



UNIVERSITAS INDONESIA

**KEPATUHAN MINUM OBAT FILARIASIS PADA
PENGobatan MASSAL BERDASARKAN TEORI *HEALTH
BELIEF MODEL* DI KELURAHAN LIMO DEPOK TAHUN 2011**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana
Kesehatan Masyarakat**

**FEBRIANA SANTHI
NPM 0906615625**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PENDIDIKAN KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
DEPOK
JUNI 2012**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Febriana Santhi
NPM : 0906615625
Mahasiswa Program : S1 Ekstensi
Tahun Akademik : 2009

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

**“KEPATUHAN MINUM OBAT FILARIASIS PADA PENGOBATAN
MASSAL BERDASARKAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL*
DI KELURAHAN LIMO DEPOK TAHUN 2011”**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 21 Juni 2012



Febriana Santhi

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Febriana Santhi
NPM : 0906615625
Tanda Tangan : 
Tanggal : 21 Juni 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Febriana Santhi
NPM : 0906615625
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Kepatuhan Minum Obat Filariasis Pada Pengobatan Massal Berdasarkan Teori Health Belief Model di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

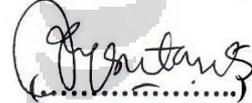
Pembimbing : Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH


(.....)

Penguji : dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D


(.....)

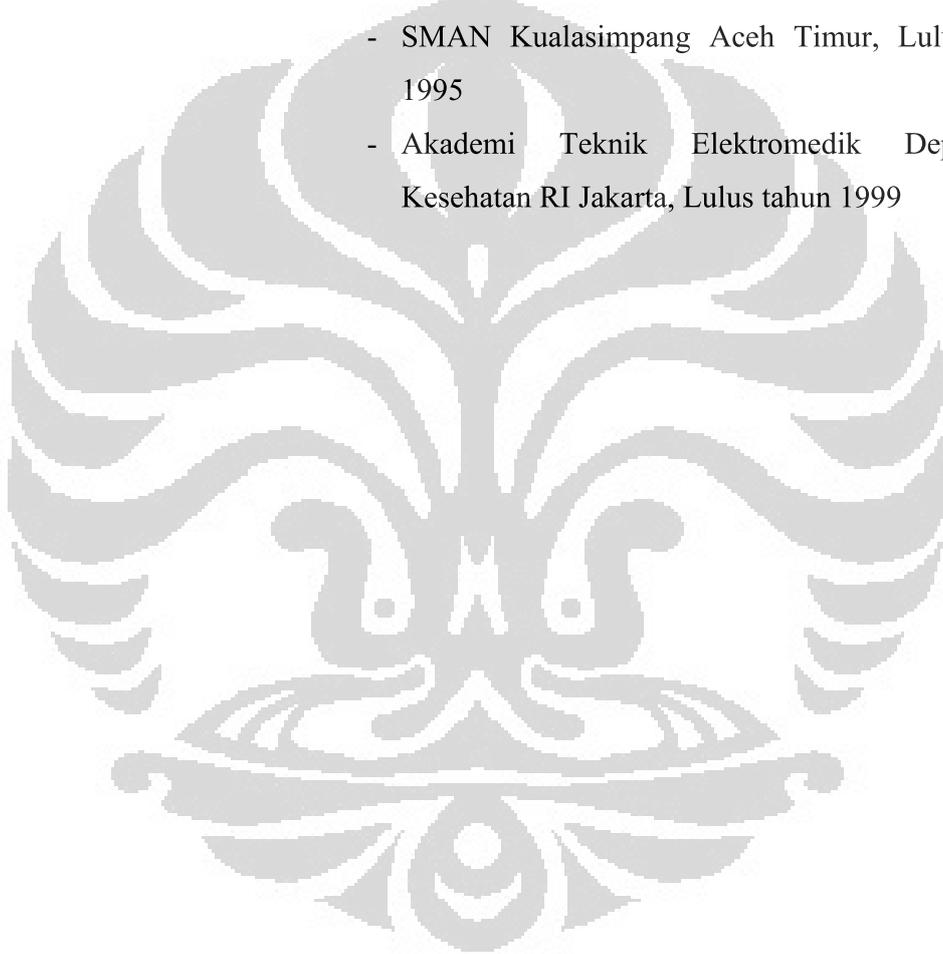
Penguji : Ary Sutanti, SKM


(.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : Juni 2012

RIWAYAT HIDUP

Nama : Febriana Santhi
Tempat ,Tanggal Lahir : Rantau, 26 Februari 1977
Agama : Islam
Riwayat Pendidikan : - SD YPDP Rantau Aceh Timur, Lulus tahun 1989
- SMP YPDP Rantau Aceh Timur, Lulus tahun 1992
- SMAN Kualasimpang Aceh Timur, Lulus tahun 1995
- Akademi Teknik Elektromedik Departemen Kesehatan RI Jakarta, Lulus tahun 1999



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang tak pernah hentinya memberikan nikmat dan karunia kepada hambaNya sehingga tugas penulisan ini dapat terselesaikan dengan baik.. Penulisan skripsi ini dilakukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana Ekstensi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Selesaiannya penulisan ini atas bantuan, bimbingan dan ultimatum dari berbagai elemen. Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH. selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
2. Dr. Syahrizal Syarif, MPH, Ph.D atas waktu dan kesempatannya serta masukan yang sangat mendalam.
3. Ary Sutanti, SKM selaku Penguji yang telah bersedia untuk mengoreksi skripsi dan memberikan masukan kepada penulis.
4. Ketua Departemen PKIP beserta jajaran Dosen, Staf serta seluruh pengajar yang telah membagi ilmu dan pengalamannya
5. Pimpinan dan atasan BBPK Jakarta atas ultimatum dan internal support
6. Teman-teman enumerator (karang taruna dan kader kelurahan Limo)
7. Para orang tua & my soulmate's,
8. Tetangga mutu, instalasi pemasaran, instalasi gizi dan teman-teman yang oke

Saya menyadari bahwa penulisan ini jauh dari sempurna, saran dan kritik membangun demi perbaikan dan kesempurnaan sangat saya harapkan. Akhir kata, semoga Allah berkenan membalas semua pihak yang telah berkontribusi dalam penulisan ini.

Depok, 21 Juni 2012

Penulis

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

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

Nama : Febriana Santhi
NPM : 0906615625
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Skripsi

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

Kepatuhan Minum Obat Filariasis Pada Pengobatan Massal Berdasarkan Teori *Health Belief Model* Di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 21 Juni 2012

Yang menyatakan



(Febriana Santhi)

vii

ABSTRAK

Nama : Febriana Santhi
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Kepatuhan Minum Obat Filariasis Pada Pengobatan Massal
Berdasarkan Teori Health Belief Model di Kelurahan Limo Depok
Tahun 2011

Depok merupakan salah satu daerah endemis filariasis di Jawa Barat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara persepsi masyarakat kelurahan Limo Depok dalam minum obat filariasis dengan menggunakan pendekatan teori Health Belief Model. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* dan jumlah sampel sebanyak 107 responden. Analisis data dengan cara univariat dan bivariat. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin, umur, status perkawinan, tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kepatuhan minum obat filariasis sedangkan pendidikan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kepatuhan responden minum obat filariasis. Ini dapat berarti bahwa tingginya pendidikan masyarakat akan membuat mereka semakin terpapar akan informasi termasuk informasi kesehatan. Persepsi yang ada pada teori *Health Belief Model* yaitu persepsi keseriusan, persepsi kerentanan, persepsi rmanfaat dan persepsi hambatan serta *self efficacy* mempunyai hubungan dengan kepatuhan minum obat filariasis. Persepsi mempengaruhi perilaku seseorang dalam minum obat filariasis pada pengobatan massal di kelurahan Limo.

Kata kunci :
Filariasis, *Health Belief Model*, Kepatuhan

ABSTRACT

Name : Febriana santhi
Study program: Sarjana Kesehatan Masyarakat
Title : Medication adherence Filariasis Mass Treatment Based on Health Belief Models Theory in the village Limo Depok 2011.

Depok is one of the filariasis endemic area in West Java. This study aims to determine the relationship between people's perceptions Limo Depok sub-district in medicine filariasis by using a theoretical approach to Health Belief Model. This type of study is a quantitative research with cross sectional design and the sample of 107 respondents. Data analysis by univariate and bivariate. The results of this study indicate that gender, age, marital status, does not have a significant relation to medication adherence filariasis while education has a significant association with medication adherence respondents filariasis. This may mean that higher education community will make them more exposed to information including health information. Perceptions that exist in the theory of the Health Belief Model perceived seriousness, perceived susceptibility, perceived barriers and perceptions rmanfaat and self-efficacy has a relationship with medication adherence filariasis. Perceptions influence one's behavior in taking medication in the treatment of filariasis mass in the village Limo.

Keywords:
Filariasis, Health Belief Model, adherence

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	6
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Kepatuhan	7
2.1.1. Pengertian Kepatuhan	7
2.1.2. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan.....	7
2.2 Filariasis	8
2.2.1. Penularan dan Penyebaran Filariasis.....	8
2.2.2. Vektor Filariasis	10
2.2.3. Lingkungan	10
2.2.4. Patogenesis Filariasis	11
2.2.5. Manifestasi Klinis.....	12
2.2.6. Pengobatan Massal.....	13
2.3. Perilaku.....	13
2.3.1. Konsep Perilaku	13
2.3.2. Bentuk perilaku	14
2.3.3. Persepsi.....	15
2.4 Teori <i>Health Belief Model</i>	16

3. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	21
3.1 Kerangka Teori	21
3.2 Kerangka Konsep	22
3.3. Definisi Operasional	22
3.4. Hipotesis.....	25
4. METODE PENELITIAN	26
4.1 Desain Penelitian	26
4.2 Waktu dan Tempat Penelitian.....	26
4.3 Populasi dan Sampel.....	27
4.4 Metode Pengumpulan Data	27
4.5 Manajemen Data	27
4.6. Analisis Data	28
5. HASIL PENELITIAN	30
5.1 Gambaran Kepatuhan Responden	30
5.2 Karakteristik Responden	31
5.3 Persepsi Kerentanan Penyakit Filariasis.....	32
5.4 Persepsi Keseriusan Penyakit Filariasis	33
5.5 Persepsi Manfaat Responden.....	34
5.6 Persepsi Hambatan Responden	35
5.7 <i>Self Efficacy</i> Responden	36
5.8 Deskripsi Variabel HBM.....	36
5.9 Distribusi Responden Menurut Variabel HBM.....	37
5.10 Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Kepatuhan Minum Obat	38
5.11 Hubungan antara Variabel HBM dengan Kepatuhan Minum Obat	39
6. PEMBAHASAN	41
6.1 Keterbatasan Penelitian	41
6.2 Perilaku Kepatuhan.....	41
6.3 Hubungan Karakteristik Responden dengan Kepatuhan.....	41
7. KESIMPULAN DAN SARAN	49
7.1 Kesimpulan.....	49
7.2 Saran	49
DAFTAR PUSTAKA	51

DAFTAR TABEL

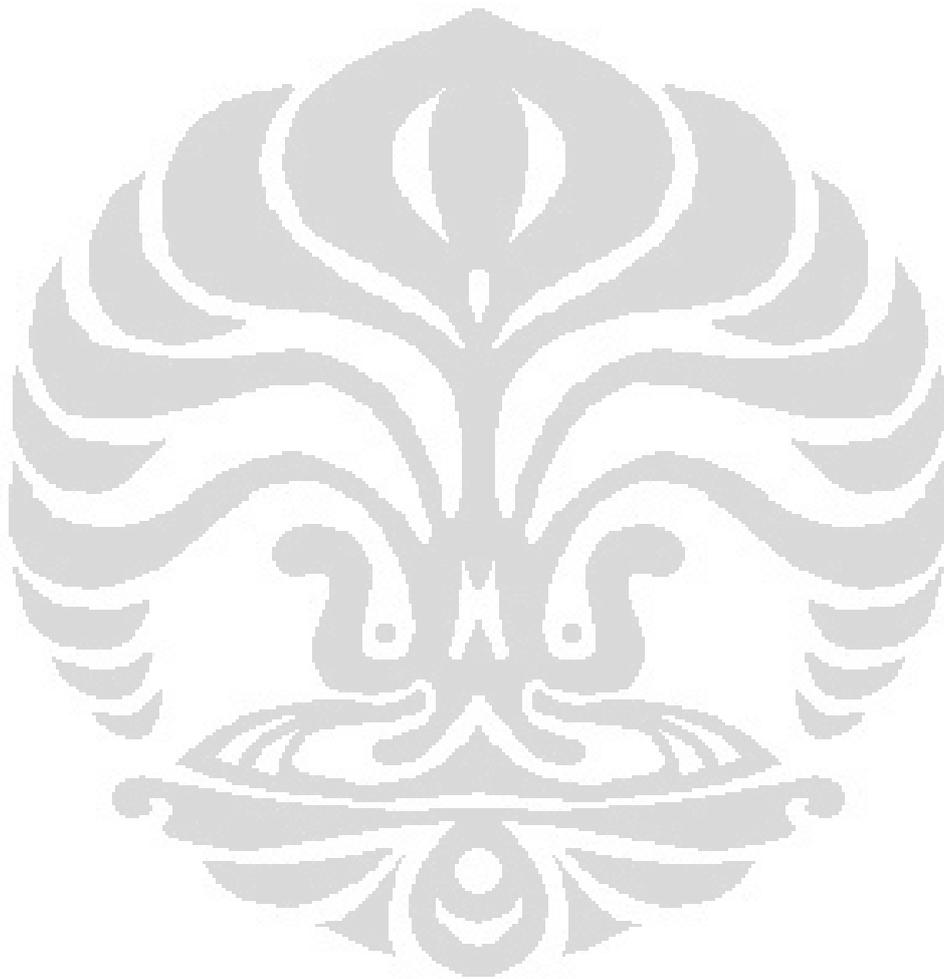
Tabel 5.1. Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Minum Obat Filariasis.....	29
Tabel 5.2. Distribusi Responden Berdasarkan Kepatuhan Minum Obat Filariasis	29
Tabel 5.3. Distribusi Responden Berdasarkan Deskripsi pendidikan Responden	30
Tabel 5.4. Deskripsi umur responden	30
Tabel 5.5. Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Responden	31
Tabel 5.6. Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Kerentanan Penyakit Filariasis	32
Tabel 5.7. Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Kesenjangan Penyakit Filariasis	32
Tabel 5.8. Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Manfaat Penyakit Filariasis	33
Tabel 5.9. Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Hambatan Penyakit Filariasis	34
Tabel 5.10. Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi <i>Self Efficacy</i>	35
Tabel 5.11 Deskripsi Variabel HBM	35
Tabel 5.12. Distribusi Responden Menurut Variabel HBM	36
Tabel 5.13 Hubungan Antara Karakteristik Responden dengan Kepatuhan Minum Obat	37
Tabel 5.14 Hubungan Antara Variabel HBM dengan Kepatuhan Minum Obat.....	38

DAFTAR LAMPIRAN

Kuesioner

Surat Izin Penelitian

Hasil Uji Statistik



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Untuk mencapai derajat kesehatan yang prima salah satunya dengan menjauhkan diri dari penyakit. Penyakit yang berkembang didunia sangatlah beragam, mulai dari penyakit lama yang belum dieliminasi sampai dengan penyakit baru. Salah satu penyakit lama tersebut adalah penyakit filariasis yang disebabkan oleh cacing filaria dan ditularkan melalui vektor nyamuk. Penyakit infeksi ini merupakan penyakit menular yang hingga saat ini telah teridentifikasi 23 spesies nyamuk dari 5 *genus* yaitu : *Mansonia*, *Anopheles*, *Culex*, *Aedes* dan *Armigeres* sebagai vektor filariasis (Depkes, 2008).

Filariasis limfatik merupakan penyebab utama dari kecacatan didaerah endemik sehingga merupakan masalah kesehatan masyarakat utama. Pada tahun 1997, diperkirakan paling tidak 128 juta orang di dunia terinfeksi, diantaranya adalah anak usia dibawah 15 tahun, 115 juta oleh *Wucheria Bancrofti* dan 15 juta oleh *Brugia spp.* Penyakit ini tidak dijumpai lagi di Amerika Utara, Australia, Jepang, dan di beberapa negara termasuk China (PP&PL,2008). Di India, Program Nasional Pengendalian *Vector Borne Disease* (NVBDPC) menetapkan 5 Juni 2004 sebagai "Hari Filariasis Nasional", dan lebih dari satu miliar tablet *diethylcarbamazine* (100mg) diperkirakan akan diperlukan (Sabesan&Ravi,2005).

Pada tahun 2004, filariasis telah menginfeksi 120 juta penduduk di 83 negara di seluruh dunia terutama di negara yang beriklim tropis dan subtropis. Dalam laporan yang di publikasikan tahun 2009, WHO menyatakan bahwa filariasis limfatik merupakan penyakit endemis di 81 negara dan 71 negara diantaranya memerlukan pengobatan masal. Pengobatan masal telah dilaksanakan di 51 negara endemis, hasil pengobatan masal setelah 5-6 putaran menunjukkan penurunan angka kejadian mikrofilaremia. Di Burkina Faso angka kejadian mikrofilaremia turun sebanyak 62%-92%, di Comoros, Ghana dan Togo turun 73%-100%, dan di India 81%-93%. Dari sudut pandang kesehatan masyarakat,

pengobatan masal menghindarkan kejadian kecacatan pada 32 juta orang dan sekitar 6.6 juta neonatus dari infeksi filarial (Alex C, 2011)

Berdasarkan hasil survey yang dilakukan pada tahun 2000 sampai dengan 2004, di Indonesia terdapat lebih dari 8000 orang menderita klinis kronis filariasis (*elephantiasis*) yang tersebar di seluruh propinsi. Secara epidemiologi, data ini mengindikasikan lebih dari 60 juta penduduk Indonesia berada di daerah yang berisiko tertular filariasis dengan 6 juta penduduk diantaranya telah terinfeksi (Depkes, 2008)

Di Indonesia program pemberantasan filariasis mulai dilaksanakan pada tahun 1975, namun sempat berhenti pada tahun 1987, dalam kurun waktu tahun 1975 – 1987 program ini berhasil menurunkan prevalensi mikrofilaria dari 13.3% menjadi 3.29%. Pada tahun 1997, *World Health Assembly* menetapkan resolusi “*Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem*” yang kemudian pada tahun 2000 di perkuat dengan keputusan WHO dengan mendeklarasikan “*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem by the Year 2020*”, dan Indonesia menetapkan Eliminasi Filariasis sebagai salah satu prioritas nasional pemberantasan penyakit menular sesuai dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2004 – 2009, Bab 28, D,5. Program filariasis sendiri telah dilaksanakan sejak tahun 1975, terutama di daerah endemis tinggi. Pada tanggal 8 April 2002, Menteri Kesehatan telah mencanangkan dimulainya keikutsertaan Indonesia dalam Program Eliminasi Filariasis Global yang dimulai di Desa Mainan, Kecamatan Banyuasin III, Kabupaten Musi Banyuasin, Sumatera Selatan dan di empat kabupaten/kota lainnya. Menkes juga menerbitkan surat edaran kepada Gubernur dan Bupati/walikota di seluruh Indonesia tentang Pelaksanaan Pemetaan Endemisitas Filariasis, Pengobatan Massal Daerah Endemis Filariasis dan Tatalaksana Penderita Filariasis di semua daerah (Menteri Kesehatan nomor 612/MENKES/VI/2004). Disamping itu, Program Penatalaksanaan Kasus filariasis yang merupakan bagian dari program Eliminasi Filariasis ditetapkan menjadi salah satu kewenangan wajib pemerintah daerah sesuai dengan

Universitas Indonesia

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota (PP&PL, 2008)

Sampai tahun 2009, jumlah kasus kronis filariasis secara kumulatif sebanyak 11.914 kasus yang tersebar di 401 kabupaten/kota sedangkan tahun 2008 sebanyak 11.699 kasus dan sebanyak 337 kabupaten/kota dari 472 kabupaten/kota di Indonesia telah terpetakan endemis filariasis. Dan dari 337 kabupaten/kota endemis filariasis baru 97 kabupaten/kota yang tersebar di 26 provinsi melaksanakan pemberian obat massal pencegahan filariasis (PP&PL 2009).

Hampir diseluruh wilayah Indonesia mempunyai tingkat endemis yang cukup tinggi terhadap filariasis dikarenakan faktor geografis dari wilayah Indonesia yang pada umumnya beriklim hujan tropis. Filariasis tidak menyebabkan kematian secara langsung tetapi penyebab utama kecacatan, kemiskinan dan masalah sosial, hal ini disebabkan karena bila terjadi kecacatan menetap maka seumur hidupnya penderita tidak dapat bekerja secara optimal dan menurunkan produktifitas kerja sehingga dapat menjadi beban keluarganya merugikan masyarakat dan negara berdasarkan hasil penelitian FKM UI dan Subdit Filariasis & Schistomasis, PPM & PL, keruagian akan mencapai 32,3% dari biaya makan keluarga (PP&PL, 2008).

Angka *microfilaria rate* di Indonesia sebesar 3,1% berarti penularan penyakit masih dikategorikan tinggi karena angka tersebut melebihi angka standar WHO yaitu lebih besar dari 1%, dan bila *mf rate* > 1 % harus dilakukan pengobatan massal (Rayani, 2004). Berdasarkan hasil survey cepat tahun 2000, jumlah penderita kronis yang dilaporkan sebanyak 6.233 orang yang tersebar di 1553 desa, di 231 kabupaten, 26 Propinsi. Data ini belum menggambarkan keadaan yang sebenarnya karena hanya dilaporkan oleh 42% puskesmas dari 7.221 puskesmas yang ada di Indonesia dan menurut survey darah jari yang dilaksanakan pada tahun 1999 terdapat *microfilaria (Mf) rate* 3,1 % (0,5 – 19,64%). Hasil survey darah jari pada desa, dengan jumlah penderita terbanyak pada tahun 2002 sampai dengan 2005 dengan *microfilaria rate* \geq 1% (PP & PL, 2008).

Universitas Indonesia

Di Provinsi Jawa Barat, hingga November 2008, sebanyak 875 orang telah positif terjangkit filariasis, bahkan 420 orang di antaranya termasuk penderita kronik, dengan penyebab utama *W. bancrofti*. Pada beberapa tahun belakangan terjadi peningkatan kasus limfatik filariasis di daerah perkotaan (*urban lymphatic filariasis*) yang disebabkan oleh peningkatan populasi penderita di perkotaan akibat urbanisasi dan tersedianya vektor di daerah tersebut (Chairufatah, 2011)

Health Belief Model mempunyai komponen persepsi yang terdiri dari persepsi kerentanan (*susceptibility*), persepsi keseriusan (*seriousness*), persepsi manfaat (*benefit*), rintangan (*barriers*) dan *self efficacy* yang diyakini oleh individu serta komponen *cues to action* yang merupakan faktor penting atas penjelasan dari individu dalam melakukan kepatuhan pengobatan ataupun melanggarnya (Sarafino, 2006).

Kelurahan Limo merupakan bagian dari Kecamatan Limo yang terletak di kota Depok bersebelahan dengan Jakarta Selatan. Kelurahan limo berbatasan dengan kelurahan Cinere, kelurahan Pondok Cabe Ilir, kelurahan Cinangka dan kelurahan Krukut. Luas wilayah kelurahan Limo 445.00 km². Jumlah penduduk pria berjumlah 9274 orang dan jumlah penduduk wanita 8536 orang. Dari 15 RW yang ada di kecamatan limo terdapat 81 RT. (Bappeda, 2009)

1.2. Rumusan Masalah

Data Dinas Kesehatan Depok tahun 2001 hingga tahun 2010 mencatat bahwa penyakit filariasis ini meningkat. Pada tahun 2001, 2002 dan 2003 hanya ada satu penderita, tahun 2004 bertambah menjadi 11 dan tahun 2007 menjadi 13. Tahun 2008 dan 2009 angka penderita naik kembali dengan tambahan 10 dan 12 penderita (Profil Dinkes Depok, 2010).

Menjelang akhir tahun 2010 sudah 35 orang menderita filariasis kronis dan terdapat kandungan *microfilaria* lebih dari satu persen pada sampel darah penduduk di Kecamatan Limo dan Cimanggis (Mahindra, 2010).

Strategi program eliminasi penyakit filariasis adalah dengan memutuskan mata rantai penularan penyakit filariasis yaitu dengan melakukan pengobatan massal minum obat, yang dibagikan secara cuma-cuma kepada masyarakat. Akan

Universitas Indonesia

tetapi pengobatan massal dengan meminum tidaklah mudah dilakukan karena masih ada saja masyarakat yang lupa meminumnya dan tidak mau atau menolak meminum obat yang telah dibagikan melalui pelayanan kesehatan. Hal seperti ini tentu akan menjadi penghambat keberhasilan program eliminasi filariasis pada daerah endemik. Berdasarkan hal tersebut peneliti melakukan penelitian untuk mencari tahu hal-hal apa saja yang mempengaruhi kepatuhan seseorang dalam meminum obat filariasis ditinjau dari konsep *Health Belief Model* sehubungan dengan kesiapan individu dalam menghindari dan memperkecil resiko penyakit, dimulai dengan kerentanan yang dirasakan akan terserang penyakit, keseriusan yang dirasakan, manfaat yang diperoleh dari mengonsumsi obat filariasis dan rintangan yang dihadapi warga serta keyakinan yang dimilikinya dalam kepatuhan meminum obat filariasis.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana gambaran tingkat kepatuhan masyarakat dalam mengonsumsi obat filariasis, dan hubungan antara komponen *Health Belief Model* dengan kepatuhan minum obat pada masyarakat di Kelurahan Limo, kota Depok tahun 2011.

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Memperoleh gambaran kepatuhan minum obat filariasis pada pengobatan massal dan hubungannya dengan komponen *Health Belief Model* di Kelurahan Limo, Depok tahun 2011.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran kepatuhan meminum obat filariasis
2. Diketuainya hubungan antara karakteristik responden dengan kepatuhan meminum obat
3. Diketuainya hubungan antara persepsi kerentanan dan persepsi keseriusan penyakit dengan kepatuhan meminum obat.

Universitas Indonesia

4. Diketuainya hubungan antara manfaat dan hambatan yang dirasakan dengan kepatuhan meminum obat.
5. Diketuainya hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan meminum obat

1.5. Manfaat penelitian

1.5.1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Depok

Dapat menjadi bahan pertimbangan dan bahan acuan Dinas Kesehatan Kota Depok dalam mengeliminasi filariasis dan dapat digunakan sebagai bahan evaluasi program pengobatan massal.

1.5.2. Bagi ilmu dan pengetahuan

Peneliti diharapkan dapat menghasilkan informasi mengenai gambaran kepatuhan meminum obat filariasis dalam program pengobatan massal untuk mengeliminasi filariasis terkait dengan komponen HBM sehingga dapat dikembangkan ditempat lain dalam mengeliminasi filariasis.

1.6. Batasan/Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian dilakukan terhadap masyarakat yang masuk dalam program pengobatan massal di kelurahan Limo di kota Depok, penelitian dilakukan untuk menunjang program eliminasi filariasis di kota Depok, sehingga hasil yang dicapai akan maksimal. Penelitian dilakukan dengan menggunakan *metode cross sectional*, dimana metode ini tidak mengenal adanya dimensi waktu dan tidak memerlukan biaya yang mahal serta dimanfaatkan untuk merumuskan hipotesis hubungan kausal, melalui kuesioner/wawancara.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kepatuhan

2.1.1. Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan (*compliance*) menurut Santoso adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan dokter atau oleh orang lain dan menurut Sacket adalah tingkat perilaku penderita dalam mengambil suatu tindakan untuk pengobatan, misalnya dalam melakukan diet dan menentukan kebiasaan hidup sehat dan ketetapan berobat. Dalam bidang pengobatan, seseorang dikatakan tidak patuh apabila orang tersebut melalaikan kewajiban untuk berobat sedemikian rupa sehingga dapat mengakibatkan terhalangnya kesembuhan (Bascom,2011)

2.1.2. Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan/Ketidakpatuhan

Menurut Anonim tingkat kepatuhan adalah pengukuran pelaksanaan kegiatan, yang sesuai dengan langkah-langkah yang telah ditetapkan, perhitungan tingkat kepatuhan dapat dikontrol bahwa pelaksanaan program telah melaksanakan kegiatan sesuai standar (Bascom, 2011). Sarafino (1990) dikutip oleh Smet B (1994) mendefinisikan kepatuhan/ ketaatan sebagai tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau yang lain, sedangkan Decision Theory (1985) mengemukakan bahwa penderita adalah pengambil keputusan dan kepatuhan sebagai hasil dari pengambilan keputusan.

Menurut Robert Biersted, proses kepatuhan seseorang kemungkinan adalah *Indoctrination* (penanaman kepatuhan secara sengaja), *habituation* (pembiasaan perilaku), *utility* (pemanfaatan dari kaidah yang dipatuhi), *group indentification* (mengidentifikasi dalam kelompok tertentu). Pada sekelompok wanita di *Central North Carolina*, kurangnya dukungan terkait kesehatan sosial dapat menurunkan kepatuhan terhadap skrining mammografi (Reddick, 2007).

Menurut Kelman perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan, identifikasi kemudian baru menjadi internalisasi. Mula-mula individu mematuhi anjuran atau instruksi petugas tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan seringkali karena ingin menghindari hukuman/sanksi jika tidak patuh atau untuk memperoleh imbalan yang dijanjikan jika mematuhi anjuran tersebut tahap ini disebut tahap kesediaan, biasanya perubahan yang terjadi dalam tahap ini bersifat sementara, artinya bahwa tindakan itu dilakukan selama masih ada pengawasan petugas. Tetapi begitu pengawasan itu mengendur atau hilang, perilaku itu pun ditinggalkan (Suparyanto,2010)

Ketidakpatuhan merupakan kendala serius bagi program *Lymphatic* filariasis, karena individu yang patuh sistematis dapat berfungsi sebagai reservoir untuk parasit dan memungkinkan kembuhnya infeksi, oleh karena itu program kesehatan publik harus dirancang untuk menargetkan orang-orang yang beresiko untuk ketidakpatuhan sistematis (JT Talbot, 2008). Seperti yang dikatakan Sacket & Chow (1979) dalam Agustini (2011) bahwa kepatuhan yang dilakukan dengan tujuan untuk pengobatan akan mencapai derajat kepatuhan sebesar 70% sampai dengan 80% dan kepatuhan yang dilakukan untuk tindakan pencegahan akan mencapai 60% sampai dengan 70%.

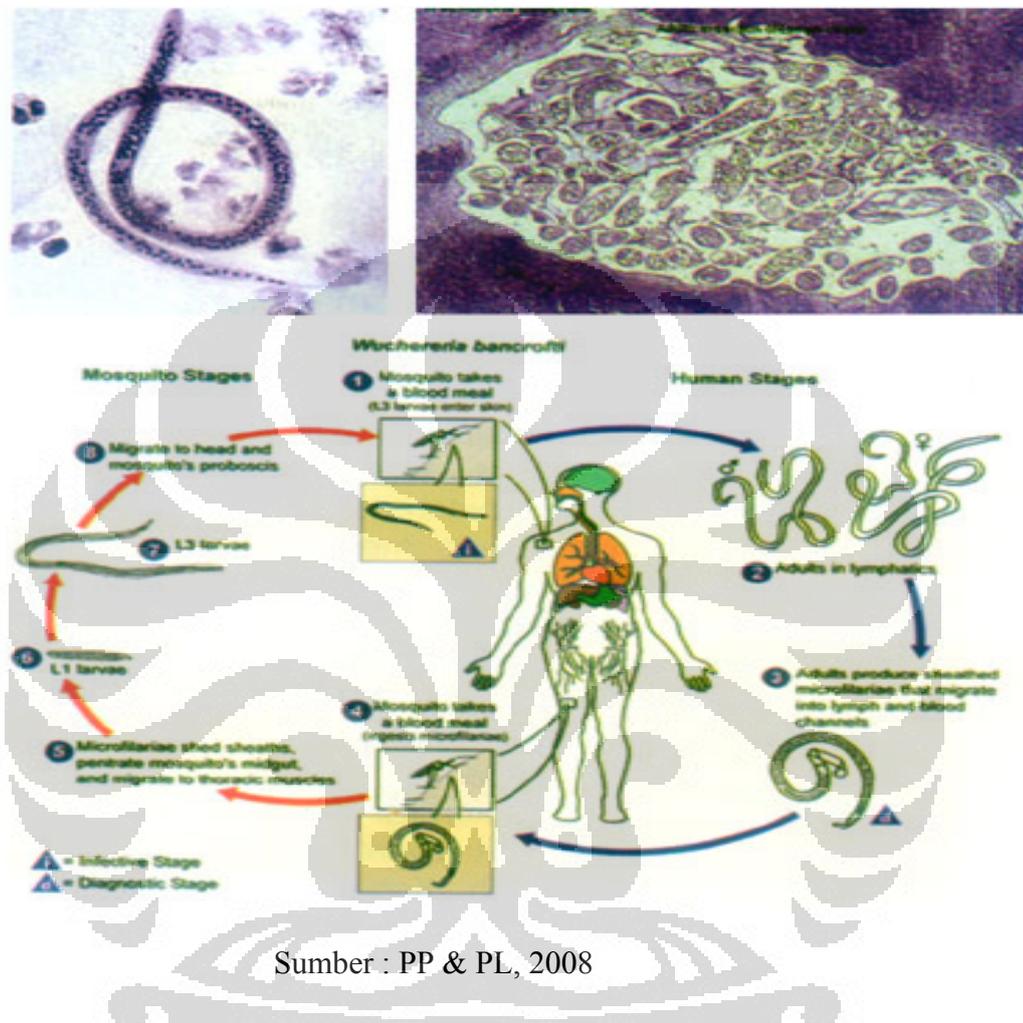
2.2. Filariasis

2.2.1. Penularan dan Penyebaran Filariasis

Filariasis adalah suatu infeksi sistemik yang disebabkan oleh cacing filaria yang cacing dewasanya hidup dalam saluran limfe dan kelenjar limfe manusia ditularkan oleh serangga secara biologik. Cacing dewasa (makrofilaria) hidup di saluran dan kelenjar limfe, sedangkan anak cacing (microfilaria) ada di dalam sistem peredaran darah dan mempunyai periodisitas tertentu yang artinya *microfilaria* berada di darah tepi pada waktu-waktu tertentu saja misalnya pada *W. Bancrofti* bersifat *periodic nocturna* artinya microfilaria banyak terdapat di dalam darah tepi pada malam hari sedangkan pada siang hari banyak terdapat di kapiler organ dalam seperti paru-paru, jantung dan ginjal (Soedarto,2009)

Penularan penyakit filariasis yang disebabkan oleh cacing filarial melalui vektor nyamuk terhadap tubuh manusia dapat dilihat pada gambar berikut ini :

Gambar.2.1. Skema Rantai Penularan Penyakit Filariasis dan Cacing Filaria



Sumber : PP & PL, 2008

Seseorang dapat tertular filariasis bila orang tersebut mendapat gigitan nyamuk yang mengandung larva infeksi (larva stadium 3 – L3). Saat nyamuk infeksi mengigit manusia, maka larva L3 akan keluar dari *proboscis* dan tinggal di kulit sekitar lubang gigitan, saat nyamuk menarik probosisnya larva L3 akan masuk melalui luka bekas gigitan nyamuk dan bergerak menuju ke system limfe. Larva L3 *Brugia* akan menjadi cacing dewasa dalam kurun waktu 3,5 bulan sedangkan *Wuchereria Bancrofti* memerlukan waktu sekitar 9 bulan (PP & PL, 2008)

2.2.2. Vektor Filariasis

Vektor didefinisikan sebagai artropoda membawa patogen dari satu inang ke inang lain dan berperan secara tidak langsung pada kesehatan masyarakat sebagai penularan penyakit secara biologis. Penularan biologis, artropoda sebagai pembawa parasit dan didalam tubuh artropoda mengalami reproduksi/ perkembangan dan perbanyakannya. Perilaku artropoda (vektor) dalam menghisap darah (*hematophagy*) dimanfaatkan oleh parasit untuk mencari inang baru. Evolusi *hematophagy* berhubungan dengan perkembangan daur hidup dan cara makan vektor. Nyamuk yang hinggap pada kulit manusia akan menggunakan kemoreseptor yang terletak pada ujung antenna untuk mencari keberadaan darah, ketika menghisap darah, ludah dimasukkan kedalam tubuh manusia untuk mencegah pembekuan darah, proses inilah yang merupakan sumber penularan atau masuknya parasit yang berada ditubuh serangga kedalam tubuh manusia (Kemenkes, 2011)

Penyakit yang ditularkan melalui vektor hingga kini masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia dengan angka kesakitan dan kematian yang cukup tinggi dan berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 374/MENKES/PER/III/2010, vektor didefinisikan sebagai *arthropoda* yang dapat menularkan, memindahkan dan atau menjadi sumber penular penyakit terhadap manusia (B2P2VRP, 2011).

Penyakit infeksi ini merupakan penyakit menular yang hingga saat ini telah teridentifikasi 23 spesies nyamuk dari 5 genus yaitu : *Mansonia*, *Anopheles*, *Culex*, *Aedes* dan *Armigeres* sebagai vektor filariasis. Filariasis *Bancrofti* tersebar di Sumatera, Jawa, Kalimantan, Sulawesi, Nusa Tenggara, Maluku dan Papua. *Wucheria Bancrofti* tipe perkotaan banyak ditemukan di kota besar di pulau Jawa sedangkan *Wucheria Bancrofti* tipe pedesaan banyak ditemukan di Papua dan Nusa Tenggara (PP&PL, 2008)

2.2.3. Lingkungan

Daerah endemis filariasis umumnya daerah dataran rendah terutama di pedesaan, pantai, pedalaman, persawahan, rawa-rawa dan hutan. Tempat-tempat yang mempengaruhi berkembang biaknya vektor dan tempat perindukan nyamuk berbeda-beda tergantung jenisnya. Umumnya nyamuk beristirahat di tempat-tempat teduh (PP&PL, 2008). Nyamuk mengalami beberapa kali perubahan bentuk didalam siklus hidupnya, dimulai dari stadium telur berkembang menjadi larva kemudian pupa dan nyamuk dewasa, biasanya mereka hidup tak jauh dari air. Habitat alami nyamuk seperti kolam, selokan, laguna, sungai kecil, lubang batang pohon, lubang bambu, ketiak daun pisang. Sedangkan pada habitat buatan manusia yaitu seperti pada penampungan air barang-barang bekas yang dapat menampung air karena stadium pra dewasa nyamuk membutuhkan air untuk melangsungkan perkembangan hidupnya (Kemenkes, 2011).

2.2.4. Patogenesis Filariasis

Infeksi terjadi dengan masuknya mikrofilaria, yaitu larva stadium ketiga kedalam tubuh melalui gigitan nyamuk yang menjadi vektornya. Larva kemudian memasuki saluran limfe sehingga mencapai daerah *inguinal*, *scrotal* dan *abdominal* lalu tumbuh menjadi dewasa. Untuk pertumbuhan dari larva stadium ketiga sampai terdapatnya mikrofilaria dalam darah tepi yang dihasilkan oleh cacing dewasa dibutuhkan waktu sekitar satu tahun (periode paten). Kelainan-kelainan yang terjadi pada filariasis disebabkan oleh cacing dewasa, baik yang hidup maupun yang sudah mati :

1. *Acute Filarial Lymphangitis* (AFL) terjadi akibat pengaruh iritasi mekanik oleh cacing, sekresi cairan toksis oleh cacing betina, produksi toksis cacing yang mati dan terjadinya infeksi sekunder oleh *streptococci*.
2. *Obstruksi limfatik* terjadi akibat bendungan oleh cacing mati, penebalan saluran limfe karena radang *proliferasi endotel*, *fibrosis* saluran limfe dan *fibrosis aferen nodus limfe*. Kelainan ini mengakibatkan terjadinya varises saluran limfe dan *elephantiasis* oleh karena *hipertropi*.
3. *Kiluria* yang hanya terjadi pada filariasis *bancrofti* disebabkan oleh pecahnya saluran limfe kandung kencing atau ginjal (Soedarto,2009)

2.2.5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis filariasis sangat bervariasi bisa berupa asimtomatik, subklinis (seperti ditemukannya hematuri atau proteinuri mikroskopis, limfektasi scrotal pada pemeriksaan ultrasonografi atau dilatasi pembuluh limfe pada pemeriksaan scintigrafi), sampai manifestasi klinis berat.

Pada manifestasi klinis akut yaitu demam filaria, penderita filariasis dapat mengalami episode demam akut yang *self-limited*, tanpa disertai tanda-tanda infeksi kelenjar limfe, pola demam tidak jelas, kadang-kadang sulit dibedakan dengan malaria. Adenolimfangitis akut merupakan manifestasi klinis pertama dari filariasis pada penderita remaja dengan gangguan demam yang tinggi secara mendadak disertai dengan menggigil. Penyembuhan spontan dapat terjadi dalam waktu satu minggu namun serangan ini dapat berulang 1 – 3 kali dalam satu tahun (Cairufatah, 2009).

Manifestasi klinis kronis yaitu *Elefantiasis*, *Hidrokel*, pembengkakan payudara, *chyluria* dan *tropical pulmonary eosinophilia*. *Elefantiasis* biasanya unilateral, ekstremitas bawah lebih sering terkena, *hidrokel* jarang terjadi sebelum masa remaja, biasanya juga unilateral tidak disertai rasa sakit kecuali bila disertai dengan *epididimidis* atau *funikulitis* pada pria penis dapat mengalami distorsi sehingga mengalami perubahan bentuk (*ram horn penis*). Pembengkakan payudara pada penderita wanita timbul pembengkakan uni/bilateral dan hal ini harus dibedakan dengan mastitis kronis oleh sebab lain. Pada *chyluria*, urin penderita dapat berwarna putih seperti susu (*milky appearance*), *chyluria* dapat berakibat buruk terhadap status nutrisi penderita karena sejumlah besar lemak dan protein keluar melalui urin. Dan terakhir adalah TPE (*tropical pulmonary eosinophilia*) merupakan kondisi yang menyerupai asma, lebih sering mengenai laki-laki (rasio 4 : 1) dan lebih sering dijumpai pada penderita umur 30-an tahun dengan gejala batuk dan mengi pada malam hari, berat badan turun, demam ringan, foto toraks bias dalam batas normal namun pada umumnya terlihat penambahan corakan paru, peningkatan hebat eosinofil dalam darah perifer dan

Universitas Indonesia

terdapat lesi kecil bersifat radio opaq pada penderita TPE tidak terjadi mikrofilaremia akan tetapi TPE dapat mengakibatkan penyakit paru *restriktif* (Chairufatah, 2009)

2.2.6. Pengobatan Massal Filariasis

Pengobatan massal filariasis adalah pengobatan yang dilaksanakan kepada seluruh penduduk didaerah endemis filariasis, yaitu daerah dengan angka *microfilaria rate* $\geq 1\%$ dan dilaksanakan setahun sekali dengan selama minimal lima tahun secara berturut-turut. Pengobatan untuk sementara ditunda terhadap penduduk yang memiliki kontraindikasi. Pengobatan massal filariasis dilaksanakan dengan implementasi unit seluas kabupaten/kota (PP & PL, 2007).

Pengobatan massal filariasis dilaksanakan dengan menggunakan obat *Diethylcarbamazine Citrate* (DEC) dan *Albendazole* yang terbukti efektif dalam memutus mata rantai penularan pada daerah yang endemis filariasis. Obat DEC sejak dulu dikenal sebagai obat filariasis terpilih yang dapat membunuh mikrofilaria dan cacing dewasa sedangkan *Albendazole* adalah obat yang baru digunakan sebagai obat cacing usus dan jaringan. Obat lain yang digunakan adalah obat untuk penanggulangan kejadian ikutan pasca pengobatan filariasis yaitu *Parasetamol*, *Antasida*, *Deksametason*, injeksi *Kortison* dan lain-lain. Sesudah seseorang meminum sejumlah obat kemungkinan akan muncul sejumlah kejadian ikutan, baik kejadian ikutan yang diharapkan ataupun kejadian yang tidak diinginkan dan kejadian lain yang tidak berhubungan dengan pengobatan (PP & PL, 2007)

2.3. Perilaku

2.3.1. Konsep Perilaku

Menurut Skinner (1938) seorang ahli psikologi dalam teori *Stimulus Organisme Respons* seperti yang dikutip Notoatmodjo (2007) merumuskan bahwa perilaku terjadi melalui proses atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar) terhadap organisme yang kemudian organisme tersebut merespon. Teori Skinner ini menjelaskan adanya dua jenis respon, yaitu

Respondent respons atau *reflexive* yaitu respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu yang dinamakan *eliciting stimulus*, karena menimbulkan respons-respons yang relatif tetap misalnya cahaya terang yang menyebabkan mata tertutup. Respondent respons ini juga termasuk didalamnya perilaku emosional, misalnya pada saat kita mendengar berita pesawat sukhoi yang jatuh di gunung Salak kita menjadi sedih atau jika kita diterima menjadi pegawai negeri sipil meluapkan kegembiraan kita dengan mengadakan syukuran atau mentraktir makan teman-teman. Selanjutnya adalah *Operant Response* atau *Instrumental Respons* yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau rangsangan yang lain. Rangsangan yang terakhir dinamakan reinforcing stimuli atau reinforce karena berfungsi dalam memperkuat respon misalnya jika seorang petugas kesehatan melaksanakan tugasnya dengan baik dan benar sehingga petugas kesehatan tersebut memperoleh sesuatu ataupun penghargaan dari atasannya maka untuk selanjutnya petugas kesehatan tersebut akan melaksanakan tugasnya dengan lebih baik lagi dari sebelumnya.

Sejalan dengan batasan perilaku menurut Skinner, maka perilaku kesehatan (*health behavior*) adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat-sakit (kesehatan), seperti lingkungan, makanan, minuman, pelayanan kesehatan. Perilaku Kesehatan adalah semua aktivitas atau kegiatan seseorang baik yang diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*) yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pemeliharaan kesehatan mencakup mencegah atau melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah yang berhubungan dengan kesehatan.

2.3.2. Bentuk Perilaku

Ditinjau dari bentuk respon terhadap stimulus, perilaku dibedakan menjadi dua. Pertama adalah Perilaku Tertutup (*covert behavior*) yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup dan terjadi bila respons

Universitas Indonesia

terhadap stimulus tersebut belum dapat diamati secara jelas dari luar oleh orang lain, respon ini masih terbatas pada sekitar perhatian, persepsi, kesadaran serta sikap yang terjadi pada orang yang menerimanya misalnya seorang ibu yang mempunyai bayi sangat tahu pentingnya imunisasi bagi buah hatinya atau seorang ibu yang sedang hamil mengetahui pentingnya *antenatal care*. Kedua adalah Perilaku Terbuka (*overt behavior*) yaitu respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon ini sudah jelas dalam bentuk tindakan ataupun kegiatan yang dapat dengan mudah diamati dari luar oleh orang lain misalnya seorang ibu yang mengimunisasikan balitanya di pelayanan kesehatan, ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya secara berkala atau pada penderita tuberkulosis yang meminum obatnya secara teratur sesuai petunjuk. Perilaku *covert behavior (unobservable behavior)* yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap. (Notoatmodjo, 2009)

Becker (1979) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan seperti yang dikutip Notoadmodjo (2009) yaitu :

1. Perilaku hidup sehat yang mencakup antara lain olahraga teratur, makan dengan menu seimbang, istirahat yang cukup, tidak mengonsumsi minuman keras dan narkoba, tidak merokok, mampu mengendalikan stress serta perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan.
2. Perilaku sakit (*illness behaviour*) yang mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit.
3. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*) yang meliputi tindakan untuk memperoleh kesembuhan, mengetahui fasilitas pelayanan kesehatan yang layak, mengetahui hak dan kewajiban sebagai orang yang sakit/rentan.

2.3.3. Persepsi

Persepsi dapat diinterpretasikan setelah stimulus diterima oleh system saraf dan mengalami proses. Ada dua faktor yang mempengaruhi stimulus dalam berproses yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal adalah faktor yang melekat pada objeknya sedangkan faktor internal adalah faktor yang terdapat

pada orang yang mempersepsikan stimulus tersebut. Pada faktor eksternal hal-hal yang berpengaruh yaitu kontras pada warna, ukuran, bentuk ataupun gerakan, perubahan intensitas, pengulangan pesan, sesuatu yang baru dan sesuatu yang menjadi perhatian orang banyak. Sedangkan untuk faktor internal yang berpengaruh misalnya pengalaman/pengetahuan, harapan ataupun ekspektasi, kebutuhan, motivasi, emosi dan yang terakhir adalah budaya yang selalu ada dan melatarbelakangi perilaku seseorang (Notoadmodjo, 2007)

2.4. Teori *Health Belief Model*

Untuk mengindikasikan perilaku kesehatan seseorang ataupun lingkungan kelompoknya dalam pencegahan suatu penyakit dapat digunakan Teori *Health Belief Model*. Teori ini merupakan teori perilaku individu yang pertama yang paling luas digunakan di bidang kesehatan masyarakat dan dicetuskan pada tahun 1950 berkat penelitian psikolog sosial Godfrey Hochbaum, Irwin Rosenstock, Stephen Kegeles dari *U.S. Public Health Service* (USHPS). Teori ini dikembangkan sebagai respons terhadap sebuah pertanyaan yang sangat praktis. USHPS mensponsori skrining penyakit tuberkulosis gratis menggunakan sinar X di sebuah mobil klinik berjalan yang diparkir di wilayah suatu pemukiman. Skrining gratis dan akses yang sangat mudah dijangkau tentu akan mendatangkan banyak orang, tapi pada kenyataannya hanya sedikit orang yang datang ke skrining tersebut, hal itulah yang membuat Hochbaum melakukan riset untuk mengetahui hal apa yang mendasari kegagalan skrining itu. Dan isu terbesar yang ia selidiki ialah motivasi apa yang membuat orang untuk datang dan diperiksa, dan kesimpulan awal yang didapat ialah kebanyakan orang cenderung akan memeriksakan dirinya dengan sinar X bila mereka pikir bahwa mereka berisiko/rentan terhadap tuberkulosis dan mereka percaya manfaat dari deteksi dini tuberkulosis (Edberg, 2010).

Konsep dasar HBM yaitu menjelaskan faktor determinan dari perilaku kesehatan yang berorientasi pada *personal beliefs* atau persepsi dan keyakinan mengenai suatu penyakit atau kejadian tertentu dan cara yang akan dilakukan untuk mengurangi kejadian tersebut. Proses kognitif dari HBM dipengaruhi oleh

Universitas Indonesia

berbagai informasi yang datang, kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung pada keyakinan atau penilaian kesehatan yaitu ancaman yang dirasakan individu dari sakit dan pertimbangan antara keuntungan dan kerugian yang didapat (Smet, 1994).

Pada tahun 1974, Becker memperluas model tersebut untuk mempelajari perilaku seseorang terhadap diagnosis khususnya kepatuhan dalam pengobatan dan model ini sangat sering digunakan untuk menjelaskan perilaku pencegahan. Riset tentang teori *Health Belief Model* dan pemakaiannya banyak digunakan untuk mengembangkan dan mendukung serta melaksanakan program-program yang berkaitan dengan isu kesehatan. Komponen teori *Health Belief Model* tersebut yaitu :

1. *Perceived Susceptibility*

Rentannya seseorang atau lingkungannya terserang suatu penyakit akan membuat individu bertindak untuk mengobati dan mencegah penyakit tersebut. Chen et al (2007) dalam Jones and Bartlett mengatakan bahwa *Perceived susceptibility* atau persepsi kerentanan memotivasi orang untuk melakukan vaksinasi *influenza*, menggunakan *sunscreen/sunblok* untuk mencegah kanker kulit dan membersihkan gigi dengan *dental floss* untuk mencegah penyakit pada gusi serta kerusakan pada gigi. Sangat memungkinkan ketika orang percaya bahwa mereka sangat beresiko terhadap suatu penyakit, mereka akan lebih memungkinkan untuk melakukan tindakan pencegahan. Sayangnya, hal itu sering terjadi sebaliknya, ketika individu percaya bahwa mereka tidak beresiko atau mempunyai resiko yang kecil terhadap kerentanan akan cenderung menghasilkan perilaku yang tidak sehat. Hal ini dapat terlihat pada dewasa tua yang pada umumnya tidak mempersepsikan diri mereka akan beresiko pada infeksi HIV dengan melakukan hubungan yang tidak aman (Rose,1995;Maes & Louis, 2003). Hal yang sama terjadi pada mahasiswa perguruan tinggi Amerika Asia yang beranggapan bahwa HIV sebagai permasalahan non Asia, sehingga persepsi kerentanan akan infeksi HIV berkurang yang terkait dengan perilaku berhubungan badan yang tidak aman (Yep, 1993).

Universitas Indonesia

2. *Perceived Seriousness*

Persepsi individu tentang serius dan parahnya suatu penyakit yang akan diderita dan akan mendorong seseorang untuk mencari tindakan pengobatan dan pencegahannya. Semakin serius dan parahnya suatu penyakit yang akan diderita maka semakin besar pula untuk mencari tindakan pencegahannya.

Pada saat persepsi keseriusan yang terjadi berasal dari informasi medik atau pengetahuan, hal tersebut akan membuat keyakinan seseorang akan kesusahan akibat penyakit menghasilkan suatu tindakan pencegahan kesehatan. Kombinasi persepsi kerentanan dan persepsi keseriusan akan menghasilkan persepsi ancaman (Stretcher & Rosenstock, 1997). Individu akan mengubah perilaku mereka berdasarkan persepsi ancaman yang berasal dari keparahan suatu penyakit.

3. *Perceived Benefit*

Individu merasa dirinya sangat rentan terhadap serangan penyakit-penyakit serius dan mematikan, maka individu akan melakukan tindakan tertentu dan tindakan yang dilakukan tergantung pada manfaat yang akan dirasakan nantinya. Persepsi positif ini sangat berperan penting pada perilaku seseorang dalam mengambil suatu keputusan kesehatan atas dirinya ataupun lingkungannya. Besarnya keuntungan ataupun manfaat yang didapat dari suatu tindakan pencegahan maka akan semakin besar peluang individu tersebut menjalankan tindakan pencegahan penyakit. Akan tetapi bila manfaat yang dirasakan kecil dari suatu tindakan pencegahan penyakit maka kemungkinan tindakan yang akan dilakukan untuk pencegahan akan semakin kecil

4. *Perceived Barrier*

Rintangannya yang ditemukan dalam melakukan tindakan pencegahan akan mempengaruhi besar kecilnya usaha dari individu tersebut. Bila masalah yang dihadapi dalam tindakan pencegahan penyakit sangat besar maka persepsi untuk melaksanakan tindakan itu semakin kecil, tapi bila masalah yang

dihadapi kecil maka akan semakin besar bagi individu untuk melaksanakan tindakan pencegahan tersebut

5. *Self Efficacy*

Kepercayaan seseorang akan kemampuan untuk melakukan suatu tindakan dengan berhasil. Konsep ini ditambahkan oleh Irwin M Rosenstock untuk menyempurnakan teori *Health Belief Model* agar sesuai dengan tantangan perubahan perilaku atau kebiasaan yang tidak sehat.

6. *Cues to action*

Isyarat yang diperlukan untuk mendapatkan tingkat penerimaan yang benar tentang kerentanan, kegawatan dan keuntungan tindakan berupa faktor eksternal misalnya: nasehat, pesan.

Health Belief Model dikenal sebagai model pengharapan akan suatu nilai yang mengacu pada asumsi bahwa individu akan melibatkan diri dalam perilaku sehat bila hasil yang dinilai menjadi sehat terkait dengan perilakunya dan berpikir bahwa perilaku tersebut sepertinya dapat memberikan hasil seperti yang dipikirkan. (Edberg, 2010)

Pada sebuah penelitian di Lau, Kota Taraba di Nigeria, teori HBM ini digunakan pada penelitian dua komunitas yang angka filariasisnya tinggi dan berada pada peringkat 2 diantara sepuluh penyakit berat yang paling umum berada di masyarakat, yaitu antara komunitas masyarakat yang memiliki pelayanan kesehatan lengkap dengan komunitas masyarakat yang tidak memiliki pelayanan kesehatan dan hasil yang ditemukan pada penelitian ini yaitu adanya kesenjangan yang serius dalam pemahaman antara pengetahuan tentang penyebab penyakit dan penyebarannya (Ogbonnaya & Okeibunor, 2003)

Teori HBM ini dapat beradaptasi dalam mengeksplor perilaku kesehatan dengan jangka waktu panjang maupun pendek termasuk perilaku seksual beresiko dan transmisi HIV/AIDS serta penggunaan kondom. Pada penelitian di Amerika, 80% wanita terserang penyakit osteoporosis dimana penyakit ini juga merupakan masalah serius didalam kesehatan masyarakat. Program pencegahan osteoporosis bagi wanita usia pertengahan juga menggunakan *Health Belief Model* (Turner et al, 1994).

Dalam mengeksplorasi korelasi psikososial kepatuhan wanita keturunan Amerika Afrika untuk skrining mamografi tahunan, termasuk fatalisme kanker, optimisme disposisional, dukungan sosial, pengetahuan tentang pedoman skrining kanker payudara, persepsi kesehatan umum menggunakan komponen-komponen dari *Health Belief Model* (HBM) sehingga dapat memeriksa faktor yang terkait dengan skrining mamografi tahunan (Deborah et al, 2007)

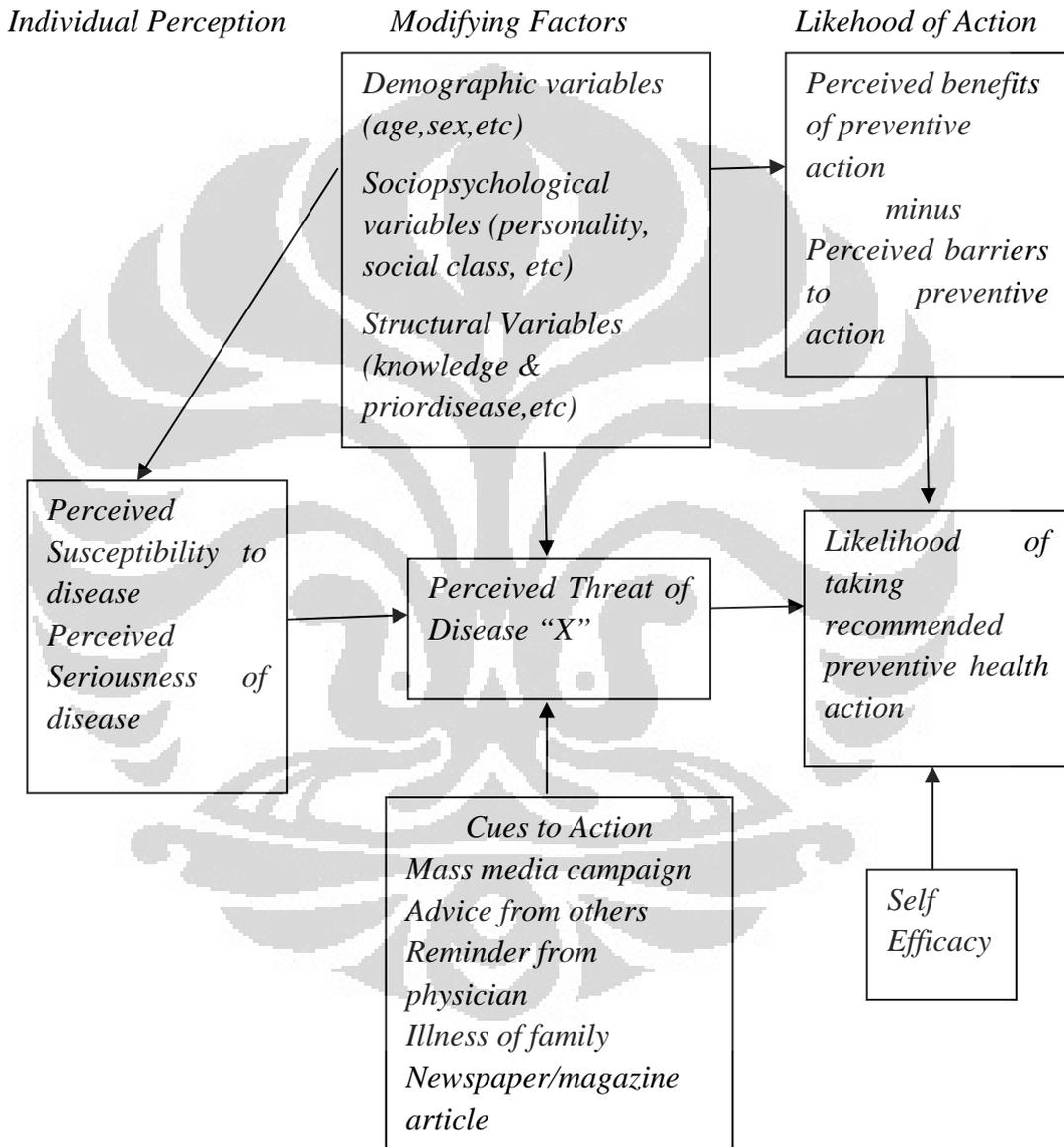
Komponen *Health Belief Model* ini digunakan dalam investigasi perilaku seksual imigran Taiwan di Amerika Serikat dalam memprediksi perilaku hubungan seksual untuk mencegah kasus HIV. Data yang dicatat oleh CDC, 2005 bahwa tingginya penderita AIDS dikalangan orang Asia dan Kepulauan pasifik mencapai 634%. Variabel self efficacy sebagai prediktor terkuat dalam menargetkan perubahan perilaku dikalangan imigran Taiwan walaupun tidak dapat ditemukan studi empiris langsung dalam menangani isu resiko HIV (Peter Lin, 2005).

Tidak hanya isu HIV yang menggunakan HBM ini, kerangka teori ini juga digunakan untuk penelitian pada skrining kanker kolorektal (CRC). CRC menjadi kanker yang paling sering didiagnosis dan merupakan penyebab ketiga kematian kanker di Amerika Serikat. Studi kejadian CRC meningkat pada populasi yang bermigrasi ke AS dari daerah yang beresiko rendah. Hasil yang didapat dengan menggunakan teori ini bahwa skrining akan dilakukan jika dianjurkan oleh dokter dan mereka beranggapan bahwa manfaat yang dirasakan dari skrining CRC masih rendah dan masih adanya sikap negative dan keyakinan yang salah tentang skrining CRC itu sendiri (Khawaldeh, 2008)

BAB 3
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Teori

Kerangka dari teori *Health Belief Model* adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1. Kerangka Teori Health Belief Model

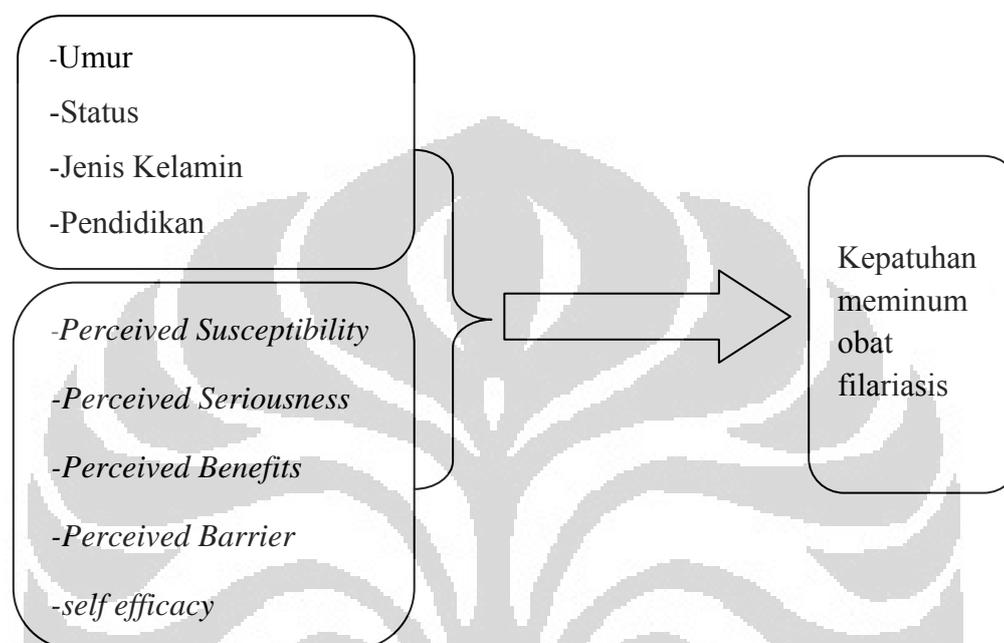
Sumber : Becker, 1974 dan Rosenstock dkk, 1988, dalam Jones and Bartlett Publisher,LLc.(n.d)

3.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas maka peneliti menyederhanakan kerangka konsep untuk kepatuhan masyarakat dalam meminum obat filariasis di Kelurahan Limo Depok sebagai berikut:

Variabel Independen

Variabel dependen



3.3. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Cara ukur/ alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1.	Kepatuhan meminum obat filariasis	Pernyataan seseorang untuk meminum obat filariasis yang telah didupatkannya	Wawancara/ kuesioner	1. Patuh, minum obat sebanyak 3 kali 2. Kurang patuh, minum obat kurang 3 kali	Ordinal
2	Umur	Usia responden berdasarkan ulang tahun terakhir	Wawancara/ kuesioner	1. < 37 tahun 2. ≥ 37 tahun	Ordinal
3	Status	Kondisi pernikahan/ rumah tangga responden	Wawancara/ kuesioner	1. Menikah/pernah 2. Lajang	Nominal

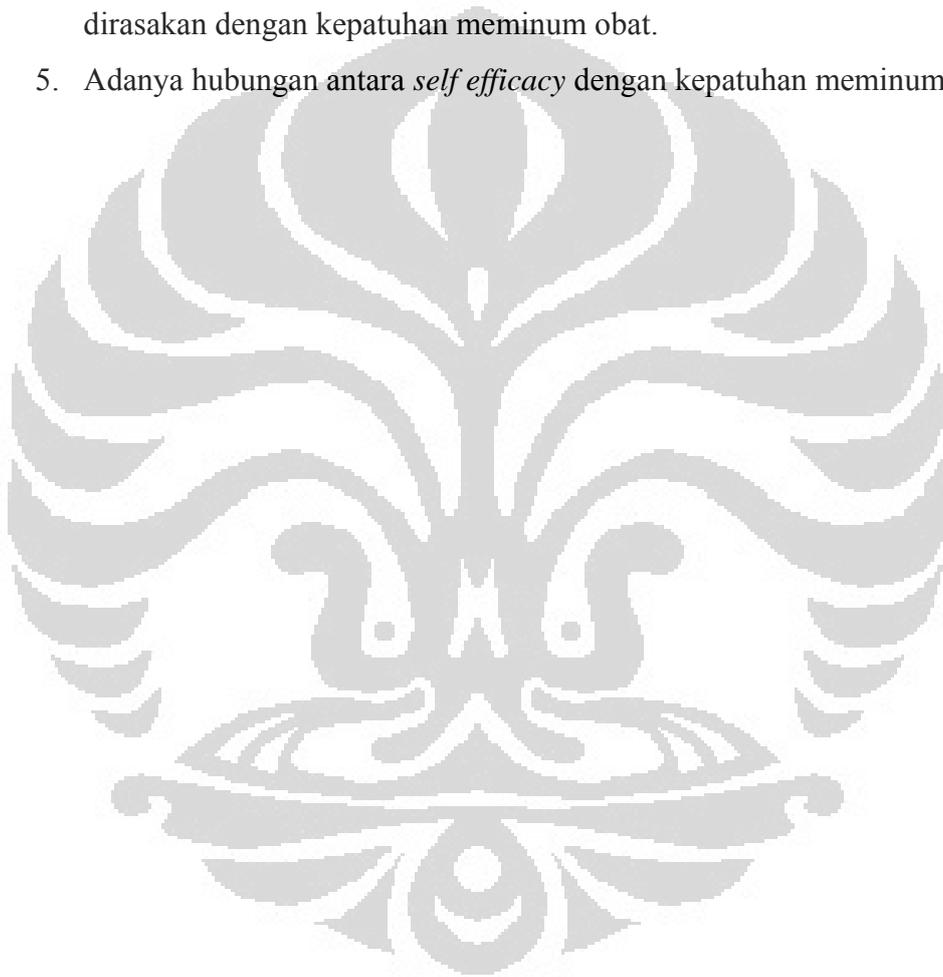
Universitas Indonesia

No	Variabel	Definisi	Cara ukur/ alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
4	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir saat wawancara berdasarkan Surat Tanda Tamat Belajar yang diperoleh oleh responden	Wawancara/ kuesioner	1. Tinggi, \geq SMA/ sederajat 2. Rendah, \leq SMP/ sederajat	Ordinal
5.	Jenis Kelamin	Ciri fisik yang terlihat pada responden saat wawancara	Wawancara/ kuesioner	1.laki-laki 2.perempuan	Nominal
6.	Persepsi kerentanan	Pernyataan responden yang menyatakan dirinya merasa rentan/mudah terkena dan terserang penyakit filariasis	Wawancara/ kuesioner	1.Mendukung, skor persepsi kerentanan \leq nilai mean 2.Kurang mendukung, skor persepsi kerentanan $>$ mean	Ordinal
7.	Persepsi keseriusan	Pernyataan responden yang merasa bahwa filariasis menimbulkan masalah serius bagi hidupnya	Wawancara/ kuesioner	1.Mendukung, skor persepsi kerentanan \leq mean 2.Kurang mendukung, skor persepsi serius $>$ nilai mean	Ordinal

No	Variabel	Definisi	Cara ukur/ alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
8.	Persepsi manfaat	Pernyataan responden adanya keuntungan yang didapat dari meminum obat filariasis	Wawancara/ kuesioner	1.Mendukung, skor persepsi manfaat \leq nilai mean 2.Kurang mendukung, skor persepsi manfaat $>$ nilai mean	Ordinal
9.	Persepsi hambatan	Pernyataan adanya hambatan yang dirasakan responden dalam meminum obat filariasis	Wawancara/ kuesioner	1.Mendukung, skor persepsi hambatan \leq nilai mean 2.Kurang Mendukung, skor persepsi hambatan $>$ nilai mean	Ordinal
10.	Self efficacy	Responden merasa yakin akan kemampuan dirinya meminum obat filariasis pada pengobatan missal selanjutnya	Wawancara/ kuesioner	1.Mendukung, skor persepsi <i>self efficacy</i> \leq nilai mean 2.Kurang Mendukung, skor persepsi <i>self efficacy</i> $>$ nilai mean	Ordinal

3.4.Hipotesis

1. Adanya gambaran kepatuhan meminum obat filariasis
2. Adanya hubungan antara karakteristik responden dengan kepatuhan meminum obat
3. Adanya hubungan antara persepsi kerentanan dan persepsi keseriusan penyakit filariasis dengan kepatuhan dalam meminum obat.
4. Adanya hubungan antara persepsi manfaat dan persepsi hambatan yang dirasakan dengan kepatuhan meminum obat.
5. Adanya hubungan antara *self efficacy* dengan kepatuhan meminum obat.



BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross sectional*. Desain ini digunakan karena *variable dependen* dan *variable independen* pada saat yang bersamaan di observasi dengan cara menyebarkan dan mengisi kuesioner kepada responden.

4.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada Minggu ketiga bulan Desember Tahun 2011 sampai dengan minggu kedua bulan Januari 2012 di Kelurahan Limo Depok. Penetapan lokasi ditentukan dengan kejadian penyakit filariasis yang terjadi pada akhir tahun 2010.

4.3. Populasi dan Sampel

Populasi target dalam penelitian ini adalah seluruh penduduk yang tinggal di kelurahan Limo kota Depok. Populasi Studi adalah rumah tangga dengan unit sampel anggota keluarga. Kriteria inklusinya adalah penduduk sasaran pengobatan massal, berumur diatas 14 tahun dan tidak lebih dari umur 65 tahun, tidak dalam keadaan hamil/menyusui, dan responden dalam kondisi sehat/tidak sakit berat. Penghitungan sampel (Ariawan, 1998) dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{Z^2 1-\alpha/2 P(1-P)}{d^2}$$

Dimana :

n = Besar sampel

P = Estimasi Proporsi

d = Simpangan mutlak (0,10)

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kemaknaan α yakni 5% (1,96)

Berdasarkan rumus diatas maka didapat sampel minimal yang dibutuhkan adalah 96 responden. Sampel ditambah 10% dari sampel yang dibutuhkan untukantisipasi sehingga jumlah sampel keseluruhan adalah 107 responden.

4.4. Metode Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan merupakan data primer didapat dengan menggunakan kuesioner, kuesioner mengacu dari penelitian Kusumawardhani (2009) dan Meilani (2010) yang telah dimodifikasi sesuai kebutuhan peneliti. Kegiatan pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dibantu dengan petugas pengumpul data dengan kriteria: lulusan SMA, kader PKK/karang taruna yang telah diberi arahan dengan jelas tidak ada pelatihan khusus yang diberikan. Pengumpul data melakukan tugasnya masing-masing dengan mendatangi responden ke rumahnya satu persatu. Bila dalam satu rumah ada beberapa sampel maka sampel yang diambil hanya satu disesuaikan dengan kondisi responden yang lebih memungkinkan untuk diambil datanya. Metode pengambilan sampel dilakukan secara acak sederhana (*simple random sampling*). Metode pengambilan sampel secara acak sederhana ini merupakan metode pengambilan sampel terbaik dan paling mudah dimengerti dengan dasar dari metode pengambilan sampel ini adalah untuk memberikan kesempatan yang sama kepada unit sampel untuk terpilih sebagai sampel (Ariawan,1998). Kelurahan Limo mempunyai 9 rukun warga sehingga dari jumlah sampel yang dibutuhkan yaitu 107 sampel dibagi 9 RW sehingga didapat untuk jumlah sampel masing-masing RW adalah 12 responden. Pengambilan sampel dimulai dari titik awal atau *central point* pada kantor RW dan dipilih pintu rumah yang terdekat dari kantor selanjutnya selang satu rumah berikutnya yang diambil datanya.

4.5. Manajemen Data

Sebelum data diolah dengan menggunakan perangkat lunak (*software*) yang terdapat pada komputer/laptop, terlebih dahulu dilakukan manajemen data untuk menghindari dan mengantisipasi kesalahan yang akan terjadi pada data

yang telah dikumpulkan yaitu terdiri dari beberapa langkah antara lain sebagai berikut:

1. Pemeriksaan kelengkapan data
2. Penyuntingan data (*editing*), memeriksa ketepatan jawaban kuesioner dan kesalahan dalam pengisian kuesioner serta memeriksa konsistensi jawaban pada kuesioner
3. Pengkodean data (*coding*), mengklasifikasikan data dan memberikan kode tertentu sesuai dengan alternative jawaban yang telah diberikan untuk memudahkan proses memasukkan data pada *software* komputer.
4. *Entry* data, langkah ini dilakukan setelah kedua proses diatas selesai dilakukan yaitu membuat struktur data dan data file dengan memberikan nomor identifikasi responden sehingga proses *entry* data dapat dilakukan dan data siap dianalisis.
5. *Cleaning* data, memeriksa kembali kemungkinan adanya kesalahan dalam memberi kode, ketidaklengkapan atau penyimpangan data dan dikoreksi kembali untuk melihat kelogisannya.

4.6. Analisis Data

Setelah serangkaian manajemen data selesai dilakukan selanjutnya adalah analisis data. Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat dan analisis bivariat dari variabel yang telah ditentukan.

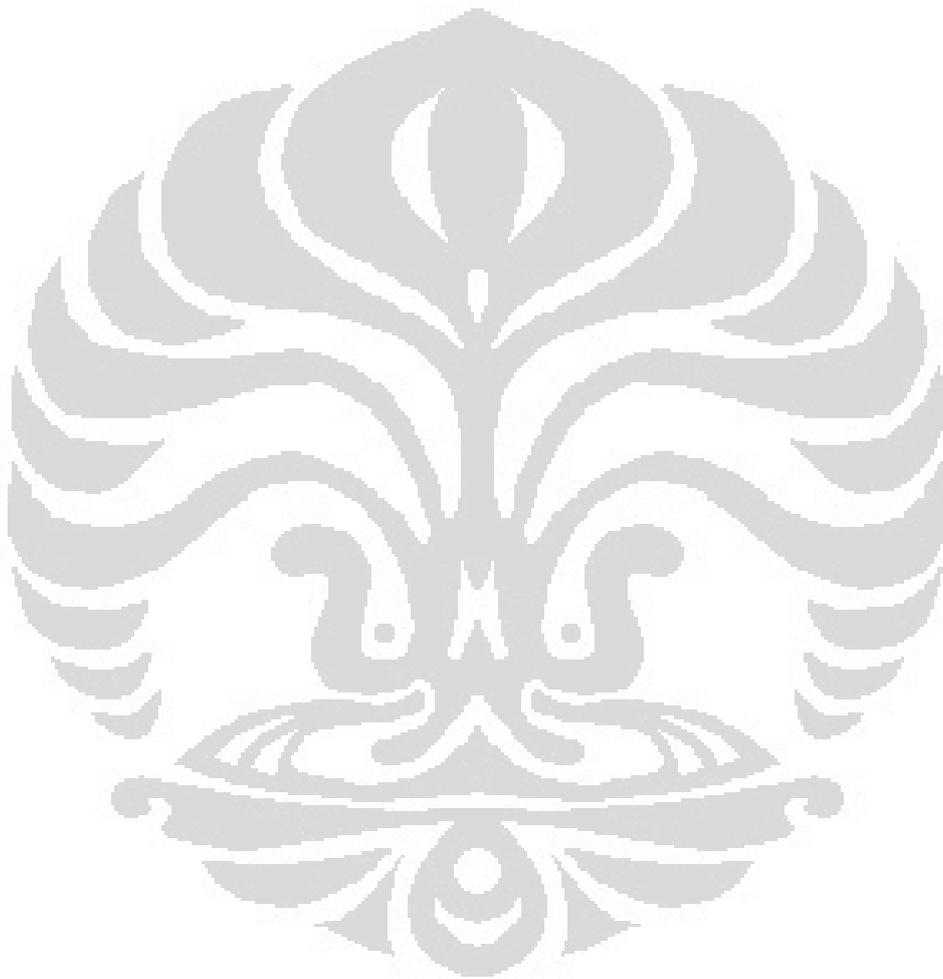
4.6.1. Analisis Univariat

Adalah analisis yang dilakukan untuk melihat gambaran setiap variabel yang diteliti sehingga didapat frekuensi dan persentase dan variasi nilai. Dari hasil analisis ini akan dapat dilihat gambaran kepatuhan meminum obat filariasis.

4.6.2. Analisis Bivariat

Untuk mengetahui hubungan antara *variable independen* dengan *variable dependen* dilakukan analisis bivariat yaitu analisa yang dilakukan antara dua variable dengan menggunakan uji statistik *chi-square* karena data yang disajikan

merupakan data katagorik. Derajat kepercayaan yang digunakan adalah 95% dengan batas kemaknaan 0,05. Bila hasil uji statistik menunjukkan nilai $p\ value \leq 0,05$ artinya hubungan antara *variable independen* dan *dependen* bermakna tetapi bila terjadi sebaliknya yaitu $p\ value > 0,05$ maka hubungan antara *variable dependen* dan *independen* tidak bermakna.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan pada minggu keempat bulan Desember tahun 2011 sampai dengan minggu keempat bulan Januari 2012 di Kelurahan Limo Depok untuk melihat kepatuhan responden dalam meminum obat filariasis pada pengobatan massal diperoleh beberapa hasil yang berhubungan dengan persepsi responden berdasarkan teori perilaku kesehatan *Health Belief Model*.

5.1. Gambaran Kepatuhan Responden Dalam Minum Obat Filariasis

Gambaran kepatuhan minum obat filariasis pada pengobatan massal di kelurahan limo dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel. 5.1
Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Minum Obat Filariasis Di
Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

Minum Obat	n	Persentase
Sudah minum 3 kali	78	72,9
Sudah minum 2 kali	18	16,8
Sudah minum 1 kali	10	9,3
Tidak pernah minum	1	0,9
Jumlah	107	100

Berdasarkan tabel 5.1 didapat bahwa 72,9 % responden sudah meminum obat 3 kali dan untuk memudahkan penelitian dilakukan kategori kembali seperti pada tabel berikut ini :

Tabel. 5.2. Distribusi Responden Berdasarkan
Kepatuhan Minum Obat Filariasis Di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

Perilaku Minum Obat Filariasis	n	Persentase
Patuh meminum	78	72,9%
Kurang patuh	29	27,1%
Jumlah	107	100%

Berdasarkan tabel 5.2 hasil yang diperlihatkan bahwa 27,1% responden kurang patuh meminum obat yaitu yang mengonsumsi obat kurang dari tiga kali.

5.2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dilihat berdasarkan tingkat pendidikan dan status perkawinan, hal ini dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.3. Distribusi Responden Berdasarkan Deskripsi Pendidikan Responden Di Kelurahan Limo Tahun 2011

Karakteristik	n	Persentase
Tingkat Pendidikan		
o tidak lulus SD	6	5,6
o lulus SD/ sederajat	16	15,0
o lulus SMP/ sederajat	29	27,1
o lulus SMA/ sederajat	48	44,9
o lulus akademi/ Perguruan Tinggi	8	7,5
Status		
o Menikah	87	81,3
o Lajang	16	15,0
o Janda/duda	4	3,7

Hasil yang ditampilkan pada tabel 5.3. bahwa tingkat pendidikan responden sebanyak 44,9% adalah lulusan SMA dan responden yang lulus akademi/perguruan tinggi sebanyak 7,5%. Untuk status responden didominasi oleh responden yang sudah menikah yaitu sebanyak 81,3 %.

Untuk karakteristik responden berdasarkan umur dapat dilihat nilai rata-rata umur responden, umur terbanyak pada responden seperti pada tabel dibawah ini yaitu :

Tabel.5.4. Deskripsi Umur Responden Di Kelurahan Limo Depok, 2011

Deskripsi	Nilai
Minimum	15
Maksimum	61
Mean	37,68
Median	37
Mode	30
Standar Deviasi	11,399

Data pada tabel 5.4 menunjukkan rentang umur responden yang terbanyak adalah antara 30 sampai dengan 40 tahun dengan umur rata-rata responden adalah 37 tahun. Untuk kepentingan analisis data maka hasil dari pendataan diatas dikelompokkan kembali seperti pada tabel berikut ini:

Tabel 5.5.
Distribusi Responden Berdasarkan
Karakteristik Jenis Kelamin,Usia, Tingkat Pendidikan dan Status
Di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

Karakteristik	n	Persentase
Jenis Kelamin		
- Laki-laki	62	57,9%
- Perempuan	45	42,1%
Umur (nilai mean = 37)		
- < 37 tahun	57	53,3%
- ≥ 37 tahun	50	46,7%
Tingkat Pendidikan		
- Tinggi	56	52,3%
- Rendah	51	47,7%
Status		
- Menikah/ pernah menikah	91	85%
- Lajang/ belum pernah menikah	16	15%

Hasil yang ditunjukkan pada tabel 5.5 adalah perbedaan jenis kelamin responden laki-laki dengan perempuan sebesar 15,8%, lebih banyak responden laki-laki daripada responden perempuan, untuk karakteristik responden berdasarkan usia didapat perbedaannya sebesar 6,6%. Untuk tingkat pendidikan responden antara pendidikan tinggi dan pendidikan rendah perbedaannya sebesar 4,6% lebih banyak yang berpendidikan tinggi daripada responden yang berpendidikan rendah sedangkan untuk karakteristik status, responden yang telah/pernah menikah lebih banyak 5,7 kali dari jumlah responden yang lajang atau belum pernah menikah

5.3. Persepsi Kerentanan Penyakit Filariasis

Persepsi kerentanan merupakan bagian dari perilaku kesehatan *Health Belief Model*, bagian ini akan melihat seberapa besar persepsi kerentanan akan terserang ataupun tertular penyakit filariasis ini dalam mempengaruhi responden meminum obat filariasis pada pengobatan massal di Kelurahan Limo. Tabel

distribusi responden berdasarkan persepsi kerentanan responden pada penyakit filariasis dapat dilihat pada halaman berikut.

Tabel 5.6. Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Kerentanan Penyakit Filariasis Di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

Pernyataan	Sangat setuju		Setuju		Tidak setuju		Sangat tidak setuju	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kerentanan								
Saya khawatir lingkungan sekitar kurang sehat sehingga saya harus meminum obat filariasis	73	68,2	32	29,9	2	1,87	0	0
Bila saya tidak meminum obat saya mudah terserang filariasis	56	52,3	37	34,6	14	13,1	0	0
Filariasis dapat menyerang siapa saja	59	55,1	47	43,9	1	0,9	0	0
Saya mungkin terserang filariasis sehingga saya perlu meminum obat filariasis	27	25,2	71	66,4	7	6,6	2	1,8
Saya selalu minum obat filariasis tiap tahun untuk menghindari penularan	56	52,3	49	45,8	1	0,9	1	0,9

Berdasarkan tabel 5.6, responden yang menyatakan sangat setuju jika lingkungan sekitar yang kurang sehat mampu mempengaruhi mereka meminum obat sebanyak 68,2 % responden yang yakin akan terserang penyakit sehingga perlu meminum obat tersebut sebanyak 66,4%.

5.4. Persepsi Keseriusan Penyakit Filariasis

Persepsi akan seriusnya penyakit filariasis ini bagi responden dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.7
Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Keseriusan Penyakit Filariasis Di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

Pernyataan	Sangat setuju		Setuju		Tidak setuju		Sangat tdk setuju	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Keseriusan								
Filariasis dapat menyebabkan kelumpuhan	59	55,1	48	44,9	0	0	0	0

Tabel 5.7 (lanjutan)

Pernyataan	Sangat setuju		Setuju		Tidak setuju		Sangat tidak setuju		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
Keseriusan									
Filariasis akan mengakibatkan kematian	42	39,3	63	58,9	2	1,8	0	0	
Saya khawatir akan terserang penyakit filariasis	65	60,7	38	35,5	4	3,74	0	0	
Saya sangat beresiko tinggi terkena penyakit filariasis bila tidak meminum obat	55	51,4	46	43	6	5,61	0	0	
Filariasis dapat mewabah di seluruh daerah	66	61,7	40	37,4	1	0,93	0	0	

Tabel 5.7 memperlihatkan bahwa responden yang sangat setuju dan setuju bahwa filariasis dapat menyebabkan kematian sebesar 39,3% dan 58,9%. Responden setuju bahwa filariasis dapat mewabah di setiap daerah sebanyak 61,7%, responden yang tidak setuju sebanyak 0,93% dan responden yang tidak setuju bahwa penyakit filariasis dapat menyebabkan kematian yaitu sebesar 1,8%.

5.5. Persepsi Manfaat Responden

Persepsi responden akan manfaat minum obat filariasis pada program pengobatan massal dapat terlihat pada tabel distribusi responden dibawah ini :

Tabel 5.8. Distribusi Responden
Berdasarkan Persepsi Manfaat Di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

Pernyataan	Sangat setuju		Setuju		Tidak setuju		sangat tidak setuju		
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Manfaat									
Bila saya meminum obat filariasis saya tidak akan terserang penyakit tsb	46	43	60	56,1	1	0,9	0	0	
Saya akan melindungi diri saya dan keluarga saya bila saya meminum obat filariasis	57	53,3	40	37,4	10	9,3	0	0	
Minum obat filariasis mendatangkan keuntungan bagi saya	48	44,9	57	53,3	2	1,9	0	0	

Tabel 5.8 (lanjutan)

Pernyataan	Sangat setuju		setuju		tidak setuju		sangat tidak setuju	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Manfaat								
Kepatuhan saya meminum obat filariasis akan memberikan kontribusi dalam mengeliminasi/ menghilangkan filariasis di Depok	47	43,9	60	56,1	0	0	0	0

Dari tabel 5.8 menampilkan data responden yang menyatakan tidak setuju jika minum obat filariasis mendatangkan keuntungan bagi dirinya sendiri sebanyak 1,9% dan responden yang tidak setuju dengan pernyataan bahwa minum obat filariasis tidak akan terserang penyakit tersebut sebanyak 0,9 % responden.

5.6. Persepsi Hambatan Responden

Persepsi hambatan yang terdapat pada responden dalam minum obat filariasis dapat dilihat pada tabel distribusi responden berikut ini :

Tabel 5.9
Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Hambatan Di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

Pernyataan	Sangat setuju		Setuju		Tidak setuju		Sangat tidak setuju	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hambatan								
Bila saya meminum obat filariasis saya selalu mual dan muntah-muntah	19	17,8	59	55,1	20	18,7	9	8,4
Saya tidak pernah mendapat obat filariasis gratis	1	0,9	0	0	45	42,1	61	57
Saya selalu membeli sendiri obat filariasis	0	0	0	0	45	42,1	62	57,9
Saya meminum obat filariasis karena terpaksa	0	0	0	0	41	38,3	66	61,7
Saya meminum obat filariasis bukan karena kesadaran saya	0	0	0	0	43	40,2	64	59,8
Pembagian obat filariasis tidak merata	0	0	0	0	39	36,4	68	63,6

Hasil yang disajikan tabel 5.9 memperlihatkan bahwa responden yang menyatakan tidak pernah mendapat obat filariasis secara gratis sebanyak 0,9 % dan tidak ada seorang responden pun yang meminum obat secara terpaksa. Dan responden yang merasakan efek samping dari minum obat sebanyak 72,9%.

5.7. Keyakinan Responden Minum Obat

Keyakinan responden dalam minum obat filariasis di kelurahan Limo dapat terlihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.10
Distribusi Responden Berdasarkan *Self Efficacy*
Di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

Pernyataan	Sangat setuju		Setuju		Tidak setuju		Sangat tidak setuju	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Self Efficacy</i>								
Saya yakin akan kemampuan saya untuk selalu meminum obat filariasis	64	59,8	43	40,2	0	0	0	0
Saya bersedia meminum obat filariasis untuk tahun berikutnya	63	58,9	44	41,1	0	0	0	0
Saya tahu manfaat meminum obat filariasis	64	59,8	43	40,2	0	0	0	0

Berdasarkan data pada tabel 5.10 menunjukkan bahwa tidak ada responden yang tidak setuju untuk meminum obat filariasis pada tahun berikutnya.

5.8. Deskripsi Variabel *Health Belief Model*

Tabel berikut ini memperlihatkan deskripsi dari nilai masing-masing variabel *Health Belief Model* yaitu :

Tabel. 5. 11
Deskripsi Variabel HBM

Variabel Persepsi	Nilai Min	Nilai Max	Nilai Mean	Median	S.D
Kerentanan	2,5	6,5	3,8	3,5	2,145
Keseriusan	2,5	6,5	3,8	3,5	1,162

Tabel 5.11 (lanjutan)

Variabel Persepsi	Nilai Min	Nilai Max	Nilai Mean	Median	S.D
Manfaat	3,1	7,5	4,8	5,0	2,384
Hambatan	2,5	5,8	3,6	3,3	2,244
<i>Self_efficacy</i>	2,5	5	3,8	2,5	1,428

Data yang ditampilkan oleh tabel 5.11 memperlihatkan bahwa nilai rata-rata dari kelima komponen HBM setelah dikonversi kedalam skala sepuluh didapat nilai 3,8 untuk variabel kerentanan, begitu juga dengan keseriusan dan *Self efficacy*. Untuk variabel manfaat dan hambatan bernilai 4,8 dan 3,6.

5.9. Distribusi Responden Menurut Variabel HBM

Nilai dari masing-masing variabel yang mendukung dan kurang mendukung responden dalam minum obat filariasis dapat dilihat pada tabel dibawah ini, yaitu :

Tabel.5.12. Distribusi Responden Menurut Variabel HBM

Variabel	Range nilai	n	Persentase
Kerentanan			
- mendukung	2,5 - 3,8	63	58,9
- kurang mendukung	3,9 - 6,5	44	41,1
Keseriusan			
- mendukung	2,5 - 3,8	61	57,1
- kurang mendukung	3,9 - 6,5	46	42,9
Manfaat			
- mendukung	3,1 - 4,8	46	42,9
- kurang mendukung	4,9 - 7,5	61	55,1
Hambatan			
- mendukung	2,5 - 3,6	54	50,5
- kurang mendukung	3,7 - 5,8	53	49,5
<i>Self Efficacy</i>			
- mendukung	2,5 - 3,8	63	58,9
- kurang mendukung	3,9 - 5,0	44	41,1

Dari kelima komponen *Health Belief Model* pada tabel 5.12, persentase yang rendah ada pada variabel keseriusan dan persentase yang tinggi juga ada pada

variabel keseriusan tetapi pada variabel *self efficacy*, responden yang *self efficacy*-nya rendah lebih banyak dari pada yang tinggi.

5.10. Hubungan Antara Karakteristik Responden Dengan Kepatuhan Minum obat

Hasil penelitian univariat dari masing-masing karakteristik responden yaitu umur, pendidikan, jenis kelamin dan status responden dihubungkan dengan kepatuhan minum obat responden pada pengobatan massal filariasis dengan menggunakan analisa bivariat dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.13
Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Kepatuhan Minum Obat di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

Variabel		Kepatuhan				Total		pValue
		Ya		Tidak		N	%	
		n	%	n	%			
Jenis kelamin	Laki-laki	45	72,6	17	27,4	62	100	1,000
	Perempuan	33	73,3	12	26,7	45	100	
Umur	< 37 th	45	78,9	12	21,1	57	100	0,191
	≥ 37 th	33	66	17	34	50	100	
Tingkat pendidikan	Tinggi	46	82,1	10	17,9	56	100	0,030
	Rendah	32	62,7	19	37,3	51	100	
Status	Menikah/ pernah	66	72,5	25	27,5	91	100	1,000
	Lajang/ belum	12	75,0	4	25,0	16	100	

Dari tabel 5.13 ada perbedaan antara tingkat pendidikan responden dengan kepatuhan minum obat filariasis, proporsi responden yang pendidikan tinggi pada responden yang patuh lebih tinggi dari pada responden yang berpendidikan rendah dengan menghasilkan nilai p sebesar 0,03, maka dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang bermakna secara statistik antara keduanya. Untuk variabel status responden tidak ada hubungan yang bermakna dengan kepatuhan, hal ini terlihat

dari nilai p yang dihasilkan sebesar 1,000. Begitupun dengan karakteristik jenis kelamin dan umur responden, keduanya tidak mempunyai hubungan dengan kepatuhan responden meminum obat karena nilai p yang dihasilkan lebih besar dari 0,05.

5.11. Hubungan Antara Variabel HBM Dengan Kepatuhan Minum Obat

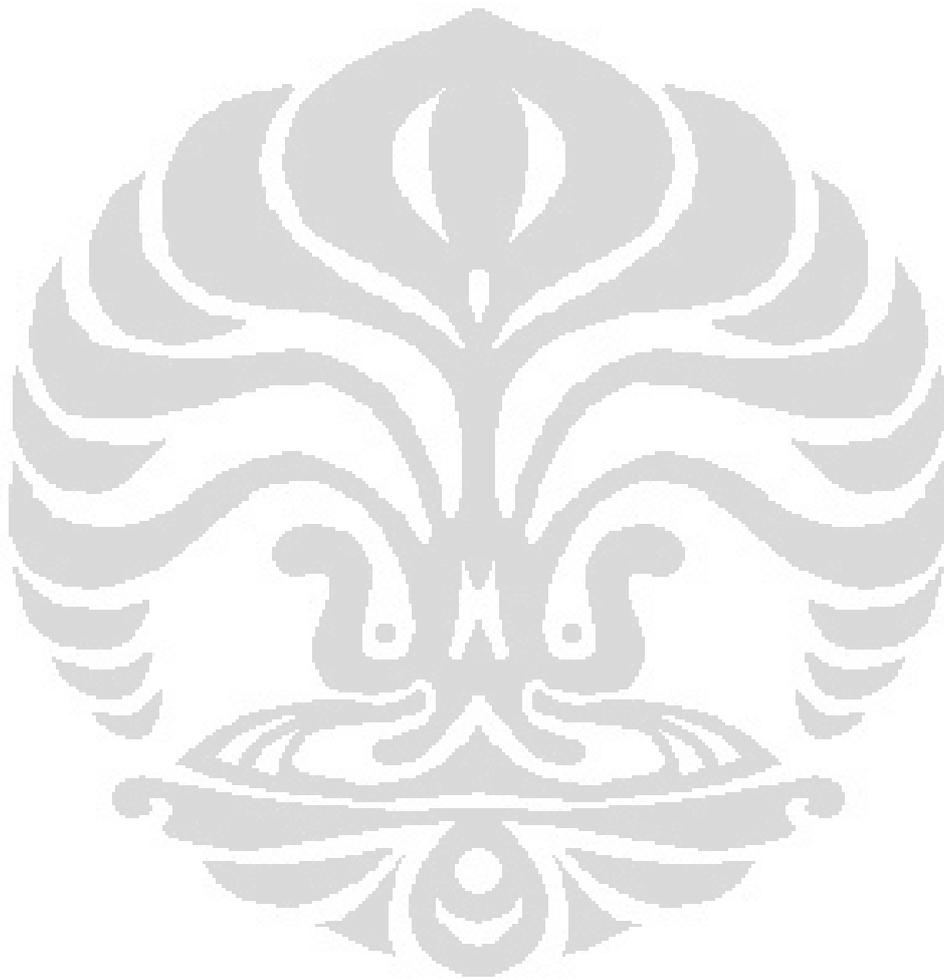
Tabel berikut ini memperlihatkan hubungan antara variabel *Health Belief Model* dengan kepatuhan responden dalam minum obat filariasis pada pengobatan massal yaitu :

Tabel 5.14
Hubungan antara Variabel HBM dengan Kepatuhan Minum Obat di Kelurahan Limo Depok Tahun 2011

Variabel Persepsi		Kepatuhan				Total		Nilai p
		Ya		Kurang Patuh				
		n	%	n	%	N	%	
Kerentanan	Mendukung	56	88,9	7	11,1	63	100	0,005
	Kurang Mendukung	22	50,0	22	50,0	44	100	
Keseriusan	Mendukung	54	88,5	7	11,5	61	100	0,005
	Kurang Mendukung	24	52,2	22	47,8	46	100	
Manfaat	Mendukung	41	89,1	5	10,9	46	100	0,001
	Kurang Mendukung	37	60,7	24	39,3	61	100	
Rintangan	Mendukung	48	88,9	6	11,1	54	100	0,005
	Kurang Mendukung	30	56,6	23	43,4	53	100	
<i>Self efficacy</i>	Mendukung	54	85,7	9	14,3	63	100	0,001
	Kurang Mendukung	24	54,5	20	45,5	44	100	

Berdasarkan tabel 5.11, dapat dilihat bahwa nilai persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat dan persepsi hambatan serta efikasi diri ada

hubungan yang bermakna secara statistik karena nilai p yang dihasilkan dari masing-masing persepsi tersebut $\leq 0,05$.



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan atau kelemahan penelitian tentang kepatuhan minum obat ditinjau dari teori *Health Belief Model* antara lain :

1. Data yang digunakan tidak memperhatikan lamanya masa tinggal responden dalam wilayah Kelurahan Limo, sehingga hal ini juga merupakan bias dari penelitian ini. Lamanya masa tinggal akan mempengaruhi proporsi ketidakpatuhan responden
2. Kemungkinan adanya bias dari instrument ataupun bias dari responden itu sendiri.

6.2. Perilaku Kepatuhan

Menurut Sacket & Chow (1979) dalam Agustini (2011) mengemukakan kepatuhan yang dilakukan dengan tujuan untuk pengobatan akan mencapai derajat kepatuhan sebesar 70% sampai dengan 80% dan kepatuhan yang dilakukan untuk tindakan pencegahan akan mencapai 60% sampai dengan 70%.

Kepatuhan responden dalam minum obat filariasis berdasarkan teori *Health Belief Model* di kelurahan Limo sebanyak 72,9%, hasil ini lebih kecil dari hasil penelitian yang dilakukan Oktarina (2010) yang menyatakan bahwa perilaku minum obat filariasis di kabupaten Banyuwasin sebesar 79,1%. Sedangkan penelitian yang dilakukan Kusumawardani (2009) menghasilkan perilaku minum obat filariasis sebesar 85%, dan hasil penelitian yang dilakukan Suherni menghasilkan perilaku minum obat filariasis di kabupaten Subang sebesar 94,2%.

6.3. Hubungan Karakteristik Responden dengan Kepatuhan

6.3.1. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki mempunyai derajat kepatuhan yang lebih rendah dari perempuan yaitu 72,6% sedangkan derajat kepatuhan responden perempuan 73,3% walaupun

jumlah responden laki-laki lebih banyak dari jumlah responden perempuan tentunya hal ini tidak begitu mempengaruhi dalam hal kepatuhan karena persentase yang dihasilkan hampir sama.

Untuk variabel jenis kelamin tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kepatuhan meminum obat filariasis, secara statistik hal ini dapat digambarkan dengan nilai p yang dihasilkan yaitu 1(satu) dan nilai ini lebih besar dari nilai α 0,05. Hubungan ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Ibrahim (2009) yang mengatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kepatuhan menggunakan sarung tangan. Hasil yang sama disampaikan juga pada penelitian Oktarina (2010) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku minum obat filariasis. Didukung juga oleh penelitian Preti (2011) yang menyatakan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan kepatuhan pengobatan pada penderita Tuberkulosis Paru.

Sebuah penelitian tentang penyakit filariasis yang dilakukan dikota Taraba, Nigeria oleh Ogonnaya dan Okeibunor (2005) menghasilkan nilai p yang lebih besar dari 0,05 pada variabel jenis kelamin maka dapat disimpulkan pada penelitian tersebut bahwa jenis kelamin tidak berhubungan pada kepedulian responden pada penyebaran penyakit filariasis.

Hal yang sama juga terdapat pada penelitian yang telah dilakukan Suherni (2008), yang menyatakan bahwa jenis kelamin tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku minum obat filariasis pada pengobatan massal di daerah subang.

6.3.2. Umur

Umur 25 tahun sampai dengan 34 tahun berjumlah 30,8%, sedangkan kelompok umur 35 tahun sampai dengan 44 tahun berjumlah 26,2% , tetapi pada penelitian ini kelompok umur dibedakan dari nilai rata-ratanya yaitu 37 tahun. Ada 53,3% responden yang memiliki yang memiliki kelompok umur dibawah

umur 37 tahun dan responden dengan kelompok umur lebih besar sama dengan 37 tahun ada 46,7%.

Untuk kelompok umur yang pertama (< 37 tahun) persentase kepatuhannya lebih tinggi dari kelompok umur yang kedua (≥ 37 tahun) yaitu 78,9% dan 66% hal ini akan berbanding terbalik dengan persentase kekurangpatuhan responden yaitu pada kelompok umur kedua lebih tinggi daripada kelompok umur yang pertama. Walaupun adanya perbedaan persentase antara kedua kelompok, tetapi secara statistik hubungan keduanya tidak bermakna dan hal ini dibuktikan dengan adanya nilai p sebesar 0,191 yang sudah pasti lebih tinggi dari pada nilai α .

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusumawardani (2009) bahwa perbedaan distribusi praktik minum obat filariasis tidak berbeda bermakna secara statistik pada kelompok umur. Hal yang sama terdapat pada penelitian Agustini (2011) bahwa tidak terbukti ada hubungan antara umur dengan kepatuhan. Suherni (2008) juga mengatakan didalam penelitiannya yaitu umur tidak ada hubungannya dengan perilaku minum obat filariasis. Begitu juga dengan Widodo (2005) dari hasil penelitiannya didapat bahwa tidak ada hubungan antara umur penderita dengan kepatuhan minum obat.

6.3.3. Pendidikan

Tingkat pendidikan responden yang paling besar adalah lulus SMA/ sederajat sebanyak 44,9% dan dikelompokkan kembali menjadi tingkat pendidikan tinggi sebanyak 52,3% dan yang berpendidikan rendah sebanyak 47,7%. Pada tingkat pendidikan tinggi ada 82,1% responden yang patuh dan pada kelompok pendidikan rendah, responden yang patuh sebanyak 62,7%. Hasil yang memperlihatkan nilai p sebesar 0,03 tersebut mempunyai makna bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan minum obat.

Penelitian Preti (2011) menyatakan bahwa ada perbedaan proporsi kepatuhan pengobatan antara penderita yang berpendidikan tinggi dengan

pendidikan yang berpendidikan rendah dan adanya hubungan yang signifikan, hal tersebut juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mardiana (2004) bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan mengonsumsi tablet tambah darah.

Health Belief Model yang didasarkan pada pendidikan dapat efektif dalam meningkatkan kepatuhan medis pada pasien dengan alasan utama keberhasilan berkaitan dengan menghapus hambatan subjektif kepatuhan dan mendorong pasien untuk lebih baik dalam pengambilan obat (Nader, 2007)

Feuer Stein et.al. (1986) seperti dikutip oleh Suparyanto (2010) mengemukakan bahwa tingkat pendidikan dapat meningkatkan kepatuhan sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif yang diperoleh secara mandiri lewat tahapan-tahapan tertentu.

6.3.4. Status

Untuk status responden, status menikah dan pernah menikah dijadikan satu kategori dan status responden ini ada 85%, sedangkan sisanya ada 15% yang lajang ataupun belum pernah menikah. Status lajang lebih tinggi persentase kepatuhannya dalam meminum obat filariasis daripada status menikah yaitu 75% dan 72,5% untuk responden yang sudah ataupun pernah menikah.

Penelitian yang dilakukan Ogonnaya dan Okeibunor (2005) memperlihatkan bahwa status responden yang lajang dan menikah atau yang bercerai dengan penyebaran filariasis secara statistik tidak berhubungan. Penelitian yang mendukung terdapat pada penelitian yang dilakukan di dua kawasan Propinsi Ranong, Myanmar yaitu status perkawinan pada penduduk Myanmar juga tidak berhubungan bermakna secara statistik dalam mengonsumsi obat filariasis (Koyadum, 2005).

6.3.5. Persepsi Kerentanan

Persepsi kerentanan pada responden mempunyai persentase sebesar 88,9%. Besarnya resiko yang mungkin akan dihadapi dan dirasakan seseorang

terhadap masalah kesehatan yang salah satunya adalah penyakit filariasis akan mampu membuat individu melakukan suatu tindakan pencegahan penyakit. Hal itu dapat digambarkan pada pernyataan bahwa individu khawatir lingkungan sekitar kurang sehat sehingga harus meminum obat filariasis sebanyak 68,2%. Responden yang menyetujui bahwa penyakit filariasis dapat menyerang siapa saja sebanyak 99% responden dan responden yang menyatakan tidak setuju bahwa mereka mungkin akan terserang filariasis sehingga perlu meminum obat sebanyak 8,4%.

Persepsi kerentanan dengan kepatuhan responden meminum obat mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik dengan nilai p yang dihasilkan sebesar 0,005. Hal ini sejalan dengan penelitian Oktarina (2010) yaitu ada hubungan yang bermakna antara persepsi ancaman dengan praktek minum obat filariasis. Sedangkan pada penelitian Widyanti (2010) peran komponen HBM yang berhubungan dengan perilaku tidak merokok adalah kerentanan, didukung dengan penelitian yang ada pada Agustini (2011) bahwa kerentanan ada hubungan yang bermakna dengan kepatuhan .

6.3.6. Persepsi Keseriusan

Persepsi keseriusan yang mendukung kepatuhan responden sebanyak 88,5%, dengan menghasilkan nilai p sebesar 0,005 dan ada hubungan yang bermakna antara kepatuhan responden dengan persepsi keseriusan responden. Sejalan dengan penelitian yang ada pada Agustini (2011) bahwa keseriusan ada hubungan yang bermakna dengan kepatuhan.

Sejalan dengan penelitian Oktarina (2010) yaitu ada hubungan bermakna antara persepsi keseriusan dengan praktek minum obat. Penelitian Ogbonnaya dan Okeibunor (2005) mendapatkan responden sebanyak 51,3% yang mengatakan bahwa filariasis dan hidrokela adalah penyakit yang sangat serius dan sebanyak 14,3% mengatakan bahwa penyakit tersebut adalah penyakit minor . Ada 55% responden pria yang menyatakan keseriusan penyakit ini dan sebanyak 30% responden perempuan mengatakan hal yang sama.

Besarnya persepsi keseriusan pada individu sangat berkaitan dengan kepatuhan seperti pada penelitian Aisyah (2003) menghasilkan nilai p sebesar 0,013 yang mempunyai arti bahwa ada hubungan antara kepatuhan berobat dengan persepsi keseriusan yang terdapat pada diri responden.

6.3.7. Persepsi Manfaat

Dari kelima variabel HBM yang mendukung kepatuhan responden meminum obat dimulai dengan persentase yang tertinggi yaitu persepsi manfaat sebesar 89,1%, nilai p yang dihasilkan sebesar 0,001 dan secara statistik ada hubungan antara persepsi positif ini dengan kepatuhan minum obat filariasis. Walaupun persepsi ini mempunyai hubungan yang bermakna dengan kepatuhan akan tetapi masih ada responden yang tidak setuju bahwa dengan meminum obat filariasis maka akan melindungi diri dan keluarganya, responden yang beranggapan seperti ini sebanyak 9,3%. Semua responden mempunyai keyakinan bahwa kepatuhan mereka meminum obat akan memberikan kontribusi dalam mengeliminasi filariasis akan tetapi ada responden yang tidak setuju bahwa bahwa meminum obat filariasi akan mendatangkan keuntungan bagi dirinya sendiri.

Penelitian yang dilakukan Agustini (2011) juga menyatakan bahwa persepsi manfaat ada hubungan yang bermakna dengan kepatuhan. Hal ini didukung juga dengan penelitian Oktarina (2010) yaitu ada hubungan yang bermakna secara statistik antara persepsi manfaat responden dengan praktek minum obat filariasis. Hasil yang sama terdapat pada penelitian Aisyah (2003) bahwa ada hubungan yang bermakna antara persepsi manfaat pada responden dengan kepatuhan berobat pasien dibuktikan dengan dengan hasil nilai p yaitu 0,019.

6.3.8. Persepsi Hambatan

Persepsi hambatan mempunyai persentase yang sama dengan persepsi kerentanan yaitu sebesar 88,9%. Sejalan dengan penelitian yang ada pada Agustini (2011) bahwa persepsi rintangan mempunyai hubungan yang bermakna

dengan kepatuhan mengonsumsi tablet. Akan tetapi hal ini tidak sejalan dengan penelitian Oktarina (2010) bahwa persepsi hambatan tidak ada hubungan yang bermakna dengan praktek minum obat.

Persepsi negatif ini dipengaruhi oleh besarnya hambatan yang akan dihadapi dalam melakukan tindakan kesehatan, semakin besar hambatan yang dirasakan oleh suatu individu dalam melakukan tindakan pencegahan maka akan semakin kecil peluang untuk melaksanakan hal yang berkaitan dengan kegiatan pencegahan kesehatan tersebut. Selain manfaat yang dirasakan, hambatan merupakan hal penting yang perlu dipertimbangkan dalam melaksanakan suatu tindakan pencegahan.

Adanya efek samping yang dirasakan setelah mengonsumsi obat merupakan hal terbesar yang perlu diperhatikan variabel ini, karena sebanyak 72,9% merasakan mual dan ataupun muntah setelah meminum obat ini. Hal yang kurang mendukung dari responden dalam minum obat filariasis antara lain dipengaruhi oleh efek samping obat. Responden yang mengatakan bahwa tidak ada keluhan setelah minum obat sebanyak 31,8%, untuk responden yang mengalami pusing ada 24,3%, responden yang mengalami gangguan mual ada 26,2%, dan responden dengan gangguan demam sebanyak 7,5% dan sisanya sebanyak 10,2% dengan keluhan muntah, keluar cacing dan kombinasi dari semuanya, hal ini sejalan dengan kajian dari Badan Litbang Kesehatan (2004) bahwa gejala efek samping/reaksi pengobatan setelah minum obat pertama kali ada 42,9% yang mengalaminya, setelah minum obat yang kedua gejala efek samping berkurang.

6.3.9. Self Efficacy

Persentase variabel *self efficacy* yang mendukung kepatuhan yaitu sebesar 85,7%, dan ada hubungan yang bermakna antara persepsi ini dengan kepatuhan responden minum obat filariasis karena nilai *p* yang dihasilkan dari variabel ini sebesar 0,001. Sejalan dengan penelitian yang ada pada Agustini

(2011) bahwa efikasi diri ada hubungan yang bermakna dengan kepatuhan meminum tablet.

Hasil penelitian kepatuhan pasien hipertensi menunjukkan kepercayaan pada kemampuan pribadi untuk mengendalikan penyakit mereka dengan menghasilkan nilai p sebesar 0,001. (S Ross, 2000). Dalam meminum obat pengaruh *Self Efficacy* dipercaya dapat mengontrol penyakit filariasis dan sebanyak 65,6% responden pada penelitian yang dilakukan Ogbonnaya dan Okeibunor (2005) yang menyatakan bahwa *Albendazole* dipercaya akan efektif untuk mengontrol filariasis limfatik didalam lingkungan mereka

Didalam HBM seseorang menilai derajat resiko mereka dan membuat perhitungan manfaat (untung-rugi) jika ikut atau tidak ikut dalam perilaku kesehatan preventif atau perilaku yang berorientasi kesehatan, namun hasil perhitungan tersebut bervariasi berdasarkan informasi dan interpretasi yang dibuat dan prosesnya melibatkan elemen lain (Edberg,2010).

Diagnosa yang tepat, pemilihan obat serta pemberian obat yang benar dari tenaga kesehatan ternyata belum cukup untuk menjamin keberhasilan suatu terapi jika tidak diikuti dengan kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obatnya. Laporan WHO pada tahun 2003, kepatuhan rata-rata pasien pada terapi jangka panjang terhadap penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50% sedangkan di negara berkembang jumlah tersebut bahkan lebih rendah. Ketidakpatuhan berkontribusi pada efek negatif peningkatan kasus penyakit dan diperkirakan akan mencapai 65% pada tahun 2020. Kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang ditentukan oleh beberapa dimensi yang saling terkait antara lain faktor system kesehatan, faktor lingkungan juga yang perlu diperhatikan adalah faktor sosial ekonomi dan untuk menyelesaikan masalah ketidakpatuhan perlu dilakukan pendekatan secara multidisiplin (InfoPOM, 2006)

BAB 7

PENUTUP

7.1. Kesimpulan

1. Responden yang patuh dalam meminum obat filariasis pada pengobatan massal sebanyak 72.9% responden, dimana persentase yang diharapkan akan kepatuhan minum obat mencapai angka 98%
2. Terbukti bahwa kepatuhan yang terkait dengan persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan dan *self efficacy* dibangun dari pengalaman yang didapat oleh responden, semakin banyaknya pengalaman akan kesehatan yang didapat maka semakin baik persepsi akan kesehatan yang terbentuk didalam dirinya.
3. Pendidikan responden yang rendah cenderung tidak patuh untuk minum obat karena pendidikan responden yang rendah dapat diasumsikan bahwa responden tersebut kurang terpapar akan informasi terutama informasi yang berkaitan dengan kesehatan sehingga hal ini akan sangat berhubungan dengan perilaku responden dalam kepatuhan minum obat filariasis pada pengobatan massal. Semakin baik pendidikan responden maka perilaku kesehatan yang diharapkan akan semakin meningkat pula.

7.2. Saran

Keberhasilan pengobatan untuk kasus filariasis sangat tergantung pada kepatuhan masyarakat dalam mengonsumsi obat filariasis, program pengobatan massal dapat terhambat dan tidak berhasil seorang warga tidak mematuhi hal tersebut karena kita tidak dapat menduga hal-hal yang akan terjadi di daerah endemik penyakit filariasis.

7.2.1. Bagi Dinas Kesehatan Kota Depok

Penyakit filariasis bersumber vektor nyamuk yang hidup dari genangan air yang bila dalam beberapa waktu tidak dibersihkan akan menimbulkan perkembangbiakan nyamuk. Depok sebagai kota yang sedang membangun

menuju kota sehat sangat perlu memperhatikan variabel-variabel yang mendukung terciptanya penyakit menular melalui lingkungan. Persepsi positif dan persepsi negatif yang terdapat pada diri masyarakat dapat lebih dimanfaatkan lagi untuk mendukung kegiatan-kegiatan yang dapat menunjang pemberantasan penyakit menular lainnya. Masyarakat perlu lebih terpapar lagi dengan informasi-informasi kesehatan yang dapat dilakukan melalui petugas kesehatan atau para kader.

Promosi kesehatan tidak hanya merupakan bagian dari satu program saja akan tetapi harus dapat menjadi bagian dari setiap program yang ada dan koordinasi antara bidang atau unit kerja dalam penyuluhan dibidang kesehatan.

Program Jumat bersih yang sudah ada dapat ditingkatkan lagi untuk menghindari persepsi bahwa warga yang sudah minum obat tidak perlu membersihkan lingkungannya karena sudah terproteksi dengan minum obat.

7.2.1. Bagi Peneliti Lain

Dapat digunakan sebagai acuan untuk lebih menggali lagi persepsi dan keyakinan individu dalam meminum obat filariasis sekaitan dengan kerangka *Health Belief Model* yang ada pada individu di daerah endemik filariasis sehingga dapat digunakan untuk referensi pada penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, (2003). Hubungan Persepsi, pengetahuan TB Paru dan PMO dengan kepatuhan berobat pasien TB Paru di puskesmas Kecamatan Jatinegara Jakarta Timur Tahun 2001. <http://digilib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail>
- Anorital, 2004. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Penderita Filariasis malayi Selama Pelaksanaan Pengobatan di Kabupaten Tabalong Kalimantan Selatan. <http://digilib.litbang.depkes.go.id/go.php?id=jpkkbppk-gdl-grey-2004-anorital-2071-filariasis&PHPSESSID=xmgwjcgxhek> di akses 23 Maret 2012
- Agustini, Hidayati, 2011, Kepatuhan Ibu Hamil dalam Mengonsumsi Tablet Tambah darah di Puskesmas Mumbulsari Kecamatan Mumbulsari Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur, Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.
- Ariawan, Iwan, 1998. Besar Sampel pada Penelitian Kesehatan, Jurusan Biostatistik dan Kependudukan FKM UI, Depok
- Becker, Marshall H., ed. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Charles B. Slack Inc., New Jersey, 1974
- Chairufatah, Alex,(2009) filariasis limfatik. www.idai.or.id/kesehatananak/artikel.asp?q=200912011554, Diakses 7/11/ 2011
- Deborah Farmer; Bobbie Reddick; Ralph D'Agostino; Sharon A Jackson, 2007. *Medline Journal ; Title: Oncology nursing forum Volume: 34 ISSN: 1538-0688 ISO Abbreviation: Oncol Nurs Forum.*
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal PP & PL, 2008. Pedoman Program Eliminasi Filariasis Di Indonesia, Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal PP & PL, 2007. Penatalaksanaan Kasus Filariasis, Jakarta
- Edberg, Mark, 2010. Buku Ajar Kesehatan Masyarakat, Teori Sosial dan Perilaku; Penerbit Buku Kedokteran, EGC.

- Filariasis Prevention; Scientists at Centers for Disease Control and Prevention publish research in filariasis prevention, *Malaria Weekly* (Mar 17, 2008): 65, Journal Linker. <http://search.proquest.com/docview/195786260/132C38B13DC3FEAD7F1/8?accountid=17242#center>. Diakses 1 Nov 2011, pukul. 15.00 wib
- Gyapong, M., Wynd, S., et.al, 2007. *Understanding The Community Impact Of Lymphatic Filariasis: A Review Of The Sociocultural Literature*, Bulletin WHO Vol.85 No.6, June 2007 <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/6/06-031047/en/#.TqFJm3w> diakses tanggal 21 Oktober 2011; 13.30
- <http://bataviase.co.id/node/282720>. Tiga kelurahan Endemis Kaki Gajah. Diakses tanggal 11 Nov 2011;14:02
- <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/07/konsep-kepatuhan.html>. Konsep Kepatuhan. Diakses tanggal 9 Desember 2011, 14:51
- Ibrahim, Baihaqi, 2009. Tingkat Kepatuhan Penggunaan Sarung Tangan pada Petugas Laboratorium di Kota Cilegon tahun 2009. Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.
- Khawaldeh, A. I. (2008). *Predictors of colorectal cancer screening among arab americans: The role of fatalism*. University of California, Los Angeles). *ProQuest Dissertations and Theses*, , n/a. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/304655181?accountid=17242>
- Kementerian Kesehatan RI, 2010. Profil PP & PL Tahun 2009, Direktorat Jenderal PP & PL Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI, 2011. Atlas Vektor Penyakit Di Indonesia (Seri Pengendalian Vektor dan reservoir Penyakit), Seri 1
- Kusumawardani, Dewi, 2009. Gambaran Faktor-faktor Predisposisi dan Praktik Minum Obat Pada Pengobatan Massal Filariasis di 7 RW Kelurahan Baktijaya Depok Tahun 2009. Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.
- Koyadun, Surachart; Bhumiratana, Adisak. (2005). *Surveillance of imported bancroftian filariasis after two-year multiple*. *Southeast Asian Journal of*

Tropical Medicine and Public Health; Jul 2005; vol: 36, No.4; *ProQuest Health & Medical Complete*, pg. 822

Lawrence Ulu Ogonnaya, MSC & Joseph C. Okeibunor, PH.D, *Sociocultural factors affecting the prevalence and control of lymphatic filariasis in a local government area, taraba state. Ebonyi State University, Abakiliki, Nigeria*

Lori W, Turner, Sharon B, et.al., 2004. *Design and implementation of an Osteoporosis Prevention Program using the Health Belief Model. American Journal of Health Studies* <http://www.highbeam.com/doc/1G1-123634555.html>, Diakses 9 Maret 2012, 13.15.

Meilani, Wulan, 2011. Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam memberikan imunisasi dasar dengan pendekatan HBM di puskesmas Sukakarya tahun 2010. Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.

Notoatmodjo S, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta. Jakarta

Oktarina, Reni, 2010. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktik Minum Obat Pada Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Banyuasin, Sumatera Selatan Tahun 2009. Skripsi Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.

Preti, Dila, 2011. Faktor yang Berpengaruh Terhadap Kepatuhan Pengobatan/Minum Obat Penderita Tuberkulosis di Bogor. Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.

Rodiyah, Kusniyawati, (2011). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Terapi Rumatan Metadon Pada Pengguna Napza Suntik (Penasun) (Studi di Puskesmas Manahan Kota Surakarta Tahun 2011). Under Graduates thesis, Universitas Negeri Semarang. <http://lib.unnes.ac.id/6997/1/10007A.pdf>

Sarafino, Edward P, 2006. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions, fifth edition*, John Wiley & Sons, inc

Sistem Informasi Perencanaan Pembangunan Daerah Kota Depok, Bappeda Depok Tahun 2009. <http://www.bappeda.depok.go.id> diakses tanggal 30 Juni 2012

Suherni, 2008. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Minum Obat Filariasis Pada Kegiatan Pengobatan Massal Filariasis di Kabupaten Subang, Jawa Barat Tahun 2007. Skripsi Program Sarjana Kesehatan Masyarakat FKM UI, Depok.

Soedarto, 2009. Penyakit-penyakit Infeksi di Indonesia, Jakarta

S Sabesan, R Ravi, and P K Das . *Elimination of lymphatic filariasis in Indi*, (Jan 2005): 4-5. <http://search.proquest.com/docview/201571979/132C36E02281AC38DAC/7?accountid=17242>

Shona Wynd, Wayne D Melrose, David N Durrheim, Jaime Carron, Margaret Gyapong. *Understanding the community impact of lymphatic filariasis: a review of the sociocultural literature, Mak JW. Problems in filariasis control and the need for human behaviour and socio-economic research. Southeast Asian J Trop Med Public Health*

Lampiran 1

KUESIONER FILARIASIS

Perkenalan dan *informed consent*

Selamat pagi/siang. Saya Febriana Santhi, mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian kesehatan masyarakat mengenai kepatuhan minum obat filariasis. Bila bapak/ibu setuju, saya dibantu rekan-rekan ingin mengajukan beberapa pertanyaan yang mungkin berkaitan dengan bapak/ibu. Informasi yang anda berikan akan sangat berguna untuk pengembangan kegiatan kesehatan dan tidak akan ada kerugian ataupun menimbulkan bahaya oleh karena itu, partisipasi bapak/ibu sangat kami harapkan. Terima kasih.

Limo, Desember 2011

Identitas responden

No. responden :	RT:	RW:
Nama :		
Tanggal lahir :		Umur :
Status Janda/duda :	1. Menikah	2.lajang 3.
Jenis Kelamin :	1. Laki-laki	2. Perempuan
Pendidikan :	1. Tidak lulus SD 2. Lulus SD/ sederajat 3. Lulus SMP/ sederajat 4. Lulus SMA/ sederajat 5. Lulus akademi/ Perguruan Tinggi	

Tanda tangan Responden.

(.....)

Universitas Indonesia

Lingkari/contreng angka didepan pernyataan yang anda anggap paling benar.

No	Pertanyaan	Pilihan
1.	Apakah anda tahu bahwa depok merupakan daerah endemis filariasis?	1. Ya tahu 2. Tidak tahu
2.	Apakah anda tahu tentang pengobatan massal filariasis di Depok?	1. Ya tahu 2. Tidak tahu
3.	Apakah anda pernah meminum obat filariasis/kaki gajah?	1. Ya, pernah minum obat a. Sudah 3 kali b. Sudah 2 kali c. Baru 1 kali (bila ya, lanjut ke pertanyaan no.4,5,6) 2. Tidak pernah minum a. Belum mendapatkan obat b. Takut efek samping c. Belum perlu d. Lain-lain,
4.	Bila anda memperoleh obat filariasis, darimana anda mendapatkannya?	1. Petugas Puskesmas 2. kader posyandu/pkk 3. Pos pengobatan massal 4. Ketua RW/RT 5. Beli sendiri 6. lainnya..... .
5.	Bila anda menerima obat filariasis, berapa jenis obat yang anda terima?	1. Ada 1 jenis 2. Ada 2 jenis 3. Ada 3 jenis 4. Ada 4 jenis 5. Lebih dari 4 jenis
6.	Apa yang anda rasakan setelah anda meminum obat kaki gajah/ filariasis tersebut?	1. Pusing/sakit kepala 2. Mual 4. Muntah 6. Demam 8. Keluar cacing saat buang air (jawaban boleh lebih dari satu)
7.	Alasan tidak meminum obat

Universitas Indonesia

No	Pernyataan kerentanan	Sangat setuju	setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1.	Saya khawatir lingkungan sekitar kurang sehat sehingga saya harus meminum obat filariasis				
2.	Bila saya tidak meminum obat saya mudah terserang filariasis				
3.	Filariasis dapat menyerang siapa saja				
4.	Saya tidak mungkin terserang filariasis sehingga saya tidak perlu meminum obat filariasis				
5.	Saya selalu minum obat filariasis tiap tahun untuk menghindari penularan				

No	Pernyataan keseriusan	Sangat setuju	setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1.	Filariasis dapat menyebabkan kelumpuhan				
2.	Filariasis akan mengakibatkan kematian				
3.	Saya khawatir akan terserang penyakit filariasis				
4.	Saya sangat beresiko tinggi terkena penyakit filariasis bila tidak meminum obat				
5.	Filariasis dapat mewabah di seluruh daerah				

No	Pernyataan manfaat	Sangat setuju	setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1.	Bila saya meminum obat filariasis saya tidak akan terserang penyakit tersebut				
2.	Bila saya meminum obat filariasis saya tidak akan menjadi penyebab penularan penyakit filariasis				
3.	Saya akan melindungi diri saya dan keluarga saya bila saya meminum obat filariasis				
4.	Minum obat filariasis mendatangkan keuntungan bagi saya				
5.	Kepatuhan saya meminum obat filariasis akan memberikan kontribusi dalam mengeliminasi/ menghilangkan filariasis di depok				

No	Pernyataan rintangan	Sangat setuju	setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1.	Bila saya meminum obat filariasis saya selalu mual dan muntah-muntah				
2.	Saya tidak pernah mendapat obat filariasis gratis				
3.	Saya selalu membeli sendiri obat filariasis				
4.	Saya meminum obat filariasis karena terpaksa				
5.	Saya meminum obat filariasis bukan karena kesadaran saya				
6.	Pembagian obat filariasis tidak merata				

No	Pernyataan <i>self efficacy</i>	Sangat setuju	setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1.	Saya yakin akan kemampuan saya untuk selalu meminum obat filariasis				
2.	Saya bersedia meminum obat filariasis untuk tahun berikutnya				
3.	Saya tahu manfaat meminum obat filariasis				

Lampiran 2

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak lulus SD	6	5,6	5,6	5,6
lulus SD/ sederajat	16	15,0	15,0	20,6
lulus SMP/ sederajat	29	27,1	27,1	47,7
lulus SMA	48	44,9	44,9	92,5
lulus akademi/PT	8	7,5	7,5	100,0
Total	107	100,0	100,0	

patuh1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid patuh minum 3	78	72,9	72,9	72,9
kurang patuh	29	27,1	27,1	100,0
Total	107	100,0	100,0	

pendidikan1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tinggi	56	52,3	52,3	52,3
Rendah	51	47,7	47,7	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Klas umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	57	53,3	53,3	53,3
2,00	50	46,7	46,7	100,0
Total	107	100,0	100,0	

JK

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	62	57,9	57,9	57,9
perempuan	45	42,1	42,1	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Status

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid menikah	87	81,3	81,3	81,3
Lajang	16	15,0	15,0	96,3
janda/duda	4	3,7	3,7	100,0
Total	107	100,0	100,0	

Crosstab

		patuh1		Total
		patuh minum 3	kurang patuh	
pendidikan1 tinggi	Count	46	10	56
	% within pendidikan1	82,1%	17,9%	100,0%
rendah	Count	32	19	51
	% within pendidikan1	62,7%	37,3%	100,0%
Total	Count	78	29	107
	% within pendidikan1	72,9%	27,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,083(b)	1	,024		
Continuity Correction(a)	4,149	1	,042		
Likelihood Ratio	5,133	1	,023		
Fisher's Exact Test				,030	,021
Linear-by-Linear Association	5,036	1	,025		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,82.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pendidikan1 (tinggi / rendah)	2,731	1,123	6,643
For cohort patuh1 = patuh minum 3	1,309	1,025	1,671
For cohort patuh1 = kurang patuh	,479	,246	,932
N of Valid Cases	107		

Crosstab

			patuh1		Total
			patuh minum 3	kurang patuh	
Klas_umur	1,00	Count	45	12	57
		% within Klas_umur	78,9%	21,1%	100,0%
	2,00	Count	33	17	50
		% within Klas_umur	66,0%	34,0%	100,0%
Total		Count	78	29	107
		% within Klas_umur	72,9%	27,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,260(b)	1	,133		
Continuity Correction(a)	1,652	1	,199		
Likelihood Ratio	2,262	1	,133		
Fisher's Exact Test				,191	,099
Linear-by-Linear Association	2,239	1	,135		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,55.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Klas_umur (1,00 / 2,00)	1,932	,814	4,587
For cohort patuh1 = patuh minum 3	1,196	,941	1,520
For cohort patuh1 = kurang patuh	,619	,328	1,167
N of Valid Cases	107		

status_akhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	91	85,0	85,0	85,0
	2,00	16	15,0	15,0	100,0
Total		107	100,0	100,0	

status_akhir * patuh1 Crosstabulation

		patuh1		Total	
		patuh minum 3	kurang patuh		
status_akhir	1,00	Count	66	25	91
		% within status_akhir	72,5%	27,5%	100,0%
	2,00	Count	12	4	16
		% within status_akhir	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Count	78	29	107
		% within status_akhir	72,9%	27,1%	100,0%

JK * patuh1 Crosstabulation

			patuh1		Total
			patuh minum 3	kurang patuh	
JK	laki-laki	Count	45	17	62
		% within JK	72,6%	27,4%	100,0%
	perempuan	Count	33	12	45
		% within JK	73,3%	26,7%	100,0%
Total		Count	78	29	107
		% within JK	72,9%	27,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,007(b)	1	,931		
Continuity Correction(a)	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,007	1	,931		
Fisher's Exact Test				1,000	,555
Linear-by-Linear Association	,007	1	,931		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,20.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for JK (laki-laki / perempuan)	,963	,405	2,286
For cohort patuh1 = patuh minum 3	,990	,784	1,250
For cohort patuh1 = kurang patuh	1,028	,547	1,933
N of Valid Cases	107		

Crosstab

			patuh1		Total
			patuh minum 3	kurang patuh	
Susceptibility	baik	Count	22	22	44
		% within Susceptibility	50,0%	50,0%	100,0%
	kurang	Count	56	7	63
		% within Susceptibility	88,9%	11,1%	100,0%
Total		Count	78	29	107
		% within Susceptibility	72,9%	27,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	19,831(b)	1	,000		
Continuity Correction(a)	17,911	1	,000		
Likelihood Ratio	20,086	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,645	1	,000		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,93.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Susceptibility (baik / kurang)	,125	,047	,334
For cohort patuh1 = patuh minum 3	,563	,413	,765
For cohort patuh1 = kurang patuh	4,500	2,108	9,606
N of Valid Cases	107		

Crosstab

			patuh1		Total
			patuh minum 3	kurang patuh	
seriouss	Baik	Count	24	22	46
		% within serious	52,2%	47,8%	100,0%
	kurang	Count	54	7	61
		% within serious	88,5%	11,5%	100,0%
Total	Count		78	29	107
	% within serious		72,9%	27,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	17,539(b)	1	,000		
Continuity Correction(a)	15,747	1	,000		
Likelihood Ratio	17,879	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	17,375	1	,000		
N of Valid Cases	107				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,47.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for seriousss (baik / kurang)	,141	,053	,376
For cohort patuh1 = patuh minum 3	,589	,441	,788
For cohort patuh1 = kurang patuh	4,168	1,950	8,908
N of Valid Cases	107		

Crosstab

			patuh1		Total
			patuh minum 3	kurang patuh	
benefits1	baik	Count	37	24	61
		% within benefits1	60,7%	39,3%	100,0%
	kurang	Count	41	5	46
		% within benefits1	89,1%	10,9%	100,0%
Total	Count		78	29	107
	% within benefits1		72,9%	27,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,762(b)	1	,001		
Continuity Correction(a)	9,369	1	,002		
Likelihood Ratio	11,636	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	10,662	1	,001		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,47.

Crosstab

			patuh1		Total
			patuh minum 3	kurang patuh	
barrier1	baik	Count	30	23	53
		% within barrier1	56,6%	43,4%	100,0%
	kurang	Count	48	6	54
		% within barrier1	88,9%	11,1%	100,0%
Total	Count		78	29	107
	% within barrier1		72,9%	27,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14,111(b)	1	,000		
Continuity Correction(a)	12,524	1	,000		
Likelihood Ratio	14,815	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	13,979	1	,000		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,36.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for barrier1 (baik / kurang)	,163	,060	,447
For cohort patuh1 = patuh minum 3	,637	,494	,821
For cohort patuh1 = kurang patuh	3,906	1,729	8,820
N of Valid Cases	107		

Crosstab

			patuh1		Total
			patuh minum 3	kurang patuh	
efficacy1	baik	Count	24	20	44
		% within efficacy1	54,5%	45,5%	100,0%
	kurang	Count	54	9	63
		% within efficacy1	85,7%	14,3%	100,0%
Total		Count	78	29	107
		% within efficacy1	72,9%	27,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12,739(b)	1	,000		
Continuity Correction(a)	11,210	1	,001		
Likelihood Ratio	12,728	1	,000		
Fisher's Exact Test				,001	,000
Linear-by-Linear Association	12,620	1	,000		
N of Valid Cases	107				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,93.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for efficacy1 (baik / kurang)	,200	,080	,503
For cohort patuh1 = patuh minum 3	,636	,477	,849
For cohort patuh1 = kurang patuh	3,182	1,602	6,318
N of Valid Cases	107		