tb Tidak Patuh.

Tabel 5.12.  
Pengaruh Status Tempat Tinggal PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan  
Penderita Tb di Kota Pariaman tahun 2010-2011

Variabel	Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb		p-value	OR	95% CI
	Tidak Patuh	Patuh			
Status Tempat Tinggal PMO					
• Tidak Serumah	10	3	0,004	6,190	1,598 – 23,977
• Serumah	35	65			

Dari hasil *Chi-Square Tests* pada tabel 5.12. dapat dilihat bahwa nilai *p-value* untuk pengukuran variabel Status Tempat Tinggal PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb sebesar  $0,004 < 0,05$ . Artinya ada hubungan antara Status Tempat Tinggal PMO dengan Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb. Lebih lanjut, dengan penilaian *Odds Ratio* sebesar **6,190**. Artinya PMO yang tinggal serumah dengan penderita Tb memiliki kecenderungan 6,190 kali lebih besar berpengaruh kepada kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan dengan responden yang tidak tinggal serumah.

#### 5.4.4. Pengaruh Hubungan Kekeluargaan terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

Dari tabel 5.13. terlihat bahwa dari 99 responden PMO yang memiliki hubungan dekat dengan penderita Tb memiliki 67 orang Penderita Tb Patuh dan 32 orang Penderita Tb Tidak Patuh. Sedangkan dari 14 responden PMO yang memiliki hubungan kurang dekat dengan penderita Tb memiliki 1 orang Penderita Tb Patuh dan 13 orang Penderita Tb Tidak Patuh.

Tabel 5.13.  
Pengaruh Hubungan Kekeluargaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb di Kota Pariaman tahun 2010-2011

Variabel	Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb		p-value	OR	95% CI
	Tidak Patuh	Patuh			
Hubungan Kekeluargaan PMO					
• Kurang Dekat	13	1	0,000	27,219	3,410 – 217,240
• Dekat	32	67			

Dari hasil *Chi-Square Tests* pada tabel 5.13. dapat dilihat bahwa nilai *p-value* untuk pengukuran variabel Hubungan Kekeluargaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb sebesar  $0,000 < 0,05$ . Artinya ada hubungan antara Hubungan Kekeluargaan PMO dan Penderita

Tb dengan Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb. Lebih lanjut, dengan penilaian *Odds Ratio* sebesar **27,219**. Artinya PMO yang memiliki hubungan kekeluargaan dekat dengan penderita Tb memiliki kecenderungan 27,219 lebih besar berpengaruh kepada kepatuhan penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang punya hubungan kekeluargaan kurang dekat.

#### 5.4.5. Pengaruh Tingkat Pengetahuan PMO Tb terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

Dari tabel 5.14. terlihat bahwa dari 99 responden PMO dengan Tingkat Pengetahuan Baik memiliki 44 orang Penderita Tb Patuh dan 20 orang Penderita Tb Tidak Patuh. Sedangkan dari 14 responden dengan Tingkat Pengetahuan Tidak Baik memiliki 24 orang Penderita Tb Patuh dan 25 orang Penderita Tb Tidak Patuh.

Tabel 5.14  
Pengaruh Tingkat Pengetahuan PMO Tb terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb di Kota Pariaman tahun 2010-2011

Variabel	Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb		p-value	OR	95% CI
	Tidak Patuh	Patuh			
Tingkat Pengetahuan PMO Tb					
• Tidak Baik	25	24	0,033	2,292	1,061 – 4,950
• Baik	20	44			

Dari hasil Chi-Square Tests pada tabel 5.14. dapat dilihat bahwa nilai p-value untuk pengukuran variabel Tingkat Pengetahuan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb sebesar **0,033 < 0,05**. Artinya ada hubungan antara Tingkat Pengetahuan PMO Tb dengan Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb. Lebih lanjut, dengan penilaian *Odds Ratio* sebesar **2,292** berarti PMO Tb dengan Tingkat Pengetahuan Baik memiliki kecenderungan 2,292 kali lebih besar berpengaruh terhadap

Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO dengan Tingkat Pengetahuan Kurang Baik.

#### 5.4.6. Pengaruh Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan untuk PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

Dari tabel 5.15. terlihat bahwa dari 89 responden PMO yang Dapat Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan memiliki 62 orang Penderita Tb Patuh dan 27 orang Penderita Tb Tidak Patuh. Sedangkan dari 24 responden yang Tidak Dapat Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan memiliki 6 orang Penderita Tb Patuh dan 18 orang Penderita Tb Tidak Patuh.

Tabel 5.15.  
Pengaruh Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan untuk PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb di Kota Pariaman tahun 2010-2011

Variabel	Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb		p-value	OR	95% CI
	Tidak Patuh	Patuh			
Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan untuk PMO					
• Tidak Dapat	18	6	0,000	6,889	2,463 – 19,268
• Dapat	27	62			

Dari hasil Chi-Square Tests pada tabel 5.15. dapat dilihat bahwa nilai p-value untuk pengukuran variabel Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan untuk PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb sebesar  $0,000 < 0,05$ . Artinya ada hubungan antara Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan untuk PMO dengan Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb. Lebih lanjut, dengan penilaian Odds Ratio sebesar **6,889**, berarti PMO yang dapat penyuluhan kesehatan dari tenaga kesehatan memiliki kecenderungan 6,889 kali lebih besar berpengaruh terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang tidak dapat penyuluhan dari tenaga kesehatan.

#### 5.4.7. Pengaruh Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

Dari tabel 5.16. terlihat bahwa dari 68 responden PMO yang melakukan Pendampingan Beobat Ulang ke Puskesmas Katagori Baik memiliki 57 orang Penderita Tb Patuh dan 11 orang Penderita Tb Tidak Patuh. Sedangkan dari 45 responden PMO yang melakukan Pendampingan Beobat Ulang ke Puskesmas Katagori Kurang Baik memiliki 11 orang Penderita Tb Patuh dan 34 orang Penderita Tb Tidak Patuh.

Tabel 5.16.  
Pengaruh Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb di Kota Pariaman tahun 2010-2011

Variabel	Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb		p-value	OR	95% CI
	Tidak Patuh	Patuh			
Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas					
• Kurang Baik	34	11	0,000	16,017	6,272 – 40,898
• Baik	11	57			

Dari hasil Chi-Square Tests pada tabel 5.16. dapat dilihat bahwa nilai p-value untuk pengukuran variabel Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas oleh PMO dari anggota keluarga terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb sebesar  $0,000 < 0,05$ . Artinya ada hubungan antara Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas dengan Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb. Lebih lanjut, dengan penilaian Odds Ratio sebesar **16,017** berarti PMO yang melakukan pendampingan berobat ulang ke puskesmas Katagori Baik memiliki kecenderungan 16,017 kali lebih besar berpengaruh terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang melakukan Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas Katagori Kurang Baik.

## 5.5 Penyajian Hasil Penelitian : Analisis Multivariat

Dalam rangka menilai mengetahui berapa besar peran atau kontribusi dari variabel independen terhadap variabel dependen dan juga untuk mengetahui variabel mana yang paling dominan mempengaruhi maka dilakukan analisa multivariat dengan menggunakan model regresi logistik. Pemilihan variabel bebas ini berdasarkan hasil yang didapat dari analisis bivariat pada bagian sebelumnya. Variabel-variabel yang memiliki p-value  $< 0.25$  digunakan sebagai kandidat untuk diikutsertakan dalam analisis multivariat.

Dari hasil analisis bivariat pada bagian sebelumnya terlihat bahwa semua variabel bebas dalam penelitian ini yang telah diujikan terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb memiliki p-value  $< 0.25$ , yaitu sebagai berikut :

1. Tingkat Pendidikan (p-value : 0,043)
2. Jenis Pekerjaan (p-value : 0,179)
3. Status Tempat Tinggal (p-value : 0.004)
4. Hubungan Kekeluargaan (p-value : 0.000)
5. Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan (p-value : 0.000)
6. Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas (p-value : 0.000), dan
7. Tingkat Pengetahuan PMO (p-value : 0.033)

Data di atas menjadikan semua variabel dalam penelitian ini masuk sebagai kandidat untuk diikutsertakan dalam analisis multivariat. Tahap selanjutnya adalah melakukan analisis multivariat dengan tahapannya sebagai berikut :

### 5.5.1. Tahap Pertama

Dari output pada tabel 5.17. terlihat bahwa ada variabel bebas yang memiliki nilai p-value  $> 0.05$ . Artinya model ini belum valid/signifikan. Selanjutnya variabel Status Tempat Tinggal, yang memilki p-value paling besar (0.880), dihilangkan dan dilakukan kembali analisis regresi logistik.

Tabel 5.17.  
Uji Interaksi Regresi Logistik Tahap Pertama  
Metode Backward

Variabel	B	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Pendidikan	1.212	.062	3.362	.941	12.010
Pekerjaan	.940	.116	.391	.121	1.263
Tempat Tinggal	.210	.880	1.234	.080	19.067
Hub. Kekeluargaan	1.785	.219	5.960	.345	102.857
Penyuluhan	.615	.501	1.850	.309	11.088
Pendampingan	3.245	.000	25.667	6.449	102.155
Pengetahuan	1.961	.005	7.109	1.814	27.861
Constant	-3.765	.011	.023		

### 5.5.2. Tahap Kedua

Dari output di atas terlihat bahwa masih ada variabel bebas yang memiliki nilai *p-value* > 0.05. Artinya model ini belum valid/signifikan. Selanjutnya variabel Penyuluhan, yang memiliki *p-value* paling besar (0.436), dihilangkan dan dilakukan kembali analisis regresi logistik.

Tabel 5.18.  
Uji Interaksi Regresi Logistik Tahap Kedua  
Metode Backward

Variabel	B	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Pendidikan	1.214	.062	3.365	.942	12.024
Pekerjaan	.934	.118	.393	.122	1.268
Hub. Kekeluargaan	1.902	.125	6.698	.589	76.120
Penyuluhan	.664	.436	1.942	.366	10.310
Pendampingan	3.244	.000	25.633	6.442	102.003
Pengetahuan	1.945	.005	6.991	1.817	26.897
Constant	-3.723	.010	.024		

### 5.5.3. Tahap Ketiga

Dari output di atas terlihat bahwa masih ada variabel bebas yang memiliki nilai p-value  $> 0.05$ . Artinya model ini belum valid/signifikan. Selanjutnya variabel Pekerjaan, yang memiliki p-value paling besar (0.107), dihilangkan dan dilakukan kembali analisis regresi logistik.

Tabel 5.19.  
Uji Interaksi Regresi Logistik Tahap Ketiga  
Metode Backward

Variabel	B	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Pendidikan	1.281	.048	3.600	1.011	12.820
Pekerjaan	.960	.107	.383	.119	1.232
Hub. Kekeluargaan	2.350	.036	10.485	1.162	94.587
Pendampingan	3.301	.000	27.142	6.946	106.064
Pengetahuan	1.931	.005	6.897	1.815	26.210
Constant	-3.594	.012	.027		

### 5.5.4. Tahap Keempat

Dari output di atas terlihat bahwa masih ada variabel bebas yang memiliki nilai p-value  $> 0.05$ . Artinya model ini belum valid/signifikan. Selanjutnya variabel Pendidikan, yang memiliki p-value paling besar (0.111), dihilangkan dan dilakukan kembali analisis regresi logistik.

Tabel 5.20.  
Uji Interaksi Regresi Logistik Tahap Keempat  
Metode Backward

Variabel	B	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Pendidikan	.947	.111	2.577	.804	8.259
Hub. Kekeluargaan	2.356	.033	10.548	1.207	92.215
Pendampingan	3.308	.000	27.319	7.092	105.246
Pengetahuan	1.902	.005	6.697	1.786	25.117
Constant	-4.852	.000	.008		

### 5.5.5. Tahap Kelima

Dari output di atas terlihat bahwa semua variabel bebas sudah memiliki nilai Sig. (p-value) < 0.05. Artinya model ini sudah valid/signifikan.

Tabel 5.21.  
Uji Interaksi Regresi Logistik Tahap Kelima  
Metode Backward

Variabel	B	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Hub. Kekeluargaan	2.416	.029	11.203	1.285	97.704
Pendampingan	3.228	.000	25.238	6.786	93.861
Pengetahuan	1.993	.003	7.341	1.985	27.145
Constant	-4.593	.000	.010		

Variabel yang paling dominan mempengaruhi Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb adalah Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas, Tingkat Pengetahuan PMO Tb, dan Hubungan Kekeluargaan dimana variabel **Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas** memiliki pengaruh paling besar. Dengan menggunakan hasil analisis multivariat pada tabel 5.20. maka diperoleh rumus *Logit Probability* sebagai berikut:

$$\ln(\text{Odds}) = -4.593 + (2.416 \times \text{Hub. Kekeluargaan}) + (3.228 \times \text{Pendampingan}) + (1.993 \times \text{Pengetahuan})$$

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1. Pembahasan Hasil Penelitian**

Kebijakan DOTS adalah alternatif pemecahan untuk mengendalikan Tb. Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan penderita dengan prioritas diberikan kepada penderita Tb tipe menular (BTA positif). Kegiatan ini diharapkan dapat memutuskan rantai penularan Tb sehingga pada akhirnya akan menurunkan insiden kasus Tb di masyarakat.

Salah satu komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung dimana PMO merupakan salah satu bentuk dari kegiatan pengawasan langsung tersebut. PMO adalah seseorang yang membantu penderita Tb untuk menjalani pengobatan dengan cara mengingatkan dan mengawasi untuk menelan obat dan memberi dorongan moril agar penderita Tb tidak berputus asa (PPTI, 2010).

Berdasarkan Kepmenkes No. 364/SK/Menkes/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis disebutkan bahwa sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan namun apabila petugas kesehatan tidak memungkinkan barulah dipilih kader kesehatan, guru, anggota PKK, anggota PPTI, tokoh masyarakat, atau anggota keluarga. Kenyataan di lapangan, sebagian besar penunjukkan PMO diarahkan kepada anggota keluarga sehingga peran PMO yang berasal dari anggota keluarga sangat berperan penting dalam mendukung kepatuhan pengobatan penderita Tb.

##### **6.1.1. Pengaruh Peran PMO yang Dilakukan oleh Anggota Keluarga terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb**

Peran PMO dilaksanakan dalam dua tahap yaitu saat pendampingan minum obat dan berobat ulang ke puskesmas namun dalam

penelitian ini yang akan dibahas lebih lanjut adalah pendampingan berobat ulang ke puskesmas. Kegiatan tersebut merupakan upaya pendampingan yang diberikan seorang PMO ketika menemani penderita Tb memenuhi jadwal yang tercantum dalam dokumen puskesmas seperti mengambil perbekalan OAT dan periksa ulang dahak.

Berdasarkan hasil penelitian yang tercantum dalam tabel 5.16. diperoleh nilai p-value untuk pengukuran variabel pendampingan berobat ulang ke puskesmas oleh PMO dari anggota keluarga terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb sebesar  $0,000 < 0,05$ . Hal itu menandakan adanya hubungan yang bermakna antara variabel pendampingan berobat ulang ke puskesmas dengan kepatuhan pengobatan penderita Tb. Hasil penelitian ini ternyata sejalan dengan beberapa hasil penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa memang benar keberadaan PMO terbukti secara ilmiah memiliki hubungan yang bermakna dengan kepatuhan pengobatan penderita Tb (Aisyah, 2002; Arwida, 2011; Darmawan, 2002; Istiawan, 2005; Wirdani, 2001). Khususnya PMO yang berasal dari anggota keluarga ternyata terbukti mampu memberikan pengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb (Manders et al., 2001; Widagdo, 2003) sebab keluarga menciptakan iklim yang lebih nyaman bagi penderita sendiri (Oey, 2007).

Lebih lanjut, dengan penilaian Odds Ratio sebesar **16,017** berarti hasil penelitian ini membuktikan bahwa PMO yang melakukan pendampingan berobat ulang ke puskesmas katagori baik memiliki kecenderungan 16,017 kali lebih besar berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang melakukan pendampingan berobat ulang ke puskesmas katagori kurang baik. Hasil pengukuran OR ini memperkuat hasil penelitian terdahulu dimana PMO yang tidak mampu berperan baik terkait pendampingan berobat ulang ke puskesmas mempunyai risiko 3,013 kali lipat untuk menyebabkan penderita tidak periksa ulang dahak pada fase akhir pengobatan (Sumarman, 2011).

Melalui analisis multivariat pada tingkat analisis berikutnya diperoleh hasil pemodelan variabel-variabel yang terbukti dominan mempengaruhi kepatuhan pengobatan penderita TB dimana variabel dominasi terbesar terletak pada variabel pendampingan berobat ulang ke puskesmas (25,238; p-value 0,000). Hasil analisis ini ternyata sejalan dengan pernyataan Sarafino (1990) dan Ley (1992) dimana strategi meningkatkan kepatuhan adalah melalui komunikasi yang baik, efektif, dan memuaskan antara petugas kesehatan dengan pasien dan strategi pendekatan perilaku seperti penguatan, pengelolaan diri, pengingat, pengawasan. Namun hasil pemodelan ini juga menyatakan bahwa peran pendampingan berobat ulang ke puskesmas oleh PMO dari anggota keluarga juga tidak akan mampu mendukung kepatuhan pengobatan penderita Tb apabila tidak dikontrol dengan variabel lainnya seperti tingkat pengetahuan PMO yang baik (7,341; p-value 0,003) dan atau hubungan kekeluargaan PMO dan Penderita Tb yang bersifat dekat (11,203; p-value 0,029).

#### **6.1.2. Pengaruh Tingkat Pengetahuan PMO Tb terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb**

Seperti yang telah dijelaskan di atas bahwa tingkat pengetahuan PMO Tb merupakan salah satu variabel yang sangat penting untuk ditingkatkan dalam rangka mendukung kepatuhan pengobatan penderita Tb. Berdasarkan hasil Chi-Square Tests pada tabel 5.14. dapat dilihat bahwa nilai p-value untuk pengukuran variabel tingkat pengetahuan PMO terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb sebesar  $0,033 < 0,05$ . Hal ini menandakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan PMO dengan kepatuhan pengobatan penderita Tb. Lebih lanjut, dengan penilaian Odds Ratio sebesar **2,292** berarti PMO dengan tingkat pengetahuan baik memiliki kecenderungan 2,292 kali lebih besar berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO dengan tingkat pengetahuan kurang baik. Hasil penelitian di atas sejalan dengan referensi yang menyatakan

determinan kepatuhan dapat ditentukan berdasarkan tingkat pengetahuan terkini tentang gambaran penyakit, gambaran proses rujukan, gambaran situasi fasilitas pelayanan kesehatan, dan gambaran terapi pengobatannya (Haynes, Taylor, & Sackett, 1979).

Beberapa hal yang menjadi catatan terkait pengetahuan yang perlu ditingkatkan kepada masyarakat di kota Pariaman adalah keyakinan PMO dari anggota keluarga yang menyatakan bahwa penyebab penyakit Tuberkulosis berasal dari perilaku merokok padahal berasal dari infeksi kuman. Selain itu cara minum OAT yang diyakini diminum saat perut kosong dapat memicu munculnya efek samping pengobatan seperti mual, muntah, dsb yang dapat menjadi faktor pencetus penderita Tb malas atau tidak mau minum obat lagi. Hasil penelitian sebelumnya menyatakan peran PMO dari anggota keluarga akan berjalan baik apabila terpapar pengetahuan tentang efek samping obat (Wirdani, 2001)

### **6.1.3. Pengaruh Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan untuk PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb**

Dari hasil Chi-Square Tests pada tabel 5.15. dapat dilihat bahwa nilai p-value untuk pengukuran variabel penyuluhan dari tenaga kesehatan untuk PMO terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb sebesar  $0,000 < 0,05$ . Hal ini menandakan adanya hubungan bermakna antara penyuluhan dari tenaga kesehatan untuk PMO dengan kepatuhan pengobatan penderita Tb. Lebih lanjut, dengan penilaian Odds Ratio sebesar **6,889**, berarti PMO yang dapat penyuluhan kesehatan dari tenaga kesehatan memiliki kecenderungan 6,889 kali lebih besar berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang tidak dapat penyuluhan dari tenaga kesehatan.

Hasil penelitian di atas sejalan dengan hasil penelitian lainnya yang menyatakan peran PMO keluarga akan berjalan baik apabila ditunjang dengan kunjungan rumah dan supervisi intensif dari tenaga kesehatan (Frieden & Sbarbaro, 2007) serta mendapatkan cukup pelatihan dan penyuluhan dari tenaga kesehatan (Wirdani, 2001)

#### 6.1.4. Pengaruh Karakteristik Individu yang Dimiliki PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

##### 6.1.4.1. Pengaruh Tingkat Pendidikan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

Berdasarkan hasil *Chi-Square Tests* pada tabel 5.10. dapat dilihat bahwa nilai p-value untuk pengukuran hubungan antara variabel tingkat pendidikan PMO terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb sebesar **0,043 < 0,05**. Hal ini menandakan adanya hubungan bermakna antara Tingkat Pendidikan PMO dengan Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb. Lebih lanjut, dengan penilaian Odds Ratio sebesar **2,304**, berarti PMO yang berpendidikan tinggi memiliki kecenderungan 2,304 kali berpengaruh terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang berpendidikan rendah. Siagian (2004) menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar keinginannya untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki. Ketidakpatuhan berobat lebih banyak terjadi pada penderita dengan tingkat pendidikan rendah (Salim, 2002; Wirdani, 2001)

##### 6.1.4.2. Pengaruh Jenis Pekerjaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

Dari hasil *Chi-Square Tests* pada tabel 5.11. dapat dilihat bahwa p-value untuk pengukuran variabel jenis pekerjaan PMO terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb sebesar **0,179 > 0,05**. Hal ini menandakan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan PMO dengan kepatuhan pengobatan penderita Tb. Dalam hipotesis penelitian ini sebelumnya dibunyikan bahwa PMO yang tidak bekerja memberikan pengaruh yang lebih besar terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan yang bekerja. Hipotesis ini dimunculkan dengan asumsi kualitas waktu memantau keteraturan pengobatan penderita Tb akan lebih banyak bagi responden yang tidak bekerja dibandingkan yang bekerja. Dengan munculnya fakta tidak ada hubungan bermakna antara jenis

pekerjaan PMO Tb dengan kepatuhan pengobatan penderita Tb dalam penelitian ini bisa disebabkan sifat homogenitas data penelitian dimana jumlah responden yang bekerja dengan yang tidak bekerja di kota Pariaman ini sama-sama menghasilkan jumlah penderita Tb yang patuh lebih banyak dibandingkan yang tidak patuh.

#### 6.1.4.3. Pengaruh Status Tempat Tinggal PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

Dari hasil *Chi-Square Tests* pada tabel 5.12. dapat dilihat bahwa nilai *p-value* untuk pengukuran variabel Status Tempat Tinggal PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb sebesar  $0,004 < 0,05$ . Hal ini menandakan adanya hubungan bermakna antara status tempat tinggal PMO dengan kepatuhan pengobatan penderita Tb. Lebih lanjut, dengan penilaian *Odds Ratio* sebesar **6,190**. Artinya PMO yang serumah dengan penderita Tb memiliki kecenderungan 6,190 kali lebih besar berpengaruh kepada kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan dengan responden yang tidak serumah. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian lainnya yang menyatakan bahwa peran PMO yang serumah memberikan pengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb (Salim, 2002). Kedua penelitian ini sebenarnya sesuai dengan kebijakan Pemerintah tentang pemilihan PMO Tb yaitu bertempat tinggal tidak jauh dari (PPTI, 2010).

#### 6.1.4.4. Pengaruh Hubungan Kekeluargaan PMO terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

Dari hasil *Chi-Square Tests* pada tabel 5.13. dapat dilihat bahwa nilai *p-value* untuk pengukuran variabel hubungan kekeluargaan PMO terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb sebesar  $0,000 < 0,05$ . Hal ini menandakan adanya hubungan bermakna antara hubungan kekeluargaan PMO dan penderita Tb dengan kepatuhan pengobatan penderita Tb. Lebih lanjut, dengan penilaian *Odds Ratio* sebesar **27,219**. Artinya PMO yang memiliki hubungan kekeluargaan dekat dengan penderita Tb memiliki kecenderungan 27,219 lebih besar berpengaruh kepada kepatuhan

penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang punya hubungan kekeluargaan kurang dekat. Hasil penelitian di atas sangat mendukung kebijakan Pemerintah tentang pemilihan PMO Tb dimana haruslah memenuhi persyaratan sebagai seseorang yang dikenal, dipercaya, disegani dan dihormati oleh penderita Tb, disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun penderita Tb, dipilih anggota keluarga terdekat (PPTI, 2010).

## **6.2. Implikasi Hasil Penelitian dan kaitannya dengan Kebijakan DOTS**

### **6.2.1. Masalah Penelitian**

Hasil penelitian di atas memberikan bukti ilmiah bahwa kebijakan DOTS merupakan alternatif pemecahan masalah yang masih efektif untuk mengendalikan penyakit Tb sampai dengan saat ini. Situasi pemilihan PMO di Indonesia yang sebagian besar pemilihannya berasal dari anggota keluarga padahal dalam kebijakannya sendiri prioritas utama diarahkan kepada petugas kesehatan. Dalam rangka meningkatkan efektifitas peran PMO maka saat pemilihan PMO yang berasal dari anggota keluarga tidak bisa ditentukan secara umum namun harus memiliki kriteria tertentu yang bisa membantu petugas kesehatan dalam memilih PMO yang laik untuk penderita Tb sebelum yang bersangkutan menjalani pengobatan OAT.

Berdasarkan hasil penelitian ini melalui analisis multivariat telah dibangun suatu pemodelan pemilihan PMO dari anggota keluarga, dimana yang dikatakan efektif memberikan kontribusi terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb apabila antara komitmen menjalankan peran PMO dikombinasikan dengan tingkat pengetahuan yang baik dan hubungan kekeluargaan PMO dan penderita Tb yang cukup dekat. Pemodelan ini merupakan salah satu cara menentukan siapa yang seharusnya ditunjuk untuk menjadi PMO bagi penderita Tb apabila tujuan akhirnya adalah mendukung kepatuhan pengobatan penderita Tb.

### 6.2.2. Metodologi Penelitian

Desain penelitian ini memberikan informasi tentang sejauh mana pengaruh peran PMO yang berasal dari anggota keluarga mempengaruhi kepatuhan pengobatan penderita Tb. Penelitian jenis ini dapat diterapkan oleh pelaksana implementasi kebijakan DOTS dalam rangka mengukur efektivitas peran PMO di wilayahnya masing-masing.

### 6.2.3. Ilmu Pengetahuan

Agar implemementasi kebijakan kesehatan dapat berjalan baik maka perlu mempertimbangkan situasi dan perkembangan ipoleksosbudhankam di wilayahnya masing-masing. Khususnya di Indonesia, dengan gambaran letak geografis terdiri dari kepulauan dan laut, latar belakang ekonomi yang sebagian besar penderita berasal dari keluarga miskin, serta latar belakang ideologi, sosial dan budaya yang sangat kental dengan agama dan kekeluargaan maka sangatlah dimungkinkan akan ada banyak PMO yang berasal dari anggota keluarga dibandingkan dari pihak lain.

Untuk itu, berdasarkan penelitian di atas maka peran PMO yang berasal dari anggota keluarga perlu mendapat perhatian khusus dalam penetapan kebijakan kesehatan, khususnya dalam kebijakan DOTS sebab anggota keluarga memiliki pemahaman yang tidak selalu sama dengan tenaga kesehatan.

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1. Kesimpulan

1. PMO yang melakukan pendampingan berobat ulang ke puskesmas katagori baik memiliki kecenderungan 16,017 kali lebih besar berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang melakukan pendampingan berobat ulang ke puskesmas katagori kurang baik
2. PMO dengan tingkat pengetahuan baik memiliki kecenderungan 2,292 kali lebih besar berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO dengan tingkat pengetahuan kurang baik.
3. PMO yang dapat penyuluhan kesehatan dari tenaga kesehatan memiliki kecenderungan 6,889 kali lebih besar berpengaruh terhadap kepatuhan pengobatan penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang tidak dapat penyuluhan dari tenaga kesehatan.
4. PMO yang berpendidikan tinggi memiliki kecenderungan 2,304 kali berpengaruh terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang berpendidikan rendah
5. PMO yang serumah dengan penderita Tb memiliki kecenderungan 6,190 kali lebih besar berpengaruh kepada kepatuhan pengobatan penderita Tb dibandingkan dengan responden yang tidak serumah.
6. PMO yang memiliki hubungan kekeluargaan dekat dengan penderita Tb memiliki kecenderungan 27,219 lebih besar berpengaruh kepada kepatuhan penderita Tb jika dibandingkan dengan PMO yang punya hubungan kekeluargaan kurang dekat.

7. Peran pendampingan berobat ulang ke puskesmas oleh PMO dari anggota keluarga juga tidak akan mampu mendukung kepatuhan pengobatan penderita Tb apabila tidak diiringi oleh variabel lainnya seperti tingkat pengetahuan PMO yang baik (7,341; p-value 0,003) dan atau hubungan kekeluargaan PMO dan Penderita Tb yang bersifat dekat (11,203; p-value 0,029).
8. Tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan PMO dengan kepatuhan pengobatan penderita Tb (p-value 0,179 > 0,05)

## **7.2. Saran**

### **7.2.1. Pemangku Kepentingan**

1. Dalam rangka meningkatkan efektivitas pengawasan pengobatan penderita Tb di Indonesia dimana penunjukkan PMO sebagian besar diarahkan ke anggota keluarga maka perlu dilakukan reformulasi kebijakan pengendalian Tb terkait kriteria pemilihan PMO yang berasal dari anggota keluarga
2. Adanya hubungan yang sangat bermakna antara tingkat pengetahuan PMO yang berasal dari anggota keluarga dengan kepatuhan pengobatan penderita Tb maka perlu disusun standar pelatihan untuk PMO dalam rangka meningkatkan kemampuan kognitifnya

### **7.2.2. Puskesmas**

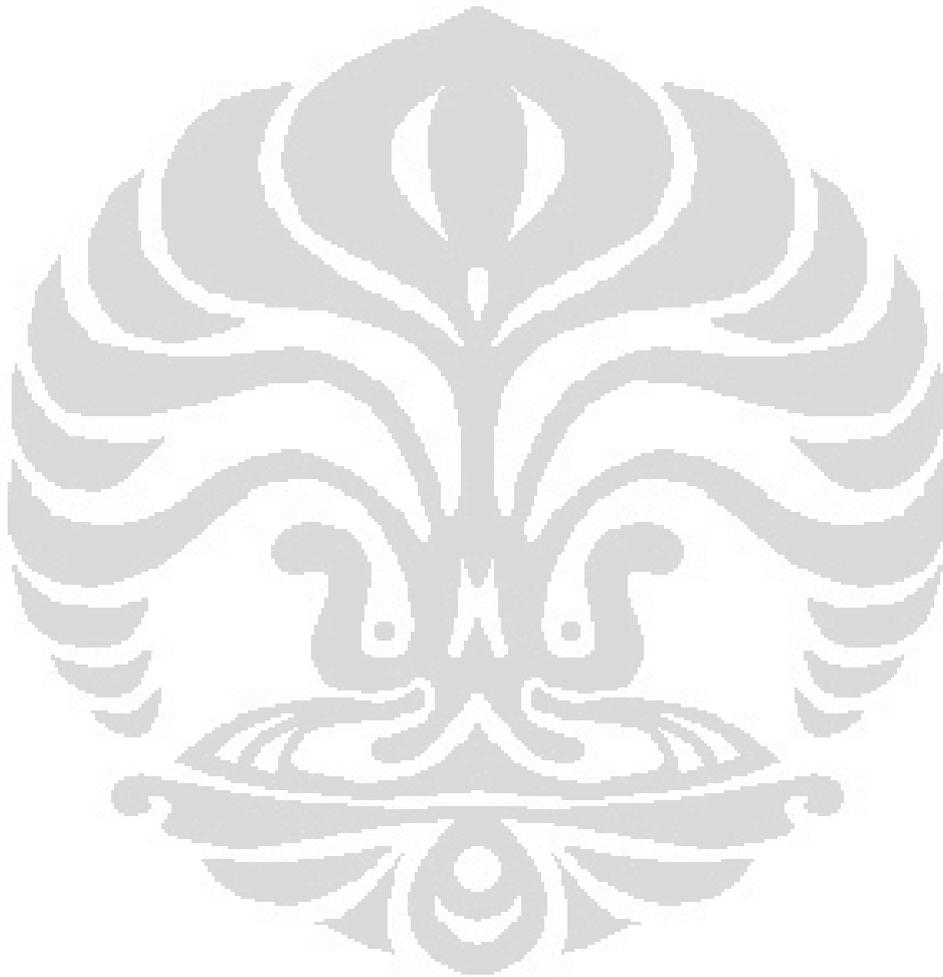
1. Pemilihan PMO sebaiknya diarahkan kepada anggota keluarga yang memiliki hubungan dekat dengan penderita Tb dan mampu melakukan pendampingan berobat ulang ke puskesmas
2. Peran tenaga kesehatan di puskesmas sangat penting dalam rangka memberikan penyuluhan kesehatan kepada pelaku PMO agar tugas pengawasan pengobatan Tb dapat berjalan dengan baik

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. Y. (2006). Perkembangan Teknologi, Perkembangan Kuman. *Jurnal Tuberkulosis Indonesia*, 3.
- Aisyah. (2002). *Persepsi, Pengetahuan TB dan Pengawas Menelan Obat Dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru di Puskesmas Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur Tahun 2001* Universitas Indonesia, Depok.
- Arwida. (2011). *Hubungan Pengetahuan Penderita tentang TB dan Persepsi Penderita tentang Keaktifan PMO dengan Kepatuhan Penderita TB menjalani Pengobatan di Kabupaten Merangin Tahun 2009-2010*. Pasca Sarjana, Universitas Indonesia, Depok.
- Dahlan, M. S. (2008). *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan: Berdasarkan Prinsip IKVE 1741* (1 ed.). Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Darmawan, A. (2002). *Hubungan Keberadaan Pengawas Menelan Obat dengan Keteraturan Minum Obat Penderita Tuberkulosis Paru di Kabupaten Kerinci Tahun 2001* Universitas Indonesia, Depok.
- Daulay, G. (2009). 7.514 Orang di Sumbar Menderita TBC. *Berita Kesehatan* Retrieved 31 Januari 2009, from <http://www.padang-today.com>
- Depkes. (2007a). *Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007*. Jakarta: Depkes R.I.
- Depkes. (2007b). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Depkes R.I.
- Depkes. (2010a). *Laporan Hasil Riskesdas 2010*. Jakarta: Kementerian Kesehatan R.I. .
- Depkes. (2010b). *Profil Kesehatan Indonesia 2009*. Jakarta: Kementerian Kesehatan R.I.
- Depkes. (2010c, Desember 2010). *Setahun Kinerja Kemenkes*. *Mediakom*, 27.
- Frieden, T. R., & Sbarbaro, J. A. (2007). Promoting adherence to treatment for tuberculosis : the importance of direct observation. *Bulletin of the World Health Organization*, 85.
- Guilbert, S. S. (1977). *Education Handbook For Health*. Geneva: WHO Press.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore and London: The Jhon Hopkins University Press.
- Ilyas, Y. (2001). *Kinerja : Teori, Penilaian dan Penelitian* (2 ed.). Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Istiawan, R. (2005). *Hubungan Peran Pengawas Minum Obat oleh Keluarga dan Petugas Kesehatan terhadap Pengetahuan, Perilaku Pencegahan, dan Kepatuhan klien TBC dalam Konteks Keperawatan Komunitas di Kabupaten Wonosobo*. Pasca Sarjana, Universitas Indonesia, Depok.
- Manders, A., Banerjee, A., Borne, H. v. d., Harries, A., Kok, G., & Salanipo, F. (2001). Can guardians supervise TB treatment as well as health workers? A study on adherence during the intensive phase. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases* 5, 838-842.

- Nazir, M. (2005). *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo. (1998). *Pengembangan Sumber Daya Manusia* (2 ed.). Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Oey, L. (2007). *Family matters. How patients and treatment supporters experience directly observed TB treatment in Kota Bogor, Indonesia*. The Amsterdam Master's in Medical Anthropology, University of Amsterdam.
- Padek. (2012). TBC Ancam Warga Pesisir Retrieved 31/05/2012, from <http://padangekspres.co.id/>
- PPTI. (2010a). *Buku Saku Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia (PPTI)*. Jakarta: Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia (PPTI).
- PPTI. (2010b). Seminar Sehari Penanggulangan TB-MDR. *PPTI. Media Komunikasi dan Informasi Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia*.
- . Profil Kesehatan Kota Pariaman. (2010). Pariaman: Dinas Kesehatan Kota Pariaman.
- R, J., & R, L. (2010). *Keperawatan Keluarga : plus contoh aspek keluarga* (1 ed.). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Salim, I. (2002). *Hubungan Persepsi Penderita terhadap Peran Pengawas Menelan Obat dengan Kepatuhan Penderita TB Paru Berobat di Kota Padang Tahun 2001* Universitas Indonesia, Depok.
- Sihotang, A. D. (2007). *Hubungan Status Pengawas Menelan Obat dengan Keteraturan Mengambil Obat Anti Tuberkulosis pada Penderita Tuberkulosis Paru Baru di Kabupaten Sanggau Tahun 2005* Universitas Indonesia, Depok.
- Sumarman. (2011). *Hubungan Peran PMO dengan Kepatuhan Periksa Ulang Dahak pada Fase Akhir Pengobatan Penderita TB Paru Dewasa di Kabupaten Bangkalan tahun 2010* Pasca Sarjana, Universitas Indonesia, Depok.
- Wahyuningsih. (2004). *Analisis Kinerja Nakes Sebagai Pengawas Menelan Obat (PMO) Penderita Tuberkulosis Di Kabupaten Lampung Selatan*. Universitas Indonesia, Depok.
- WHO. (2002). *A Guide for Tuberculosis Treatment Supporters*. Geneva: WHO Press.
- WHO. (2010a). Global Health Observatory. *MDG 6 : Combat Tuberculosis* Retrieved Januari 9, 2010, from <http://www.who.int/gho/mdg/diseases/tuberculosis/en/index.html>
- WHO. (2010b). *The Global Plan To Stop TB 2011 - 2015 : Transforming The Fight Towards Elimination of Tuberculosis*. Geneva: WHO Press.
- WHO. (2010c). *Treatment Of Tuberculosis Guidelines* (4 ed.). Geneva: WHO Press.
- WHO. (2010d). *World Health Statistic 2010*. Geneva.
- Widagdo, W. (2003). *Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Penderita Mengenai Pengobatan Tuberkulosis dalam Konteks Keperawatan Komunitas di Wilayah Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2002*. Universitas Indonesia, Depok.

- Widyaningsih, N. (2004). *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Praktek Pengawas Menelan Obat (PMO) Penderita Tuberkulosis Paru di Kota Semarang*. Magister Promosi Kesehatan Program Pasca Sarjana, Universitas Diponegoro, Semarang.
- Wirdani. (2001). *Hubungan Keberadaan Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan Keteraturan Minum Obat Fase Intensif Penderita TB Paru di Puskesmas Kabupaten Pandeglang Tahun 2000* Universitas Indonesia, Depok.
- Zuliani, I. (2010). *Pengaruh Karakteristik Individu, Faktor Pelayanan Kesehatan, dan Faktor Peran PMO terhadap Tingkat Kepatuhan Penderita TB Paru dalam Pengobatan di Puskesmas Pekan Labuhan Kota Medan Tahun 2009*. Universitas Sumatera Utara, Medan.



## HASIL OUTPUT PENGOLAHAN DATA SPSS

### 1. Uji Validitas dan Reliabilitas

Ada dua syarat penting yang berlaku pada suatu angket/kuesioner, yaitu keharusan suatu angket/kuesioner untuk **Valid** dan **Reliabel**. Suatu angket/kuesioner dikatakan **Valid** (sah) jika pertanyaan pada angket/kuesioner tersebut mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh angket/kuesioner tersebut. Sedangkan suatu angket/kuesioner dikatakan **Reliabel** jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan dalam angket/kuesioner tersebut konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Analisis dimulai dengan menguji reliabilitas terlebih dahulu, baru diikuti oleh uji validitas. Jika suatu angket/kuesioner tidak reliabel, berarti angket/kuesioner tersebut juga tidak valid. Namun angket/kuesioner yang reliabel belum tentu valid pada semua butir pertanyaannya. Pada pengujian ini diambil sampel sebanyak 30 responden. Jika nanti semua butir pertanyaan reliabel dan valid, maka penelitian bisa dilanjutkan dengan menyebar kuesioner dengan jumlah sampel yang lebih besar lagi.

#### Hasil Uji untuk Tingkat Pengetahuan PMO Tb

##### a. Uji Reliabilitas

###### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.773	7

Karena nilai Alpha Cronbach ( $\alpha$ ) = **0.773** bernilai positif dan lebih besar 0.7, maka butir-butir pertanyaan dari kuesioner tersebut terbukti **reliabel**.

## b. Uji Validitas

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a9	4.30	2.769	.482	.749
a10	4.03	2.999	.584	.732
a11	4.00	3.310	.373	.767
a12	4.03	3.137	.458	.753
a13	4.17	2.902	.465	.751
a14	4.50	2.603	.600	.721
a15	4.37	2.654	.548	.734

Butir-butir pertanyaan dinyatakan valid jika nilai  $r$  positif dan nilai  $r > r$  tabel. Dalam tabel output SPSS, nilai  $r$  ditunjukkan pada kolom *Corrected Item-Total Correlation*. Dari tabel di atas terlihat bahwa semua butir pertanyaan yang berjumlah 7 memiliki nilai  $r$  positif. Dan semua butir pertanyaan memiliki nilai  $r > 0.361$  ( $r$  tabel untuk  $n = 30$ ). Jadi bisa dikatakan butir-butir pertanyaan tersebut valid.

## Hasil Uji untuk Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas

### a. Uji Reliabilitas

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.843	2

Karena nilai Alpha Cronbach ( $\alpha$ ) = **0.843** bernilai positif dan lebih besar 0.7, maka butir-butir pertanyaan dari kuesioner tersebut terbukti **reliabel**.

### b. Uji Validitas

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a16	1.43	.254	.729	
a17	1.43	.254	.729	

Dari tabel di atas terlihat bahwa semua butir pertanyaan memiliki nilai r positif. Dan semua butir pertanyaan memiliki nilai  $r > 0.361$  (r tabel). Jadi semua butir pertanyaan valid.

## 2. Analisis Univariat

### Karakteristik Responden

#### Statistics

	Tingkat Pendidikan	Pendidikan	Pekerjaan	Tempat Tinggal	Hubungan Kekeluargaan
N Valid	113	113	113	113	113
Missing	0	0	0	0	0

#### a. Tingkat Pendidikan

##### Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	5	4.4	4.4	4.4
Tamat SD	32	28.3	28.3	32.7
Tamat SMP	33	29.2	29.2	61.9
Tamat SMA	36	31.9	31.9	93.8
Tamat PT	7	6.2	6.2	100.0
Total	113	100.0	100.0	

##### Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rendah	70	61.9	61.9	61.9
Tinggi	43	38.1	38.1	100.0
Total	113	100.0	100.0	

#### b. Jenis Pekerjaan

##### Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Bekerja	59	52.2	52.2	52.2
Bekerja	54	47.8	47.8	100.0
Total	113	100.0	100.0	

**c. Status Tempat Tinggal**

**Tempat Tinggal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Serumah	13	11.5	11.5	11.5
	Tinggal Serumah	100	88.5	88.5	100.0
	Total	113	100.0	100.0	

**d. Hubungan Kekeluargaan**

**Hubungan Kekeluargaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Dekat	14	12.4	12.4	12.4
	Dekat	99	87.6	87.6	100.0
	Total	113	100.0	100.0	

**Statistics**

		Penyuluhan	Pendampingan Berobat Ulang	Pengetahuan TB & OAT	Kepatuhan
N	Valid	113	113	113	113
	Missing	0	0	0	0

**e. Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan**

**Penyuluhan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Dapat	24	21.2	21.2	21.2
	Dapat	89	78.8	78.8	100.0
	Total	113	100.0	100.0	

**f. Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas**

**Pendampingan Berobat Ulang**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	45	39.8	39.8	39.8
	Baik	68	60.2	60.2	100.0
	Total	113	100.0	100.0	

**g. Pengetahuan PMO Tb**

**Pengetahuan TB & OAT**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Baik	49	43.4	43.4	43.4
	Baik	64	56.6	56.6	100.0
	Total	113	100.0	100.0	

**h. Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb**

**Kepatuhan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Patuh	45	39.8	39.8	39.8
	Patuh	68	60.2	60.2	100.0
	Total	113	100.0	100.0	

### 3. Analisis Bivariat

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pendidikan * Kepatuhan	113	100.0%	0	.0%	113	100.0%
Pendidikan * Kepatuhan	113	100.0%	0	.0%	113	100.0%
Pekerjaan * Kepatuhan	113	100.0%	0	.0%	113	100.0%
Tempat Tinggal * Kepatuhan	113	100.0%	0	.0%	113	100.0%
Hubungan Kekeluargaan * Kepatuhan	113	100.0%	0	.0%	113	100.0%

#### a. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

			Kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	Count	3	2	5
		% within Tingkat Pendidikan	60.0%	40.0%	100.0%
	Tamat SD	Count	16	16	32
		% within Tingkat Pendidikan	50.0%	50.0%	100.0%
	Tamat SMP	Count	14	19	33
		% within Tingkat Pendidikan	42.4%	57.6%	100.0%
	Tamat SMA	Count	9	27	36
		% within Tingkat Pendidikan	25.0%	75.0%	100.0%
	Tamat PT	Count	3	4	7
		% within Tingkat Pendidikan	42.9%	57.1%	100.0%
Total		Count	45	68	113
		% within Tingkat Pendidikan	39.8%	60.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.653(a)	4	.227
Likelihood Ratio	5.809	4	.214
Linear-by-Linear Association	3.717	1	.054
N of Valid Cases	113		

a. 4 cells (40.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.99.

### Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for Tingkat Pendidikan (Tidak Sekolah / Tamat SD)	(a)

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.

### Pendidikan \* Kepatuhan Crosstab

			Kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Pendidikan Rendah	Count		33	37	70
	% within Pendidikan		47.1%	52.9%	100.0%
Tinggi	Count		12	31	43
	% within Pendidikan		27.9%	72.1%	100.0%
Total	Count		45	68	113
	% within Pendidikan		39.8%	60.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.113(b)	1	.043		
Continuity Correction(a)	3.349	1	.067		
Likelihood Ratio	4.207	1	.040		
Fisher's Exact Test				.050	.033
Linear-by-Linear Association	4.076	1	.043		
N of Valid Cases	113				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.12.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Upper	Lower
Odds Ratio for Pendidikan (Rendah / Tinggi)	2.304	1.020	5.205
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.689	.984	2.901
For cohort Kepatuhan = Patuh	.733	.549	.979
N of Valid Cases	113		

### b. Penyuluhan dari Tenaga Kesehatan

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Penyuluhan * Kepatuhan	113	100.0%	0	.0%	113	100.0%
Pendampingan Berobat Ulang * Kepatuhan	113	100.0%	0	.0%	113	100.0%
Pengetahuan TB & OAT * Kepatuhan	113	100.0%	0	.0%	113	100.0%

### Crosstab

			Kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Penyuluhan	Tidak Dapat	Count	18	6	24
		% within Penyuluhan	75.0%	25.0%	100.0%
	Dapat	Count	27	62	89
		% within Penyuluhan	30.3%	69.7%	100.0%
Total		Count	45	68	113
		% within Penyuluhan	39.8%	60.2%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.734(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	13.926	1	.000		
Likelihood Ratio	15.707	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	15.595	1	.000		
N of Valid Cases	113				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.56.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penyuluhan (Tidak Dapat / Dapat)	6.889	2.463	19.268
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	2.472	1.673	3.653
For cohort Kepatuhan = Patuh	.359	.177	.727
N of Valid Cases	113		

**c. Pendampingan Berobat Ulang ke Puskesmas**

**Crosstab**

			Kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Pendampingan Berobat Ulang	Kurang Baik	Count	34	11	45
		% within Pendampingan Berobat Ulang	75.6%	24.4%	100.0%
	Baik	Count	11	57	68
		% within Pendampingan Berobat Ulang	16.2%	83.8%	100.0%
Total		Count	45	68	113
		% within Pendampingan Berobat Ulang	39.8%	60.2%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	39.842(b)	1	.000		
Continuity Correction(a)	37.403	1	.000		
Likelihood Ratio	41.692	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	39.490	1	.000		
N of Valid Cases	113				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17.92.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Upper	Lower
Odds Ratio for Pendampingan Berobat Ulang (Kurang Baik / Baik)	16.017	6.272	40.898
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	4.671	2.652	8.226
For cohort Kepatuhan = Patuh	.292	.173	.493
N of Valid Cases	113		

**d. Tingkat Pengetahuan PMO Tb**

**Crosstab**

			Kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Pengetahuan TB & OAT	Tidak Baik	Count	25	24	49
		% within Pengetahuan TB & OAT	51.0%	49.0%	100.0%
	Baik	Count	20	44	64
		% within Pengetahuan TB & OAT	31.3%	68.8%	100.0%
Total		Count	45	68	113
		% within Pengetahuan TB & OAT	39.8%	60.2%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.527(b)	1	.033		
Continuity Correction(a)	3.739	1	.053		
Likelihood Ratio	4.530	1	.033		
Fisher's Exact Test				.052	.027
Linear-by-Linear Association	4.486	1	.034		
N of Valid Cases	113				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19.51.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Upper	Lower
Odds Ratio for Pengetahuan TB & OAT (Tidak Baik / Baik)	2.292	1.061	4.950
For cohort Kepatuhan = Tidak Patuh	1.633	1.036	2.574
For cohort Kepatuhan = Patuh	.712	.512	.991
N of Valid Cases	113		

#### 4. Analisis Multivariat

### Logistik Regresi Kepatuhan Pengobatan Penderita Tb

#### Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	113	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	113	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		113	100.0

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

#### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Patuh	0
Patuh	1

#### Block 0: Beginning Block

#### Classification Table(a,b)

Observed	Kepatuhan	Predicted		Percentage Correct
		Kepatuhan		
		Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Step 0	Tidak Patuh	0	45	.0
	Patuh	0	68	100.0
Overall Percentage				60.2

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

#### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper
Step 0 Constant	.413	.192	4.615	1	.032	1.511

### Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	didik2	4.113	1	.043
		kerja	1.808	1	.179
		tinggal	8.437	1	.004
		keluarga	18.755	1	.000
		penyuluhan	15.734	1	.000
		pendampingan	39.842	1	.000
		pengetahuan	4.527	1	.033
		Overall Statistics	55.445	7	.000

### Block 1: Method = Enter

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	67.694	7	.000
	Block	67.694	7	.000
	Model	67.694	7	.000

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	84.243(a)	.451	.610

a Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

#### Classification Table(a)

Observed			Predicted		
			Kepatuhan		Percentage Correct
			Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Step 1	Kepatuhan	Tidak Patuh	31	14	68.9
		Patuh	8	60	88.2
Overall Percentage					80.5

a The cut value is .500

### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1(a) didik2	1.212	.650	3.483	1	.062	3.362	.941	12.010
kerja	.940	.599	2.466	1	.116	2.561	.792	8.279
tinggal	.210	1.397	.023	1	.880	1.234	.080	19.067
keluarga	1.785	1.453	1.509	1	.219	5.960	.345	102.857
penyuluhan	.615	.914	.453	1	.501	1.850	.309	11.088
pendampingan	3.245	.705	21.204	1	.000	25.667	6.449	102.155
pengetahuan	1.961	.697	7.921	1	.005	7.109	1.814	27.861
Constant	-5.645	1.406	16.114	1	.000	.004		

a Variable(s) entered on step 1: didik2, kerja, tinggal, keluarga, penyuluhan, pendampingan, pengetahuan.

### Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	113	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	113	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		113	100.0

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

### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Patuh	0
Patuh	1

### Block 0: Beginning Block

### Classification Table(a,b)

		Predicted		
		Kepatuhan		Percentage Correct
Observed		Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
	Step 0	Kepatuhan	0	45
	Tidak Patuh	0	68	100.0
Overall Percentage				60.2

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

### Variables in the Equation

	B	S.E.		Wald		df	Sig.		Exp(B)
		Lower	Upper	Lower	Upper		Lower	Upper	
Step 0 Constant	.413		.192	4.615		1		.032	1.511

### Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	didik2	4.113	1	.043
		kerja	1.808	1	.179
		keluarga	18.755	1	.000
		penyuluhan	15.734	1	.000
		pendampingan	39.842	1	.000
		pengetahuan	4.527	1	.033
Overall Statistics			55.435	6	.000

Block 1: Method = Enter

### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	67.672	6	.000
	Block	67.672	6	.000
	Model	67.672	6	.000

### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	84.265(a)	.451	.609

a Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

### Classification Table(a)

Observed		Predicted		
		Kepatuhan		Percentage Correct
		Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Step 1	Kepatuhan	31	14	68.9
	Tidak Patuh	8	60	88.2
Overall Percentage				80.5

a The cut value is .500

### Variables in the Equation

		B		S.E.		Wald		df		Sig.		Exp(B)		95.0% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper		
Step 1(a)	didik2	1.214	.650	3.489	1	.062	3.365	.942	12.024						
	kerja	.934	.598	2.443	1	.118	2.545	.789	8.211						
	keluarga	1.902	1.240	2.352	1	.125	6.698	.589	76.120						
	penyuluhan	.664	.852	.607	1	.436	1.942	.366	10.310						
	pendampingan	3.244	.705	21.192	1	.000	25.633	6.442	102.003						
	pengetahuan	1.945	.687	8.000	1	.005	6.991	1.817	26.897						
	Constant	-5.591	1.360	16.908	1	.000	.004								

a Variable(s) entered on step 1: didik2, kerja, keluarga, penyuluhan, pendampingan, pengetahuan.

### Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	113	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	113	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		113	100.0

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

### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Patuh	0
Patuh	1

### Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

Observed			Predicted		
			Kepatuhan		Percentage Correct
			Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Step 0	Kepatuhan	Tidak Patuh	0	45	.0
		Patuh	0	68	100.0
Overall Percentage					60.2

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

### Variables in the Equation

	B	S.E.		Wald		df	Sig.	Exp(B)	
		Lower	Upper	Lower	Upper			Lower	Upper
Step 0 Constant	.413		.192	4.615		1	.032		1.511

### Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	didik2	4.113	1	.043
		kerja	1.808	1	.179
		keluarga	18.755	1	.000
		pendampingan	39.842	1	.000
		pengetahuan	4.527	1	.033
Overall Statistics			54.863	5	.000

Block 1: Method = Enter

### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	67.070	5	.000
	Block	67.070	5	.000
	Model	67.070	5	.000

### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	84.867(a)	.448	.605

a Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

### Classification Table(a)

			Predicted		
			Kepatuhan		Percentage Correct
Observed			Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Step 1	Kepatuhan	Tidak Patuh	31	14	68.9
		Patuh	8	60	88.2
Overall Percentage					80.5

a The cut value is .500

### Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper
Step 1(a)	didik2	1.281	.648	3.906	1	.048	3.600	1.011	12.820
	Kerja	.960	.596	2.592	1	.107	2.611	.812	8.401
	keluarga	2.350	1.122	4.385	1	.036	10.485	1.162	94.587
	pendampingan	3.301	.695	22.534	1	.000	27.142	6.946	106.064
	pengetahuan	1.931	.681	8.037	1	.005	6.897	1.815	26.210
	Constant	-5.514	1.357	16.505	1	.000	.004		

a Variable(s) entered on step 1: didik2, kerja, keluarga, pendampingan, pengetahuan.

### Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	113	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	113	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		113	100.0

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

### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Patuh	0
Patuh	1

### Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

Observed		Predicted		
		Kepatuhan		Percentage Correct
		Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Step 0	Kepatuhan	0	45	.0
	Tidak Patuh	0	68	100.0
Overall Percentage				60.2

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

### Variables in the Equation

	B	S.E.		Wald		df	Sig.		Exp(B)	
		Lower	Upper	Lower	Upper		Lower	Upper	Lower	Upper
Step 0 Constant	.413		.192	4.615		1		.032		1.511

### Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0 Variables	didik2		4.113	1	.043
	keluarga		18.755	1	.000
	pendampingan		39.842	1	.000
	pengetahuan		4.527	1	.033
Overall Statistics			53.330	4	.000

### Block 1: Method = Enter

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step		64.380	4	.000
Block		64.380	4	.000
Model		64.380	4	.000

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	87.557(a)	.434	.587

a Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

#### Classification Table(a)

Observed			Predicted		
			Kepatuhan		Percentage Correct
			Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Step 1	Kepatuhan	Tidak Patuh	31	14	68.9
		Patuh	8	60	88.2
Overall Percentage					80.5

a The cut value is .500

### Variables in the Equation

		B		S.E.		Wald		df		Sig.		Exp(B)		95.0% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper		
Step 1(a)	didik2	.947	.594	2.537		1	.111	2.577		.804	8.259				
	keluarga	2.356	1.106	4.536		1	.033	10.548		1.207	92.215				
	pendampingan	3.308	.688	23.104		1	.000	27.319		7.092	105.246				
	pengetahuan	1.902	.674	7.951		1	.005	6.697		1.786	25.117				
	Constant	-4.852	1.239	15.339		1	.000	.008							

a Variable(s) entered on step 1: didik2, keluarga, pendampingan, pengetahuan.

### Case Processing Summary

Unweighted Cases(a)		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	113	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	113	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		113	100.0

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

### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Patuh	0
Patuh	1

### Block 0: Beginning Block

Classification Table(a,b)

Observed			Predicted		
			Kepatuhan		Percentage Correct
			Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Step 0	Kepatuhan	Tidak Patuh	0	45	.0
		Patuh	0	68	100.0
Overall Percentage					60.2

a Constant is included in the model.

b The cut value is .500

### Variables in the Equation

	B	S.E.		Wald		df	Sig.	Exp(B)	
		Lower	Upper	Lower	Upper			Lower	Upper
Step 0 Constant	.413		.192	4.615		1	.032		1.511

### Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	keluarga	18.755	1	.000
		pendampingan	39.842	1	.000
		pengetahuan	4.527	1	.033
Overall Statistics			51.928	3	.000

### Block 1: Method = Enter

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	61.698	3	.000
	Block	61.698	3	.000
	Model	61.698	3	.000

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	90.239(a)	.421	.569

a Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

#### Classification Table(a)

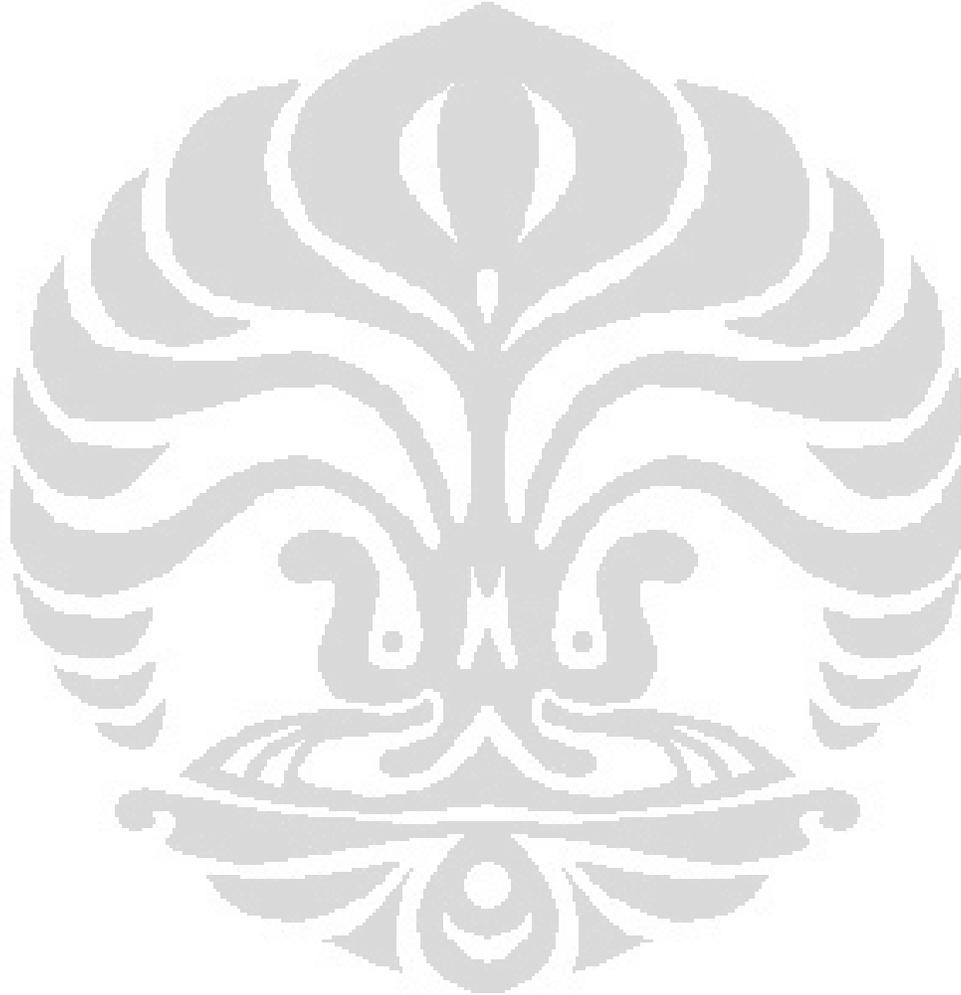
Observed			Predicted		
			Kepatuhan		Percentage Correct
			Tidak Patuh	Patuh	Tidak Patuh
Step 1	Kepatuhan	Tidak Patuh	35	10	77.8
		Patuh	12	56	82.4
Overall Percentage					80.5

a The cut value is .500

### Variables in the Equation

		B		Wald		Sig.	Exp(B)		95.0% C.I. for EXP(B)	
		Lower	Upper	Lower	Upper		Lower	Upper	Lower	Upper
Step 1(a)	keluarga	2.416	1.105	4.781	1	.029	11.203	1.285	97.704	
	pendampingan	3.228	.670	23.208	1	.000	25.238	6.786	93.861	
	pengetahuan	1.993	.667	8.925	1	.003	7.341	1.985	27.145	
	Constant	-4.593	1.212	14.353	1	.000	.010			

a Variable(s) entered on step 1: keluarga, pendampingan, pengetahuan.



**KUESIONER**  
**ANALISIS PENGARUH PERAN PENGAWAS MENELAN OBAT DARI**  
**ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KEPATUHAN PENGOBATAN**  
**PENDERITA TUBERKULOSIS DI KOTA PARIAMAN**  
**TAHUN 2010 – 2011**

**I. PEWAWANCARA**

Nomor : ----

Tanggal Pengambilan Data : ----2012

Nama Pewawancara : .....

**Petunjuk Pengisian :**

- Perhatian :
  - Responden adalah anggota keluarga yang pernah menjadi Pengawas Menelan Obat mendampingi penderita Tuberkulosis saat menjalani pengobatan katagori 1
  - Tuberkulosis disingkat menjadi Tb
  - Obat Anti Tuberkulosis disingkat menjadi OAT
  - Pengawas Menelan Obat disingkat menjadi PMO
- Mohon mengisi pertanyaan sesuai pendapat responden dengan cara memberi angka silang (X) pada kotak pilihan serta mengisi titik-titik pada tempat yang disediakan

**II. KARAKTERISTIK INDIVIDU**

1. Umur : ..... tahun

2. Jenis Kelamin :  Laki-laki  
 Perempuan

3. Tingkat Pendidikan :  Tidak Sekolah  
 Tamat SD  
 Tamat SMP/ Sederajat  
 Tamat SMA/ Sederajat  
 Tamat Pendidikan Tinggi

4. Jenis Pekerjaan :  Tidak Bekerja  
 Bekerja, sebagai.....
5. Apakah Saudara tinggal serumah dengan penderita Tb?  
 Tinggal Serumah  Tidak Tinggal Serumah
6. Jenis hubungan kekeluargaan apa yang dimiliki PMO Tb dengan penderita TB?  
 Suami - Istri  
 Orang Tua - Anak  
 Keluarga lain, sebutkan.....
7. Apakah Saudara memiliki kedekatan emosional dengan penderita Tb?  
 Dekat  Kurang Dekat
8. Apakah Saudara mendapatkan penyuluhan dari tenaga kesehatan tentang penyakit Tb, OAT, dan peran PMO Tb?  
 Dapat penyuluhan  Tidak Dapat Penyuluhan
9. Menurut Saudara apa penyebab munculnya penyakit menular Tb?  
 Infeksi bakteri  
 Penyakit keturunan  
 Perilaku merokok
10. Menurut Saudara apa tanda penyakit Tb?  
 Batuk berdahak kurang dari satu minggu  
 Batuk berdahak kurang dari dua minggu  
 Batuk berdahak lebih dari dua minggu
11. Menurut Saudara bagaimana cara penularan penyakit Tb?  
 Lewat darah  
 Bersentuhan dengan kulit penderita Tb  
 Percikan dahak yang dibatukkan penderita TB terhirup orang lain

12. Menurut Saudara bagaimana cara pencegahan penyakit Tb?

- Lingkungan rumah dijauhkan dari sinar matahari
- Membuang ludah/ dahak pada wadah yang telah disediakan
- Tidak bisa dicegah sebab penyakit keturunan

13. Menurut Saudara apa salah satu tujuan penderita Tb mengkonsumsi OAT :

- Memutuskan rantai penularan
- Meningkatkan resistensi obat
- Mempertahankan kondisi tubuh

14. Menurut Saudara bagaimana cara minum OAT yang benar?

- Diminum saat perut kosong
- Satu papan obat ditelan sekaligus sebelum makan pagi dan malam hari
- Boleh diminum satu persatu tapi harus habis dalam 2 jam

15. Menurut Saudara apa tanda efek samping OAT yang harus segera dirujuk ke puskesmas :

- Mual, tidak nafsu makan
- Gatal, kemerahan kulit
- Nyeri sendi

16. Apakah Saudara menemani penderita Tb untuk mengambil perbekalan obat ke puskesmas sesuai jadwal yang ditentukan?

- Ya       Tidak

17. Apakah Saudara menemani penderita Tb saat periksa ulang dahak ke puskesmas sesuai jadwal yang ditentukan?

- Ya       Tidak

----- TERIMA KASIH UNTUK MELUANGKAN WAKTU -----

**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

---

No : Sos8 /K2.F10/PPM.00.00/2012  
Lamp. : ---  
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

5 Juni 2012

Kepada Yth.  
**Kepala Dinas Kesehatan**  
**Kota Pariaman**  
Jl. Siti Manggopoh, No.113  
Naras Hilir – Pariaman  
Sumatera Barat.

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Yuli Nazlia Sidy  
NPM : 0906503313  
Thn. Angkatan : 2009/2010  
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Hukum dan Kebijakan Kesehatan Masyarakat

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan tesis dengan judul, *"Analisis Pengaruh Peran Pengawas Menelan Obat Tuberkulosis Keluarga Terhadap Kepatuhan Pengobatan Penderita Tuberkulosis di Wilayah Kota Pariaman"*.

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dinomor telp. (021) 7864974.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n Dekan FKM UI

Wakil Dekan,



**Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH**

**NIP. 19720825 199702 1 002**

**Tembusan:**

- Pembimbing tesis
- Arsip

Analisis pengaruh..., Yuli Nazlia Sidy, FKM UI, 2012