



**FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL YANG MEMPENGARUHI  
KETIDAKPATUHAN BEROBAT PENDERITA TBC PARU  
DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi syarat-syarat  
untuk menyelesaikan Fakultas Kedokteran (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Asal :

Hadiah

Pembelian

28 JAN 2008

Klasifikasi

616.989.24

SAR

K

1

Oleh :

**SYARLIDINA SYAF  
NIM 032010101003**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2007**

**PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

- 1) Dienul Islam
- 2) Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember
- 3) Ayahanda Drs. Syafruddin Muchatib dan Ibunda Syirtufillaily tercinta serta saudaraku tersayang yang telah mendoakan dan memberi kasih sayang serta pengorbanan selama ini
- 4) Pendidikku sedari Taman Kanak-kanak sampai Perguruan Tinggi yang terhormat, yang telah memberikan ilmu dan membimbing dengan penuh ketulusan dan kesabaran.

**MOTTO**

Dan jika kamu diberi penghormatan dengan sesuatu penghormatan,  
maka balaslah penghormatan itu dengan yang  
lebih baik daripadanya.  
(QS An-Nisaa' : 86)\*

Tiada suatu usaha besar akan berhasil tanpa dimulai dari usaha yang kecil.



---

\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 1998. Al-Qur'an dan Terjemahannya. Semarang: PT. Kumudoro: Grafindo.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Syarlidina Syaf

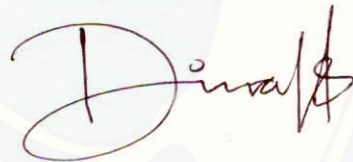
NIM : 032010101003

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul : **"Faktor Internal dan Eksternal yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Berobat Penderita TBC Paru di Kabupaten Jember"** adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 5 Maret 2007

Yang menyatakan,



Nama : Syarlidina Syaf

NIM : 032010101003

**PENGESAHAN**

Skripsi ini diterima oleh Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada:

hari : Senin

tanggal: 5 Maret 2007

tempat : Fakultas Kedokteran

Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua (Dosen Pembimbing Utama),

Sekretaris (Dosen Pembimbing Anggota),



**dr. Pudjo Wahjudi, M.S**

NIP 140 106 355



**dr. Cicih Komariah**

NIP 132 314 636

Anggota,



**dr. Enny Suswati, M.Kes**

NIP 132 243 306

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kedokteran



**dr. Wasis Prayitno, Sp. OG**

NIP 140 062 229

## RINGKASAN

**Faktor Internal dan Eksternal yang Mempengaruhi Ketidapatuhan Berobat Penderita TBC Paru Di Kabupaten Jember, Syarlidina Syaf, 032010101003, 2007, 85 hlm.**

Sejak tahun 1995, program Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis Paru, telah dilaksanakan dengan strategi DOTS yang direkomendasikan oleh WHO. Kemudian berkembang seiring dengan pembentukan Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, maka Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis Paru diganti dengan Program Penanggulangan Tuberkulosis. Dengan strategi DOTS, manajemen penanggulangan TBC paru di Indonesia, ditekankan pada tingkat kabupaten/kota. Termasuk disini adalah Kabupaten Jember. Lokasi penelitian dilaksanakan di Kabupaten Jember karena termasuk daerah di Jawa Timur yang kasus TBC paru terbanyak nomor dua, setelah Kabupaten Nganjuk. Sementara itu angka kesembuhan penyakit tuberkulosis di Kabupaten Jember hanya mencapai 65% belum mencapai 85% seperti yang diharapkan oleh WHO, yaitu minimal 85%.

Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus-September 2006 dan bertempat di Puskesmas yang terdapat di Kabupaten Jember yang berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2005 terdapat 1.791 kasus baru TBC paru yang melakukan pengobatan di Puskesmas seluruh kecamatan di Kabupaten Jember. Sampel penelitiannya adalah total sampel dari seluruh populasi yang tidak patuh berobat sebanyak 41 orang dan diperoleh secara acak 3,4% (59 orang) dari penderita yang patuh berobat yaitu 1.750 orang. Dalam mengumpulkan data, peneliti mengadakan wawancara langsung dengan responden berpedoman pada panduan wawancara yang telah disediakan sebelumnya. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor internal yaitu : umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan tentang TBC paru dan pekerjaan; serta faktor eksternal yaitu: petugas kesehatan, obat, jarak dengan Puskesmas, PMO, dan keluarga. Variabel tergantung dalam penelitian ini

adalah ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru. Untuk mengetahui pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember, dilakukan analisa dengan menggunakan Uji Regresi Logistik menggunakan metode enter dengan  $\alpha=0,05$ .

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa faktor-faktor internal yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember adalah pendidikan dan penghasilan. Hal ini sesuai dengan hasil analisis regresi logistik. Dari penelitian ini diketahui variabel yang secara statistik bermakna karena mempunyai nilai  $\alpha < 0,05$  adalah pendidikan dan penghasilan. Sedangkan untuk variabel dari faktor eksternal tidak ada yang bermakna secara statistik. Faktor internal seperti umur, jenis kelamin, pengetahuan, dan pekerjaan serta faktor eksternal seperti faktor petugas kesehatan, obat, PMO, jarak, transportasi dan keluarga tidak signifikan dalam mempengaruhi ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru.

Pendidikan mempengaruhi ketidakpatuhan berobat secara statistik. Kejadian tidak patuh berobat akan semakin menurun bila tingkat pendidikan penderita semakin tinggi. Mengingat kebanyakan penderita adalah termasuk orang-orang yang berpendidikan rendah, maka seringkali penjelasan-penjelasan yang diberikan petugas sukar untuk dimengerti. Hal ini sangat mempengaruhi penderita dalam memahami penjelasan dari petugas kesehatan bahwa harus minum obat secara teratur dan dampak negatif apabila berhenti minum obat.

Selain pendidikan, ada pengaruh yang bermakna secara statistik antara penghasilan dan ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember. Penghasilan ini tidak berhubungan langsung bagi penderita untuk membeli obat ke Puskesmas karena Obat Anti-TBC (OAT) disediakan pemerintah dan diberikan gratis kepada penderita TBC paru yang dijamin ketersediaannya di Puskesmas. Walaupun demikian penderita yang tergolong sosial-ekonomi rendah ini lebih mementingkan pekerjaan daripada berobat ke UPK.

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa variabel yang secara statistik bermakna karena mempunyai nilai

$\alpha < 0,05$  adalah pendidikan dan penghasilan. Artinya pendidikan dan penghasilan yang termasuk faktor internal mempengaruhi ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember. Sedangkan untuk variabel dari faktor eksternal tidak ada yang bermakna secara statistik.

Saran yang dapat direkomendasikan kepada Dinas Kesehatan, petugas kesehatan serta keluarga dan masyarakat bertujuan untuk menyukseskan Program Penanggulangan Tuberkulosis (P2TB) dengan strategi DOTS. Program ini merupakan program pemerintah untuk menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, menurunkan tingkat penularan, dan mencegah resistensi maka diperlukan partisipasi masyarakat untuk menyukseskan program ini misalnya melalui penyuluhan-penyuluhan dan menjadi petugas PMO. Sehingga pada akhirnya peningkatan kualitas masyarakat pun tercapai.

Fakultas Kedokteran Universitas Jember



## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala limpahan rahmat, taufik, hidayah, dan karunia-Nya serta do'a orang tua yang senantiasa menyertai sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul : "Faktor Internal dan Eksternal yang Mempengaruhi Ketidapatuhan Berobat Penderita TBC Paru Di Kabupaten Jember". Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. dr. Wasis Prajitno, Sp. OG, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember dan selaku Ketua Tim Penguji.
2. dr. Cholis Abrori, M. Kes., selaku Pembantu Dekan 1 Fakultas Kedokteran Universitas Jember yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian ini.
3. dr. Pudjo Wahjudi, M. S., selaku dosen pembimbing I atas waktu yang senantiasa disediakan untuk saya ditengah-tengah kesibukan beliau dan kemurahan hatinya.
4. dr. Cicih Komariah, selaku dosen pembimbing II atas segala waktu, perhatian, kesabaran, motivasi dan bantuan kepada saya selama menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. dr. Enny Suswati, M. Kes., selaku dosen penguji, terimakasih atas pertanyaan dan koreksi yang telah diberikan dalam ujian.
6. Seluruh Dokter dan Petugas Kesehatan di Puskesmas se-Kabupaten Jember, terimakasih atas bantuannya.
7. Seluruh karyawan FK UNEJ yang telah memfasilitasi penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
8. Ayahanda Drs. Syafruddin Muchatib dan Ibunda Syirtufillailiy tercinta terimakasih atas do'a, cinta kasih, kesabaran dan dorongan semangat yang

sungguh menghibur serta mengajarkan untuk selalu percaya dan mengandalkan Allah dalam segala hal.

9. Kak Syarlidora Syaf, S.Pd dan Kak Syarlidoris Syaf, Amd dan Adik Syarlidefri Syaf tersayang yang senantiasa mendukung.
10. Ade Yuli Putra S.Ked terimakasih telah memberikan senyuman, kekuatan dan warna dalam hidupku, mengajarkanku bagaimana menghormati dan menyayangi kedua orangtua, dan mempunyai cita-cita untuk diwujudkan dalam hidup ini. Sampai bertemu nanti.
11. Pak Idris selaku penjaga kos yang bersedia membukakan gerbang ketika saya keluar hingga tengah malam untuk mengetik di rental dan mencari bahan di internet serta teman-teman satu kos di Jl.Mastrip III No 52 terimakasih atas persaudaraan yang kalian tanamkan. Kompak selalu.
12. Sahabat-sahabat Terbaikku AeRosMith (terimakasih atas gelak tawanya).
13. Mas Ipunk dan Mas Adam (terimakasih atas jalan-jalannya keliling puskesmas se-Jember, seandainya kalian berdua tidak ada mungkin saya tidak sanggup menyelesaikan penelitian ini).
14. Mas Furqan dan Mas Uskar (terimakasih atas analisis datanya).
15. Maya dan Syahrudi (terimakasih atas referensinya).
16. Teman-teman FK angkatan 2003 semoga tetap bersaudara.
17. Alumni SMUNDHEL 2003, khususnya 3 IPA 2. Walaupun tersebar tetap saling kontak ya.
18. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu-persatu terimakasih atas segala dukungannya.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ini dapat bermanfaat.

Jember, Februari 2007

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL LUAR</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL DALAM</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vi
<b>RINGKASAN</b> .....	vii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ix
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	4
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	5
1.4.1 Bagi Kepentingan Ilmu.....	5
1.4.2 Bagi Petugas Kesehatan.....	5
1.4.3 Bagi Keluarga dan Masyarakat.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
<b>2.1 Tuberkulosis (TBC) Paru</b> .....	7
2.1.1 Pengertian TBC Paru.....	7
2.1.2 Epidemiologi TBC Paru.....	7
2.1.3 Patogenesis TBC Paru.....	8
2.1.4 Klasifikasi TBC Paru.....	10

2.1.5	Klinis TBC Paru.....	11
2.1.6	Diagnosis TBC Paru.....	11
2.1.7	Penularan TBC Paru.....	13
2.1.8	Prognosa TBC Paru.....	13
2.1.9	Pencegahan TBC Paru.....	14
<b>2.2</b>	<b>Program Penanggulangan Tuberklosis Paru .....</b>	<b>15</b>
2.2.1	Pendahuluan.....	15
2.2.2	Tujuan P2TB .....	15
2.2.3	Kebijakan Operasional .....	15
2.2.4	Sasaran P2TB .....	16
2.2.5	Strategi P2TB .....	17
2.2.6	Organisasi Pelaksanaan di Puskesmas .....	17
2.2.7	Penatalaksanaan TBC Paru .....	18
2.2.8	Pengawas Menelan Obat .....	20
<b>2.3</b>	<b>Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakepatuhan Berobat Penderita TBC Paru.....</b>	<b>22</b>
2.3.1	Faktor Internal.....	22
2.3.2	Faktor Eksternal .....	23
<b>2.4</b>	<b>Gambaran Lokasi Penelitian .....</b>	<b>25</b>
2.4.1	Keadaan Geografi.....	25
2.4.2	Keadaan Demografi.....	25
2.4.3	Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	26
<b>2.5</b>	<b>Kerangka Konseptual dan Hipotesis Penelitian .....</b>	<b>26</b>
2.5.1	Kerangka Konseptual Penelitian .....	26
2.5.2	Hipotesis Penelitian.....	27
<b>BAB III</b>	<b>METODE PENELITIAN</b>	
<b>3.1</b>	<b>Jenis Penelitian.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian.....</b>	<b>28</b>
3.2.1	Tempat Penelitian .....	28

3.2.2	Waktu Penelitian.....	28
<b>3.3</b>	<b>Identifikasi Variabel</b> .....	28
3.3.1	Variabel Bebas .....	28
3.3.2	Variabel Tergantung.....	29
<b>3.4</b>	<b>Definisi Operasional variabel</b> .....	29
3.4.1	Definisi Operasional Variabel Bebas .....	29
3.4.2	Definisi Operasional Variabel Tergantung.....	33
<b>3.5</b>	<b>Populasi dan Sampel Penelitian</b> .....	33
3.5.1	Populasi Penelitian .....	33
3.5.2	Sampel Penelitian.....	33
3.5.3	Jumlah Sampel Penelitian .....	33
<b>3.6</b>	<b>Alat Penelitian</b> .....	34
<b>3.7</b>	<b>Prosedur Penelitian</b> .....	34
<b>3.8</b>	<b>Analisis Data</b> .....	34
<b>3.9</b>	<b>Alur Penelitian</b> .....	35
<b>BAB IV</b>	<b>HASIL DAN ANALISIS DATA</b>	
<b>4.1</b>	<b>Hasil Penelitian</b> .....	36
4.1.1	Deskripsi Faktor-Faktor Internal.....	36
4.1.2	Deskripsi Faktor-Faktor Eksternal .....	40
<b>4.2</b>	<b>Analisis Data</b> .....	43
4.2.1	Pengaruh Variabel dari Faktor Internal terhadap Ketidapatuhan Berobat Penderita TBC Paru.....	43
4.2.2	Pengaruh Variabel dari Faktor Eksternal terhadap Ketidapatuhan Berobat Penderita TBC Paru.....	44
<b>BAB V</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
<b>5.1</b>	<b>Deskripsi Faktor – Faktor Internal</b> .....	46
5.1.1	Umur.....	46

5.1.2 Jenis Kelamin.....	47
5.1.3 Pendidikan.....	47
5.1.4 Pengetahuan.....	47
5.1.5 Pekerjaan.....	48
5.1.6 Penghasilan.....	48
<b>5.2 Deskripsi Faktor – Faktor Eksternal.....</b>	<b>49</b>
5.2.1 Petugas Kesehatan.....	49
5.2.2 Obat.....	49
5.2.3 Jarak dan Transportasi.....	50
5.2.4 PMO.....	50
5.2.5 Keluarga.....	50
<b>5.3 Hasil Analisis Data.....</b>	<b>51</b>
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
6.1 Kesimpulan.....	53
6.2 Saran.....	54
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>55</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>57</b>

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Regimen FDI/KDT Obat anti TBC .....	19
2.2 Jumlah obat FDI/KDTI yang harus diminum .....	19
4.1 Distribusi Umur .....	37
4.2 Distribusi Jenis Kelamin .....	37
4.3 Distribusi Pendidikan .....	38
4.4 Distribusi Pengetahuan .....	38
4.5 Distribusi Pekerjaan .....	39
4.6 Distribusi Penghasilan .....	39
4.7 Distribusi Petugas Kesehatan .....	40
4.8 Distribusi Obat .....	41
4.9 Distribusi Jarak .....	41
4.10 Distribusi Transportasi .....	42
4.11 Distribusi PMO .....	42
4.12 Distribusi Keluarga .....	43

**DAFTAR LAMPIRAN**

	<b>Halaman</b>
A. Lembar Pernyataan Kesanggupan Responden .....	57
B. Pengantar Panduan Wawancara .....	58
C. Panduan Wawancara Penelitian .....	59
D. Data Penelitian di Kabupaten Jember .....	67
E. Hasil Uji Regresi Logistik .....	73





## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit Tuberkulosis (TBC) paru merupakan penyakit menular dimana dalam tahun-tahun terakhir memperlihatkan peningkatan dalam jumlah kasus baru maupun jumlah angka kematian. Sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi TBC, dan setiap tahun sekitar 2 juta orang menderita akibat penyakit ini. Setiap hari ada lebih dari 23.000 kasus baru TBC aktif dan hampir 5000 orang pula yang meninggal akibat TBC. Kematian akibat TBC diperkirakan akan menjadi 35 juta orang antara tahun 2000 sampai 2020 mendatang.

Kriteria masalah TBC di suatu negara adalah satu kasus BTA (+) per satu juta penduduk. Sampai hari ini belum ada satu negara pun yang bebas TBC. Bahkan, untuk negara maju seperti Amerika Serikat yang pada mulanya angka TBC telah menurun, belakangan angka ini naik lagi sehingga TBC disebut *reemerging disease*. Pada tahun 1993, WHO mencanangkan kedaruratan global penyakit TBC, karena di sebagian besar negara di dunia, penyakit TBC tidak terkendali. Hal ini disebabkan banyaknya penderita TBC yang tidak berhasil disembuhkan (DEPKES RI, 2002).

Indonesia adalah penyumbang kasus TBC terbesar ke 3 di dunia, dengan jumlah penderita per tahunnya adalah 587.000 orang, di bawah India dengan jumlah penderita 1.820.369 orang, dan China dengan 1.447.947 orang per tahunnya. Setiap menit ada satu pasien TBC baru di Indonesia, setiap 2 menit akan ada satu kasus baru TBC BTA(+) dan setiap 4 menit satu orang akan meninggal akibat TBC di negara kita. Kalau mau dilihat dari sisi lain, Indonesia menduduki peringkat ke 3 dunia karena jumlah penduduknya yang memang banyak. Kalau melihat *rate* penderita TB per jumlah populasi maka urutan pertama didunia dengan *rate* TB tertinggi adalah Zimbabwe dengan *incidence rate* 628 yang disusul dengan Kamboja dengan

*incidence rate* 585 dan Afrika Selatan dengan *incidence rate* 556. Sementara itu, *incidence rate* Indonesia adalah 271 (Aditama, 2003).

Menurut data Dinas Kesehatan Pemerintah Propinsi Jawa Timur pada tahun 2002 jumlah penderita penyakit TBC sebesar 8.746 kasus. Sedangkan untuk tahun 2003 terhitung triwulan I mulai Januari sampai dengan Maret ditemukan 2.344 kasus. Jumlah penderita TBC yang terbanyak di wilayah Jatim adalah daerah Nganjuk 243 kasus dan ke dua daerah Jember 172 kasus dan sisanya ada di beberapa daerah di wilayah Jawa Timur. Hingga tahun 2005 ini jumlah kasus baru terus meningkat sebesar 9.857 kasus ( Dinkes Jatim, 2005).

Pada tahun 1995 WHO menganjurkan strategi *Direct Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) untuk menunjang keberhasilan pelaksanaan program TBC, untuk mendeteksi dan menyembuhkan pasien TBC. Tujuan DOTS adalah memutuskan rantai penularan di masyarakat dengan mengobati penderita BTA positif sampai sembuh. Target WHO TBC kontrol adalah untuk menyembuhkan 85% dari kasus TBC dengan BTA positif baru yang terdeteksi, dan mendeteksi 70% dari perkiraan kasus (Dalianto, 1999).

Di Indonesia diperkirakan ada 587.000 kasus baru TBC paru setiap tahun, dimana sekitar sepertiga penderita terdapat di sekitar Puskesmas, sepertiga ditemukan di pelayanan Rumah Sakit atau klinik pemerintah maupun swasta serta praktek swasta dan sisanya belum terjangkau unit pelayanan kesehatan. Untuk memperbaiki kondisi program pemberantasan TBC di Indonesia, dibutuhkan program nasional yang kuat dan efektif serta dilaksanakan secara terpadu di seluruh unit pelayanan kesehatan (Kementrian KESRA, 2003).

Unit Pelaksana yaitu Kelompok Puskesmas Pelaksana (KPP) yang terdiri dari Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM) dengan di sekelilingnya terdapat Puskesmas Satelit (PS). Secara keseluruhan ini mencakup wilayah kerja dengan jumlah penduduk antara 100.000-150.000 jiwa. Ini merupakan kondisi ideal bagi kelangsungan program dan menjadi dasar perencanaan maupun selanjutnya. Beberapa daerah, sehubungan dengan kondisi setempat, terutama faktor geografis, dalam tahap

pengembangannya tidak dapat dikelompokkan sebagai KPP serta berdiri sendiri. Puskesmas pelaksana program yang demikian disebut Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM). Dalam kebijakan operasional program P2TB Paru Pelita VI, PPM merupakan bagian terpenting dalam rangka meningkatkan kualitas, khususnya dalam rangka menegakkan diagnosis mikroskopis di laboratorium (Munaf, 1997).

Untuk pelaksanaan program ini, secara serentak telah dilaksanakan dengan melatih 27 propinsi dan secara bertahap dilaksanakan di Dati II. Dari hasil kegiatan 3 tahun anggaran, dicapai hasil yang sangat terbatas, terlihat sangat rendahnya cakupan penemuan penderita dan rendahnya jumlah propinsi yang menyampaikan laporan. Tetapi angka konversi dan angka penyembuhan yang dicapai cukup tinggi yaitu lebih dari 84 % (Dalianto, 1999).

Program pemberantasan TBC paru di seluruh Puskesmas di Kabupaten Jember adalah DOTS dengan *active case finding* (ACF), yang berbasis masyarakat. Program ini adalah suatu cara menjaring penderita TBC paru yang belum terjaring pelayanan kesehatan dengan melibatkan peran kader masyarakat. Kader masyarakat dengan pengetahuan yang ada diharapkan dapat mengenali tanda dan gejala dini dari TBC paru untuk segera diobati. Kerjasama yang baik antara petugas kesehatan dan kader masyarakat tersebut dapat menunjang keberhasilan program ini (Efendi *et al*, 2005).

Lokasi penelitian dilaksanakan di Kabupaten Jember dengan alasan belum ada penelitian di Kabupaten Jember yang meneliti masalah ketidakpatuhan berobat di lingkup UPK terutama di Puskesmas, dan Kabupaten Jember merupakan daerah di Jawa Timur yang kasus TBC paru terbanyak nomor dua, setelah Kabupaten Nganjuk. Sementara itu angka kesembuhan penyakit tuberkulosis di Kabupaten Jember hanya mencapai 65% belum mencapai 85% seperti yang diharapkan oleh WHO, yaitu minimal 85%. Kesembuhan yang tercapai ini dipengaruhi oleh faktor eksternal yaitu pelayanan petugas kesehatan yang semakin baik, keteraturan berobat, efek samping obat yang minimal, peran serta Pengawas Menelan Obat melalui program DOTS *active case finding* yang berbasis masyarakat serta adanya dukungan dari keluarga.

Juga adanya faktor internal dari dalam diri penderita seperti umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, dan penghasilan terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru yang pada akhirnya mempengaruhi kesembuhan. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2005 terdapat 1.791 kasus baru TBC paru yang melakukan pengobatan di Puskesmas seluruh kecamatan di Kabupaten Jember, angka tersebut hanya mencakup 53% dari kasus baru yang sebenarnya terjadi di lapangan, jauh di bawah target Dinkes Jember yaitu 70%. Namun untuk kasus baru pada tahun 2005 masih didapatkan penderita TBC yang tidak teratur berobat sebanyak 25 orang. Angka ini memang tidak terlalu signifikan bila dibandingkan dengan jumlah penderita, tetapi penderita ini bisa menularkan ke 250 orang yang sehat. Apabila dibiarkan saja, mereka mempunyai kemampuan menularkan penyakitnya rata-rata untuk selama dua tahun (Gunardi A.S dalam Gani, 1998). Selain itu, jumlah penderita yang tidak patuh berobat bisa saja meningkat, dikarenakan masih adanya Puskesmas yang belum melaporkan ke Dinkes Jember. Berdasarkan hal tersebut, peneliti merasakan perlu melakukan penelitian untuk mengetahui faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember. Diharapkan dari penelitian ini didapatkan solusi terhadap permasalahan ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latarbelakang di atas dapat dirumuskan masalah penelitian tersebut adalah : Bagaimanakah pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Tuberkulosis (TBC) Paru

#### 2.1.1 Pengertian TBC Paru

Tuberkulosis paru adalah suatu penyakit menular saluran napas bawah yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*, yakni kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau di berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi. Kuman ini juga mempunyai kandungan lemak yang tinggi pada membran selnya sehingga menyebabkan bakteri ini menjadi tahan terhadap asam pertumbuhan dari kumannya. Bakteri ini tahan terhadap ultraviolet, karena itu penularannya terjadi pada malam hari (Rab, 1996; Alsagaff, 2002; Aditama, 2003).

Kuman batang tahan asam ini dapat merupakan organisme patogen maupun saprofit. Ada beberapa mikobakteria patogen, tetapi hanya strain bovin dan human yang patogenik terhadap manusia. Basil tuberkel ini berukuran 0,3 x 2 sampai 4 mikrometer, ukuran ini lebih kecil dari satu sel darah merah (Wright, 2003).

#### 2.1.2 Epidemiologi TBC Paru

Tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit saluran napas bagian bawah. Dibeberapa negara berkembang, 10-15% dari morbiditas berbagai penyakit anak dibawah umur 6 tahun adalah penyakit TBC paru. Di Indonesia penyakit ini merupakan penyakit infeksi terpenting setelah eradikasi penyakit malaria (Alsagaff, 2002).

Indonesia adalah penyumbang kasus TBC terbesar ke tiga di dunia. Setelah China dan India. Setiap tahun Indonesia mempunyai 587.000 penderita baru dengan kematian yang disebabkan TBC sekitar 140.000 orang. Setiap menit ada satu pasien TBC baru di Indonesia, setiap 2 menit akan ada satu kasus baru TBC BTA (+) dan setiap 4 menit satu orang akan meninggal akibat TBC di negara kita. Dengan kondisi itu, diperkirakan setiap 100.000 penduduk di Indonesia terdapat 130 penderita baru



TBC yang menular. Penyakit TBC cenderung menyerang sebagian kelompok usia produktif yang merupakan sumber daya manusia (SDM) penting dalam pembangunan bangsa (Aditama, 2003).

Menurut data Dinas Kesehatan Pemerintah Propinsi Jawa Timur pada tahun 2002 jumlah penderita penyakit TBC sebesar 8.746 kasus. Sedangkan untuk tahun 2003 terhitung triwulan I mulai Januari sampai dengan Maret ditemukan 2.344 kasus. Jumlah penderita TBC yang terbanyak di wilayah Jatim adalah daerah Nganjuk 243 kasus dan kedua daerah Jember 172 kasus dan sisanya ada di beberapa daerah di wilayah Jatim. Hingga tahun 2005 ini jumlah kasus baru terus meningkat sebesar 9.857 kasus (Kompas, 2006).

Sedangkan jumlah penderita TBC paru di Kabupaten Jember pada tahun 2005 yang terdeteksi oleh Dinkes Jember adalah 1791 kasus, dan masih ditemukan penderita yang tidak patuh berobat. Kasus baru ini merupakan 53% dari keseluruhan kasus yang ada di Jember, sedangkan angka pencapaian kesembuhannya sekitar 70%. Hal ini menjadikan Kabupaten Jember menduduki peringkat terbanyak kedua di wilayah Jawa Timur (Dinkes Jember, 2005).

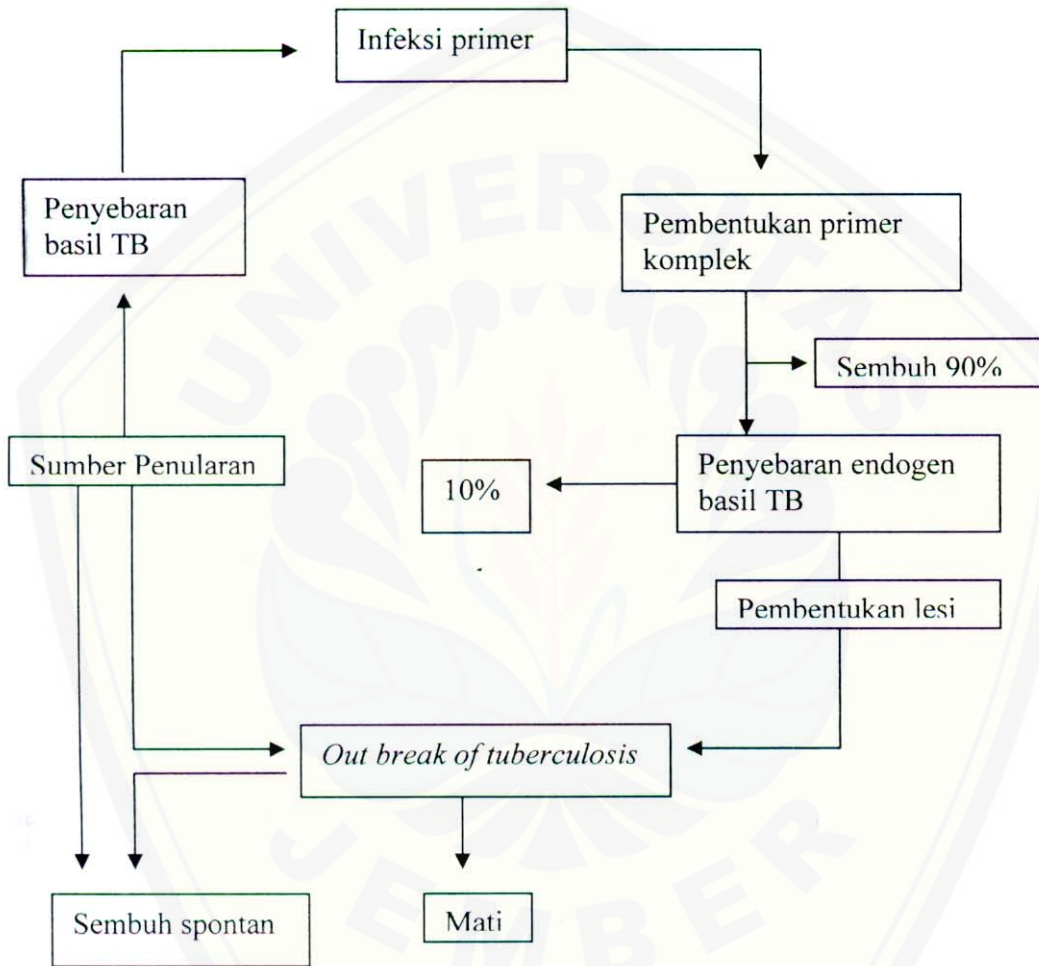
### 2.1.3 Patogenesis TBC Paru

Sebagian besar basil *Mycobacterium tuberculosis* masuk ke dalam jaringan paru melalui *airbone infection* dan selanjutnya mengalami proses yang dikenal sebagai fokus primer dari Ghon. Pada stadium permulaan, setelah pembentukan fokus primer, akan terjadi beberapa kemungkinan :

- a. Penyebaran bronkogen
- b. Penyebaran limfogen
- c. Penyebaran hematogen

Keadaan ini hanya berlangsung beberapa saat. Penyebaran akan berhasil bila jumlah kuman yang masuk sedikit dan telah terbentuk daya tahan tubuh yang spesifik terhadap basil tuberkulosis. Tetapi bila jumlah basil tuberkulosis yang masuk ke dalam saluran pernapasan cukup banyak, maka akan terjadi tuberkulosis milier atau tuberkulosis meningitis.

Kelanjutan proses tersebut, dapat terjadi penyebaran infeksi primer ke saluran getah bening dan kelenjar getah bening setempat (lokal) sehingga terbentuklah suatu primer kompleks yang disebut primer kompleks dari Ranke. Infeksi primer dari Ghon dan primer kompleks dari Ranke dinamakan tuberkulosis primer. Dalam perjalanan penyakit lebih lanjut, sebagian besar penderita tuberkulosis primer (90%) akan sembuh sendiri dan 10% akan mengalami penyebaran endogen (skema di bawah ini).



Skema : Perjalanan Penyakit Tuberkulosis (Alsagaff, 2002).

#### 2.1.4 Klasifikasi TBC Paru

Berdasarkan penularannya maka tuberkulosis dapat dibagi menjadi tiga bentuk yakni:

##### a. Tuberkulosis Primer

Terdapat pada anak-anak. Setelah tertular 6-8 minggu kemudian mulai terbentuk mekanisme imunitas dalam tubuh, sehingga tes tuberkulin menjadi positif. Di dalam alveoli yang kemasukan kuman terjadi penghancuran (lisis) bakteri yang dilakukan oleh makrofag dan dengan terdapat sel langhans, yakni makrofag yang mempunyai inti diperifer, maka mulailah terjadi pembentukan granulasi. Keadaan ini disertai pula dengan fibrosis dan kalsifikasi yang terjadi lobus bawah paru yang disertai dengan pembesaran kelenjar limfe yang terdapat di hilus disebut dengan kompleks Gohn, yang sebenarnya merupakan permulaan infeksi yang terjadi di alveoli atau di kelenjar limfe hilus. Kuman tuberkulosis akan mengalami penyebaran secara hematogen ke apeks paru yang kaya akan oksigen dan kemudian berdiam diri (dorman) untuk menunggu reaksi yang lebih lanjut (Rab, 1996; Utama, 2005).

##### b. Reaktifasi dari Tuberkulosis Primer

Sebanyak 10% dari infeksi tuberkulosis primer akan mengalami reaktifasi, terutama setelah 2 tahun dari infeksi primer. Reaktifasi disebut juga dengan tuberkulosis post primer. Kuman akan disebarkan melalui hematogen ke bagian segmen apikal posterior. Reaktifasi dapat juga terjadi melalui metastasis hematogen ke berbagai jaringan tubuh (Rab, 1996; Panitia Medik, 2001; Utama, 2005)

##### c. Tipe Reinfeksi

Infeksi yang baru terjadi setelah infeksi primer adalah jarang terjadi. Mungkin dapat terjadi apabila terdapat penurunan dari imunitas tubuh atau terjadi penularan secara terus-menerus oleh kuman tersebut dalam suatu keluarga (Rab, 1996).



### 2.1.5 Klinis TBC Paru

Masa tunas penyakit TBC paru berkisar antara 4-12 minggu. Gejala respiratoriknya adalah batuk, batuk berdarah, sesak napas, dan nyeri dada. Sedangkan gejala sistemiknya adalah demam dan keringat pada malam hari, anoreksi, berat badan menurun, malaise, pada wanita bisa amenorhe, serta gradual bisa beberapa minggu.

Gejala klinis yang tampak tergantung dari tipe infeksi. Pada tipe yang primer dapat tanpa gejala dan sembuh sendiri atau dapat berupa pneumonia, yakni batuk dan panas ringan. Gejala TB primer juga terdapat dalam bentuk pleuritis dengan efusi pleura atau dalam bentuk yang lebih berat lagi, yakni berupa nyeri pleura dan sesak napas. Tanpa pengobatan tipe infeksi primer dapat sembuh dengan sendirinya, hanya tingkat kesembuhannya berkisar sekitar 50%.

Pada tuberkulosis post primer terdapat gejala penurunan berat badan, keringat dingin malam hari, temperatur subfebris, batuk berdahak lebih dari dua minggu, sesak napas, hemoptisis akibat terlukanya pembuluh darah sekitar bronkus, sehingga menyebabkan bercak-bercak darah pada sputum sampai ke batuk darah yang masif. TB postprimer dapat menyebar ke berbagai organ sehingga menimbulkan gejala-gejala seperti meningitis, tuberkulosis millier, peritonitis dengan fenomena papan catur, dan tuberkulosis pada kelenjar limfe di leher, yakni berupa skrofuloderma (Rab, 1996).

### 2.1.6 Diagnosis TBC Paru

Tuberkulosis sering mendapat julukan *The Great Imitator* yaitu suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit-penyakit paru lain dan juga memberikan gejala-gejala umum, seperti kelemahan atau panas.

Diagnosis TBC paru dibuat atas dasar :

#### a. Anamnesa

Keluhan: batuk, batuk darah, sesak napas, nyeri dada dan napas berbunyi yang berlangsung lama. Perlu diingat keluhan tersebut bukan hanya monopoli

penderita TBC paru menahun. Keluhan tersebut dapat pula disebabkan oleh semua penyakit paru menahun.

#### b. Pemeriksaan Fisik

Dengan pemeriksaan fisik dapat diketahui lokalisasi proses, karena banyak penyakit paru yang mengambil tempat tertentu di paru, sehingga pemeriksaan fisik yang baik dan teliti sangat berguna. Macam-macam proses seperti lambat atau cepatnya suatu proses penyakit berlangsung dapat juga diketahui, sebab tuberkulosis paru jarang yang akut. Umumnya proses berlangsung menahun. Pada penyembuhan terbentuk jaringan fibrotik, kalsifikasi atau disertai kerusakan jaringan parenkim dengan meninggalkan kavitas (Hendrayana, 2004).

#### c. Laboratorium

Pemeriksaan sputum penderita dapat dilakukan, dimana ditemukan basil tahan asam di dalam dahak penderita atau dalam cairan lambung, cairan pleura, dan lain-lain. Diagnosis pasti dibuat apabila ada kelainan paru dan ditemukan basil tahan asam dalam dahak, cairan pleura, cairan lambung dan di tempat lain. Dengan ditemukannya basil tuberkulosis, dapat dipastikan bahwa proses masih aktif dan diperlukan pengobatan yang sesuai.

Diagnosis “tersangka” TBC paru dibuat hanya berdasarkan kelainan fisik, tetapi tidak dijumpai basil tahan asam di dalam dahak penderita. Untuk menentukan aktivitas penyakit, dikatakan aktif bila ditemukan basil tahan asam dalam dahak. Klinis diduga aktif bila ada keluhan khusus dan keluhan umum. Dalam pemeriksaan fisik ditemukan krepitasi, ronki basah atau ada kavitas. Hasil pemeriksaan darah yang sesuai dapat memperkuat dugaan penyakit yang masih aktif.

Salah satu pemeriksaan lain yang dapat membantu menentukan aktifitas penyakit ialah gambaran radiologis. Kemungkinan seorang penderita TBC paru aktif bila pada gambaran radiologis paru dijumpai bayangan lunak, ada kavitas atau proses bertambah luas pada pemeriksaan berikutnya (Alsagaff, 2002).

### 2.1.7 Penularan TBC Paru

Pasien tuberkulosis paru dapat menginfeksi orang lain melalui droplet yang terinfeksi yang disebarkan ketika batuk. Infeksi tak menular melalui bicara atau kontak personal saja. Pasien yang tak batuk tak akan menginfeksi orang lain. Pasien yang sputumnya mengandung sangat sedikit organisme yang dilihat secara mikroskopis sangat rendah infektifitasnya dan merupakan bahaya yang terabaikan bagi komunitasnya. Dalam 2-3 minggu pengobatan dengan anti tuberkulosis modern, pasien mungkin tak dapat menularkan penyakit ini meskipun kumannya mungkin masih ditemukan dalam sputum (yang barangkali kuman mati).

Barrier perawatan dan masker serta pakaian yang dipakai oleh tenaga medis dan staf perawat tak dapat melindungi mereka terhadap infeksi dan tidak perlu. Pasien harus diminta untuk batuk ke dalam tempat sputum dan jika pasien tak dapat mengontrol batuknya ia sebaiknya memakai masker. Bahan pencuci piring domestik akan membunuh kuman mikobakterium yang ada pada peralatan makan sehingga pemisahan barang-barang ini tidak diperlukan. Urin dan feses pasien tidak infeksius, infeksi ini tidak ditularkan melalui milik pribadi penderita seperti buku dan barang lainnya. Alas kasur penderita dapat dicuci dan dibinatu seperti biasanya (Stark, 1990).

### 2.1.8 Prognosa TBC Paru

Sebelum ditemukan anti tuberkulosis, penderita TB paru mempunyai masa depan yang suram, seperti halnya penderita kanker paru pada saat ini. Tetapi sejak ditemukan anti tuberkulosis, apalagi ditemukan rifampisin dan lain-lain, maka masa depan penderita TB paru sangat cerah. Kecuali penderita yang telah mengalami relaps (kekambuhan), atau terjadi penyulit pada organ paru dan organ lain di dalam rongga dada. Bila terbentuk kaverne yang cukup besar, kemungkinan batuk darah hebat dapat terjadi dan keadaan ini sering menimbulkan kematian, walaupun secara tidak langsung. Untuk diabetes melitus yang sulit dilakukan regulasi, dapat menyebabkan penyembuhan penderita TBC menjadi lama, walaupun telah memakai regimen yang adekuat (Alsagaff, 2002).

### 2.1.9 Pencegahan TBC Paru

Pada prinsipnya pencegahan TBC dijalankan dengan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang penyakit TBC, bahaya-bahayanya, cara penularannya, serta usaha-usaha pencegahannya (Entjang, 2000). Sedangkan pencegahan terhadap sputum yang infeksius dapat dilakukan dengan penemuan kasus melalui X- foto toraks yang dikerjakan secara massal dan Uji Tuberkulin secara Mantoux, isolasi penderita dan mengobati penderita, ventilasi harus baik, dan kepadatan penduduk dikurangi (Alsagaff, 2002).

Pencegahan TBC juga dapat dilakukan dengan pemberian imunisasi. Imunisasi ini akan memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit TBC. Vaksin TBC, yang dikenal dengan nama BCG terbuat dari bakteri *M.tuberculosis* strain Bacillus Calmette-Guerin (BCG). Bakteri ini menyebabkan TBC pada sapi, tapi tidak pada manusia. Vaksin ini dikembangkan pada tahun 1950 dari bakteri *M.tuberculosis* yang hidup (*live vaccine*), karenanya bisa berkembang biak di dalam tubuh dan diharapkan bisa menginduksi antibodi seumur hidup. Selain itu, pemberian dua atau tiga kali tidak berpengaruh. Karena itu, vaksinasi BCG hanya diperlukan sekali seumur hidup. Di Indonesia, diberikan sebelum berumur dua bulan, atau anak-anak umur 0-14 tahun. Imunisasi TBC ini tidak sepenuhnya melindungi kita dari serangan TBC. Tingkat efektivitas vaksin ini berkisar antara 70-80 persen. Karena itu, walaupun telah menerima vaksin, kita masih harus waspada terhadap serangan TBC ini. (Kompas, 2006). Kemopropfilaksis dengan INH bisa diberikan pada keluarga penderita atau orang-orang yang pernah kontak dengan penderita (Entjang, 2000). Selain itu pasteurisasi susu sapi dan membunuh hewan yang terinfeksi oleh *Mycobacterium bovis* akan mencegah tuberkulosis bovin pada manusia (Alsagaff, 2002).

Berhasil atau tidaknya usaha pemberantasan TBC tergantung pada keadaan sosio-ekonomi masyarakat, kesadaran berobat si penderita dan pengetahuan penderita, keluarga dan masyarakat pada umumnya tentang penyakit TBC (Entjang, 2000).

## 2.2 Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru (P2TB)

### 2.2.1 Pendahuluan

Sejak tahun 1995, program Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis Paru, telah dilaksanakan dengan strategi DOTS yang direkomendasikan oleh WHO. Kemudian berkembang seiring dengan pembentukan Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, maka Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis Paru diganti dengan Program Penanggulangan Tuberkulosis. Dengan strategi DOTS, manajemen penanggulangan TBC paru di Indonesia, ditekankan pada tingkat kabupaten/kota. Termasuk disini adalah Kabupaten Jember (DEPKES RI, 2003).

### 2.2.2 Tujuan P2TB

Tujuan penatalaksanaan dari TBC paru adalah menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, menurunkan tingkat penularan, dan mencegah resistensi. Untuk jangka pendek P2TB bertujuan agar tercapainya angka kesembuhan minimal 85% dari semua penderita BTA positif yang ditemukan. Dan cakupan penemuan penderita secara bertahap sehingga pada tahun 2005 dapat mencapai 70% dari perkiraan semua penderita baru BTA positif (DEPKES RI, 2003).

### 2.2.3 Kebijakan Operasional

Untuk mencapai tujuan tersebut, ditetapkan berbagai kebijakan operasional. Penanggulangan TBC paru di Indonesia dilaksanakan dengan desentralisasi sesuai kebijaksanaan DEPKES RI. Penanggulangannya dilaksanakan oleh seluruh Unit Pelayanan Kesehatan (UPK), meliputi Puskesmas, RS Pemerintah dan swasta, Balai Pengobatan Penyakit Paru, Rumah Sakit Paru, serta Praktek Dokter Swasta (PDS), dengan melibatkan peran serta masyarakat secara paripurna dan terpadu. Dalam rangka menyukseskan P2TB, prioritas ditujukan terhadap peningkatan mutu pelayanan, penggunaan obat yang rasional, dan paduan obat yang sesuai dengan strategi DOTS.

Kegiatan yang dilakukan dalam program ini adalah sebagai berikut :

- a. Penemuan dan diagnosis penderita.
- b. Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe tuberkulosis.

- c. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung.
- d. Pengobatan penderita dan pengawasan pengobatan.
- e. *Cross check* sediaan dahak.
- f. Penyuluhan tuberkulosis.
- g. Pencatatan dan pelaporan.
- h. Supervisi.
- i. Monitoring dan evaluasi.
- j. Perencanaan.
- k. Pengelolaan logistik.
- l. Pelatihan.
- m. Penelitian.

Target program adalah angka konversi pada akhir pengobatan tahap intensif minimal 80%, angka kesembuhan minimal 85% dari kasus baru BTA positif, dengan pemeriksaan sediaan dahak yang benar (angka kesalahan maksimal 5%). Untuk mendapatkan pemeriksaan dahak yang bermutu, maka dilaksanakan pemeriksaan uji silang (*Cross check*) secara rutin oleh Balai Laboratorium Kesehatan (BLK) dan laboratorium rujukan yang ditunjuk.

Obat anti-TBC (OAT) disediakan pemerintah dan diberikan gratis kepada penderita TBC paru secara cuma-cuma dan dijamin ketersediaannya di Puskesmas atau sarana pelayanan kesehatan lain yang telah menerapkan strategi pengobatan TBC secara langsung dalam jangka pendek dengan pengawasan oleh seorang PMO (DOTS). Untuk mempertahankan kualitas pelaksanaan program, diperlukan sistem pemantauan, supervisi dan evaluasi program. Menggalang kerjasama dan kemitraan dengan program terkait, sektor pemerintah dan swasta (DEPKES RI, 2003).

#### 2.2.4 Sasaran P2TB

Sasaran P2TB adalah tersangka TBC paru yang telah didiagnosa pasti menderita TBC paru. Diagnosis dapat ditegakkan pada pasien yang telah melakukan pemeriksaan dahak secara mikroskopis dan ditemukan BTA positif, apabila sedikitnya dua dari tiga spesimen SPS BTA hasilnya positif. Bila hanya satu

spesimen yang positif perlu dilaksanakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto Rontgen dada atau pemeriksaan SPS diulang. Jika hasil Rontgen mendukung, penderita didiagnosis sebagai penderita TB BTA positif. Jika tidak SPS diulangi. UPK yang tidak memiliki fasilitas Rontgen dapat merujuk penderita untuk foto Rontgen dada. Bila negatif semua diberikan antibiotik spektrum luas selama 1-2 minggu, bila tidak ada perubahan, namun gejala klinis tetap mencurigakan, ulangi pemeriksaan dahak SPS (DEPKES RI, 2003; Jiptunair, 2004).

#### 2.2.5 Strategi P2TB

Strategi ini mencakup lima komponen yaitu: komitmen politisi pemerintah, diagnosis dan pemeriksaan dahak yang tepat, pengobatan dengan paket obat TBC jangka pendek minimal 6 bulan dan diawasi secara baik, ketersediaan obat, serta pencatatan yang akurat. Sejauh ini, Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) yang telah melaksanakan strategi DOTS hingga akhir tahun 2005 adalah Puskesmas, dan Rumah Sakit Umum. Sayangnya, strategi ini belum diterapkan di semua UPK swasta, termasuk Rumah Sakit. Padahal, makin banyak penderita yang berobat ke RS swasta (Muhlisi *et al*, 2002).

#### 2.2.6 Organisasi Pelaksanaan di Puskesmas.

Unit Pelaksana yaitu Kelompok Puskesmas Pelaksana (KPP) yang terdiri dari Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM) dengan di sekelilingnya terdapat Puskesmas Satelit (PS). Secara keseluruhan ini mencakup wilayah kerja dengan jumlah penduduk antara 100.000-150.000 jiwa. Ini merupakan kondisi ideal bagi kelangsungan program dan menjadi dasar perencanaan maupun selanjutnya. Beberapa daerah, sehubungan dengan kondisi setempat, terutama faktor geografis, dalam tahap pengembangannya tidak dapat dikelompokkan sebagai KPP serta berdiri sendiri. Puskesmas pelaksana program yang demikian disebut Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM) yang dilengkapi tenaga dan fasilitas pemeriksaan sputum BTA (Munaf, 1997; DEPKES RI, 2003).

### 2.2.7 Penatalaksanaan TBC Paru

Pengobatan TBC diberikan dalam 2 tahap yaitu tahap intensif dan tahap lanjutan. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal, sebaiknya pada saat perut kosong. Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT terutama rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TBC BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif (Rohmi *et al*, 2000; Aditama, 2003; Rahmat, 2004).

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten (dormant) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan (DEPKES RI, 2003).

Dokter atau tenaga kesehatan kemudian mengawasi proses peminuman obat serta perkembangan pasien. Ini sangat penting karena ada kecendrungan pasien berhenti minum obat karena gejalanya telah hilang. Setelah minum obat TBC biasanya gejala TBC bisa hilang dalam waktu 2-4 minggu. Walaupun demikian, untuk benar-benar sembuh dari TBC diharuskan untuk mengkonsumsi obat minimal selama 6 bulan. Efek negatif yang muncul jika kita berhenti minum obat adalah munculnya kuman TBC yang resisten terhadap obat. Jika ini terjadi, dan kuman tersebut menyebar, pengendalian TBC akan semakin sulit dilaksanakan. Sedangkan di lapangan, banyak pasien yang baru melakukan dua bulan pengobatan dan kondisinya membaik sudah merasa sehat dan menghentikan pengobatannya (Kompas, 2006).

Pengobatan TBC di Indonesia dilakukan dengan OAT jenis *fixed dose combination* (FDC) atau kombinasi dosis tetap (KDT). Dasar rekomendasi penggunaan FDC 4 adalah menyederhanakan pengobatan, manajemen pengadaan obat, dan kemampuannya untuk mencegah terjadinya resistensi. Untuk memperbaiki hasil pengobatan maka WHO menganjurkan penggunaan obat dalam satu kapsul, sebagaimana tercantum dalam tabel 2.1. (Liaw, 2001; WHO, 2002 dalam Aditama, 2003; Sander, 2004).



Tabel 2.1 : Regimen FDC/ KDT Obat Anti-TBC

Regimen	Dosis Terapi Setiap Hari
RHZE	R (150 mg) + H (75 mg) + Z (400 mg) + E (275 mg)
RHZ	R (150 mg) + H (75 mg) + Z (400 mg) R (60 mg) + H (30 mg) + Z (150 mg) (untuk pedriatik)
RH	R (300 mg) + H (150 mg) R (150 mg) + H (75 mg) R (60 mg) + H (30 mg) (untuk pedriatik)
EH	H (150 mg) + E (400 mg)
TH	T (50 mg) + H (100 mg) T (150 mg) + H (300 mg)
Dosis Terapi Tiga Kali Seminggu	
RHZ	R (150 mg) + H (150 mg) + Z (500mg)
RH	R (150 mg) + H (150 mg) R (60 mg) + H (60 mg) (untuk pedriatik)

Sumber : WHO, 2002 dalam Aditama, 2003

Tabel 2.2 : Jumlah Obat FDC/ KDT yang Harus Diminum

Pasien	Berat Badan (kg)	Fase Intensif			Fase Lanjutan			
		2 bulan			4 bulan		6 bulan	
		RHZE	RHZ	RHZ 3/7	RH	RH 3/7	EH	TH
Anak- anak	<7		1	1	1	1		
	8-9		1,5	1,5	1,5	1,5		0,5
	10-14		2	2	2	2		0,5
	15-19		3	3	3	3		1
Dewasa	30-37	2	2	2	2	2	1,5	1,5
	38-54	3	3	3	3	3	2	2
	55-70	4	4	4	4	4	3	3
	>71	5	5	5	5	5	3	4

Sumber : Aditama, 2003

Hasil pengobatan seorang penderita dapat dikategorikan sebagai sembuh, pengobatan lengkap, meninggal, pindah, *defaulted* atau *drop out*, dan gagal. Penderita dinyatakan sembuh bila penderita telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow up*) paling sedikit dua kali berturut-turut hasilnya negatif. Sedangkan tergolong pengobatan lengkap bila selesai pengobatan tetapi tidak ada hasil pemeriksaan ulang dahak dua kali berturut-turut. Penderita yang meninggal bila dalam masa pengobatan oleh sebab apapun. Untuk penderita yang pindah sebaiknya dibuatkan surat pindah dan bersama sisa obat dikirim ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) yang baru, kemudian hasil pengobatan penderita dikirim kembali ke UPK asal. Yang dimaksud dengan *defaulted* yaitu bila penderita tidak mengambil obat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai. Kategori gagal bila penderita BTA positif yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif pada satu bulan sebelum akhir pengobatan (DEPKES RI, 2003).

Seorang penderita kadang-kadang berhenti minum obat sebelum masa pengobatan selesai, hal ini dapat terjadi karena penderita belum memahami bahwa obat harus ditelan seluruhnya dalam jangka waktu yang ditetapkan. Petugas kesehatan harus mengusahakan agar penderita yang putus berobat tersebut kembali ke UPK. Pengobatan yang diberikan tergantung pada tipe penderita, lamanya pengobatan sebelumnya, lamanya putus berobat, dan bagaimana hasil pemeriksaan dahak sewaktu dia kembali berobat (Aditama, 2003; Siswono, 2006).

#### 2.2.8 Pengawas Menelan Obat (PMO)

Salah satu dari komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO. Ini merupakan bentuk partisipasi masyarakat terhadap pemberantasan TBC paru (Senewe, 2002; Dinas Infokom Jatim, 2003; WHO, 2004).

a. Persyaratan PMO adalah :

- 1) Seseorang yang dikenal, dipercayai dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun penderita. Selain itu harus dihormati dan disegani penderita.
- 2) Seseorang yang tinggal dekat dengan penderita.
- 3) Bersedia membantu penderita dengan sukarela.
- 4) Bersedia dilatih dan mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita

Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya bidan di desa, perawat, pekarya sanitarian, juru imunisasi, dll. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.

b. Tugas seorang PMO adalah sebagai berikut :

- 1) Mengawasi penderita TBC agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
- 2) Memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat teratur.
- 3) Mengingatkan penderita untuk memeriksa ulang dahaknya pada waktu yang telah ditentukan.
- 4) Memberi penyuluhan pada anggota keluarga penderita TBC yang mempunyai gejala-gejala tersangka TBC untuk segera memeriksakan diri ke UPK.

c. Informasi penting yang harus dipahami PMO untuk disampaikan :

- 1) TBC bukan penyakit keturunan atau penyakit kutukan.
- 2) TBC dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur.
- 3) Tatalaksana pengobatan penderita pada tahap intensif dan lanjutan.
- 4) Pentingnya berobat secara teratur karena itu pengobatan perlu diawasi.
- 5) Efek samping obat dan tindakan yang harus dilakukan bila terjadi efek samping tersebut.
- 6) Cara penularan dan mencegah penularan (DEPKES RI, 2003 ).

## 2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Berobat Penderita TBC Paru

Penyakit TBC paru adalah merupakan salah satu penyakit yang dalam pengobatannya memerlukan waktu yang cukup lama, oleh karena itu kesabaran dan ketabahan sangat diperlukan baik dari pihak petugas kesehatan, seorang PMO, maupun dari penderita sendiri. Hal ini sangat diperlukan dalam rangka untuk mengurangi adanya ketidakpatuhan berobat penderita. Beberapa penelitian menyebutkan adanya faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat penderita TBC adalah sebagai berikut :

### 2.3.1 Faktor Internal

#### a. Umur

Berdasarkan evaluasi Puskesmas di Istanbul, golongan umur lebih tua lebih tidak teratur dalam menjalankan pengobatan dan pada puncaknya umur 40-49 tahun. Samsul Harun dkk (1977-1978) menyebutkan golongan tidak patuh berobat kebanyakan berumur 31-50 tahun (46,8 %), disusul 30 tahun ke bawah (31 %) dan di atas 50 tahun (22,1 %).

Mirza Zubir (1978-1979) menyatakan golongan umur 31-50 tahun yang terbanyak (65 %) disusul golongan umur di atas 50 tahun (27,5%) dan baru golongan kurang dari 30 tahun (7,5%). Paulus Wignyo menyebut golongan umur 45 tahun ke atas terbanyak (65%), kurang dari 30 tahun sebanyak 25% dan golongan umur 30-44 tahun 10% (Paulus Wignyo, 1986).

#### b. Jenis Kelamin

Perempuan lebih teratur dan patuh daripada laki-laki. (Harun et al, 1980). Responden perempuan mempunyai risiko atau peluang untuk tidak patuh terhadap pengobatan sebesar 0,34 kali dibanding dengan laki-laki (Muhlisi *et al*, 2002).

#### c. Pendidikan

Tinggi rendahnya pendidikan juga menentukan patuh atau tidaknya penderita terhadap pengobatan. Mengingat kebanyakan penderita adalah termasuk orang-orang yang berpendidikan rendah, maka seringkali penjelasan-penjelasan yang diberikan

petugas sukar untuk dimengerti. Mirza Zoebir (1977-1978) menyatakan bahwa makin tinggi pendidikan penderita, maka makin teratur berobatnya sehingga jumlah penderita putus berobat makin sedikit. Golongan tidak sekolah 60%, SD 35%, SLTP 2,5% dan SLTA 2,5%. Paulus Wigny (1986) menyatakan ada hubungan bermakna antara pendidikan formal dengan kejadian putus berobat. Penderitaan yang putus berobat 50% tidak sekolah, 45% SD/Sederajat, 15% SLTP/ sederajat (Gani, 1998; Heriyono, 2004; Hendrayana, 2004).

d. Pengetahuan tentang TBC paru

Pengetahuan yang kurang juga mempengaruhi kepatuhan berobat penderita TBC paru. Muchtar Rafei menyebutkan bahwa kesadaran penderita yang kurang tentang pentingnya pengobatan disebabkan karena pengetahuan yang kurang pula. Demikian pula Paulus Wigny (1986) menyatakan bahwa sebagian besar dari penderita yang putus berobat mempunyai pengetahuan yang tidak memadai 80% sedangkan sisanya 20% pengetahuannya memadai (Gani, 1998). Tingkat pengetahuan rendah akan mempunyai peluang untuk tidak patuh terhadap pengobatan sebesar 2 kali dibanding responden yang berpengetahuan tinggi (Muhlisi *et al*, 2002).

e. Pekerjaan dan Penghasilan

Pekerjaan seseorang mempengaruhi kesempatan untuk datang ke UPK. Disamping itu mengingat penderita adalah golongan sosial-ekonomi rendah, maka lebih mementingkan pekerjaan daripada pergi ke UPK. Paulus Wigny (1986) menyatakan persentase tertinggi pada golongan tidak kerja (40%), 15% petani, 5% pegawai negeri, 5% pedagang dan 20% nelayan (Gani, 1998).

### 2.3.2 Faktor Eksternal

a. Petugas Kesehatan

Yang termasuk didalam faktor petugas kesehatan dalam pengobatan adalah dokter, perawat, dan pemeriksa kuman TBC. Masing-masing petugas harus terlatih dan dimotivasi agar melakukan kewajibannya sebaik mungkin sehingga dapat menjamin keberhasilan pengobatan, lebih-lebih dalam segi pelayanannya memerlukan perhatian yang serius, misalnya ramah tamah, banyak memberikan

informasi tentang TBC paru dan pentingnya pengobatan sampai penyakitnya sembuh (Hendrayana, 2004).

b. Obat

Dalam hal ini, yang mempengaruhi kepatuhan berobat adalah jenis obat, cara pemberian, dan efek samping obat. Jenis obat, yaitu ada obat yang tidak disenangi oleh penderita, misalnya harus ditelan dalam jumlah yang banyak. Cara pemberian, yaitu cara oral atau suntikan masing-masing ada penggemarnya sendiri di masyarakat. Efek samping obat yaitu obat yang dapat mengakibatkan alergi dan rasa yang tidak enak akan mempengaruhi ketaatan untuk berobat (Gani, 1998).

c. Jarak dan Transportasi

Jarak antara rumah penderita dengan tempat pengobatan serta sarana transportasi yang tersedia merupakan salah satu faktor yang menentukan kepatuhan untuk berobat. Menurut WHO (Dinkes Propinsi Jatim, 1976), mengatakan jarak tempat tinggal penderita dan tempat pengobatan harus diusahakan sedekat mungkin (tiga sampai lima kilometer). Evaluasi Puskesmas di Propinsi Jawa Timur (1975) menyatakan bahwa makin jauh tempat tinggal penderita dengan puskesmas makin tidak taat penderita untuk berobat. Namun menurut Paulus Wignyo (1986) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara tempat tinggal dengan Puskesmas. Sebanyak 60% dari penderita putus berobat mempunyai jarak tempat tinggal dengan Puskesmas kurang dari tiga kilometer, 25% dari jarak 3-5 kilometer dan 15% lebih dari lima kilometer (Gani, 1998).

d. Pengawas Menelan Obat

Adanya pengawasan dari PMO dapat mempengaruhi ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru. Kunjungan ke rumah-rumah perlu ditingkatkan agar kesadaran para penderita dalam mengobati penyakit TBC paru lebih mantap, sehingga angka putus berobat akan menurun. Ham Sik Liang mengatakan bahwa angka putus berobat yang tinggi (57%) karena sebagian besar penderita tinggal di luar jangkauan Puskesmas (Darmawan, 1980). Laporan dari *The Urban TB Pilot Project Yogyakarta* menyebutkan bahwa angka putus berobat yang rendah (0,4% tribulan pertama dan

1,6% sesudah enam bulan pengobatan) disebabkan karena organisasi kunjungan rumah yang efisien (Gani, 1998; Marhaento, 2002; Heriyono, 2004).

e. Keluarga

Dukungan keluarga terhadap pengobatan mempunyai peranan penting untuk mencapai kesembuhan penderita. Tingkat dukungan keluarga yang rendah akan mempunyai peluang untuk tidak patuh terhadap pengobatan sebesar 1,5 kali dibanding responden dengan dukungan keluarga yang tinggi (Marhaento *et al*, 2002; Muhlisi *et al*, 2002).

## 2.4 Gambaran Lokasi Penelitian

### 2.4.1 Keadaan Geografi

Kabupaten Jember adalah salah satu kabupaten yang ada di wilayah Propinsi Jawa Timur. Kabupaten ini terdiri dari 31 kecamatan. Luas wilayahnya sekitar 3.293,34 kilometer persegi, dengan ketinggian rata-rata 20 meter di atas permukaan laut. Kabupaten ini berbatasan dengan Kabupaten Probolinggo di utara, Kabupaten Banyuwangi di timur, Samudra Hindia di selatan, serta Kabupaten Lumajang di barat.

Bagian selatan Kabupaten Jember adalah dataran rendah. Bagian barat laut yang berbatasan dengan Kabupaten Probolinggo adalah pegunungan, bagian dari Pegunungan Iyang, dengan puncaknya Gunung Argopuro (3.088 m). Bagian timur merupakan bagian dari rangkaian Dataran Tinggi Ijen (Pemkab Jember, 2005).

### 2.4.2 Keadaan Demografi

Jumlah penduduk Kabupaten Jember adalah 2,2 juta jiwa dengan kepadatan penduduk 647,15 jiwa/ km<sup>2</sup>. Terdiri dari 216.736 jiwa adalah balita, 1.723.264 usia muda, dan 227.351 adalah lansia. Angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tuberkulosis terutama terjadi pada golongan usia muda/ produktif kerja, kelompok usia 15-49 tahun sehingga berdampak pada sumber daya manusia yang akhirnya dapat mengganggu perekonomian negara (Pemkab Jember, 2005).

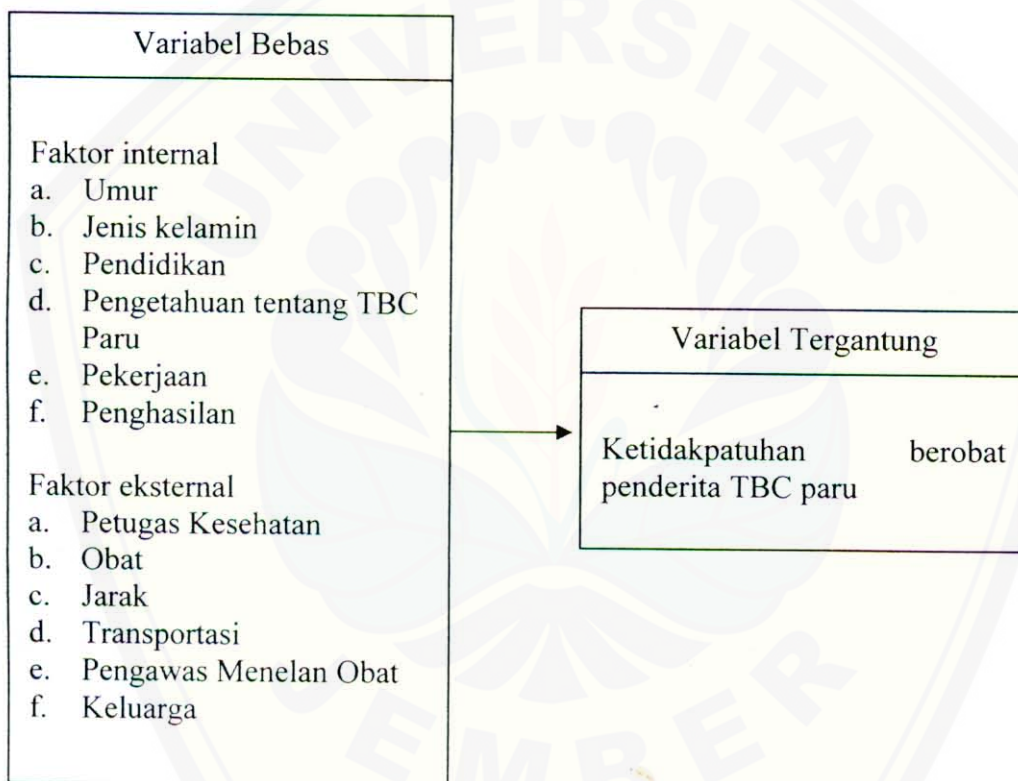
### 2.4.3 Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Kabupaten Jember adalah Rumah Sakit Umum, Rumah Sakit Paru, Rumah Sakit Swasta, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Polindes, dan Poliklinik (Pemkab Jember, 2005)

## 2.5 Kerangka Konseptual dan Hipotesis Penelitian

### 2.5.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Untuk mengetahui besarnya pengaruh variabel bebas terhadap variabel tergantung dapat dibuat secara skematis sebagai berikut.



Keterangan :

——— : diteliti

Dari kerangka konseptual di atas, bahwa pencapaian hasil tentang ketidapatuhan berobat penderita TBC paru dipengaruhi oleh faktor-faktor yang diteliti yaitu faktor internal yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan,



pengetahuan tentang TBC paru, pekerjaan, dan penghasilan; serta faktor eksternal yang terdiri dari petugas kesehatan, obat, jarak, transportasi, PMO, dan keluarga.

## 2.5.2 Hipotesis Penelitian

### a. Faktor Internal

- 1) Tidak ada pengaruh umur terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.
- 2) Tidak ada pengaruh jenis kelamin terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.
- 3) Tidak ada pengaruh pendidikan terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.
- 4) Tidak ada pengaruh pengetahuan terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.
- 5) Tidak ada pengaruh pekerjaan terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.
- 6) Tidak ada pengaruh penghasilan terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.

### b. Faktor Eksternal

- 1) Tidak ada pengaruh petugas kesehatan terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.
- 2) Tidak ada pengaruh obat terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.
- 3) Tidak ada pengaruh jarak terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.
- 4) Tidak ada pengaruh transportasi terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.
- 5) Tidak ada pengaruh PMO terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.
- 6) Tidak ada pengaruh keluarga terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember.



### 3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian epidemiologi observasional analitik dengan rancangan studi *cross-sectional*. Penelitian observasional adalah penelitian yang dilakukan berdasarkan kejadian alami yang telah ada atau telah terjadi tanpa dapat dikontrol atau dikendalikan peneliti. Rancangan studi yang dilakukan adalah *cross-sectional*, yaitu penelitian untuk mempelajari hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung dengan cara pengumpulan data sekaligus pada suatu saat atau pada periode yang singkat (Soedarmayanti *et al*, 2002).

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

#### 3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini bertempat di beberapa Puskesmas yang terdapat di Kabupaten Jember yang berdasarkan data dari Dinkes Jember memiliki penderita TBC paru yang tidak patuh berobat. Puskesmas itu terdiri dari 12 Puskesmas yang terdapat di Kecamatan Gumukmas, Sumber Baru, Wuluhan, Sabrang, Bangsal Sari, Rowo Tengah, Silo I, Sukowono, Patrang, Jenggawah, Sukorambi, dan Nogosari.

#### 3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus-September 2006.

### 3.3 Identifikasi Variabel Penelitian

#### 3.3.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor internal yaitu : umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan tentang TBC paru, pekerjaan, dan penghasilan; serta faktor eksternal yaitu: petugas kesehatan, obat, jarak, transportasi, PMO, dan keluarga.

### 3.3.2 Variabel Tergantung

Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru.

## 3.4 Definisi Operasional Variabel

### 3.4.1 Definisi Operasional Variabel Bebas

Adapun konsep- konsep yang dioperasionalkan dalam penelitian ini adalah faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru, yaitu:

#### a. Faktor Internal

##### 1) Umur

Umur responden dalam tahun, waktu dinyatakan sebagai penderita TBC paru. Adapun umur responden dikriteriakan sebagai berikut :

- a) diatas 45 tahun
- b) 30-44 tahun
- c) Kurang dari 30 tahun

(Gani, 1998).

##### 2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin yaitu laki-laki dan perempuan.

##### 3) Pendidikan

Pendidikan formal terakhir responden, yang dikriteriakan sebagai berikut :

- a) Tinggi : Akademi / Perguruan Tinggi baik tamat / tidak tamat Akademi / PT = 3
- b) Menengah : Sekolah Menengah Atas (SMA) baik tamat atau tidak tamat SMA / sederajat = 2
- c) Rendah : Sekolah Dasar (SD) dan Sekolah Menengah Pertama (SMP) baik tamat atau tidak tamat SD / sederajat atau SMP / sederajat = 1

(Gani, 1998).

#### 4) Pengetahuan

Pengetahuan mencakup pengertian responden tentang penyakit TBC paru yang meliputi gejala-gejala penyakit TBC paru dan penyebabnya, penyakit TBC paru dapat menularkan orang lain, penyakit TBC paru dapat membahayakan dirinya bila tidak diobati secara teratur, penyakit TBC paru dapat disembuhkan, dan tanda-tanda kesembuhan penyakit TBC paru. Pengetahuan ini diukur dengan menggunakan metode wawancara (Gani, 1998).

Untuk variabel ini terdapat 22 pertanyaan, dimana setiap item terdapat 3 alternatif jawaban. Penilaiannya yaitu :

- a) Untuk pilihan jawaban yang benar mendapat nilai 3
- b) Untuk pilihan jawaban yang salah mendapat nilai 2
- c) Untuk pilihan jawaban tidak tahu mendapat nilai 1

Kemudian dari 22 pertanyaan tersebut dibuat dalam 3 kategori skor yaitu :

Tinggi : skor 52-66

Sedang : skor 37-51

Rendah : skor 22-36

#### 5) Pekerjaan

Pekerjaan responden adalah pekerjaan utama responden pada saat putus berobat. Responden apakah termasuk pekerja kasar atau buruh dan pegawai kantor, baik itu swasta atau pemerintah. Pengukuran pekerjaan dilakukan dengan pengisian identitas responden.

#### 6) Penghasilan/ Tingkat Sosio-ekonomi

Tingkat sosio-ekonomi diukur dengan standar Upah Minimum Regional (UMR) di Kabupaten Jember. Berdasarkan data dari Dinas Tenaga Kerja Jember, maka untuk tahun 2005 adalah Rp. 425.000,00.

Tinggi : > Rp. 1.000.000,00

Sedang : Rp. 425.000,00 - Rp.1.000.000,00

Rendah : < UMR Rp. 425.000,00

Pengukuran juga dilakukan dengan pengisian identitas responden.

**b. Faktor Eksternal****1) Petugas Kesehatan**

Petugas kesehatan ini menyangkut pelayanan, perlakuan, dan kebijaksanaan petugas kesehatan dalam memberikan informasi. Pengukuran tentang petugas kesehatan ini dilakukan dengan menggunakan wawancara terdiri dari 3 pertanyaan.

- a) Baik : pelayanan yang ramah, perlakuan, dan pemberian informasi yang baik
- b) Sedang : pelayanan, perlakuan, dan pemberian informasi yang biasa saja
- c) Kurang : pelayanan yang kurang baik

**2) Obat**

Pengalaman terhadap obat yaitu menerima obat secara gratis atau tidak, ketersediaan obat, kelengkapan obat, efek samping obat yang menyebabkan pasien alergi, obat diminum atau tidak, serta kewajiban mengambil obat. Pengukuran tentang obat ini dilakukan dengan metode wawancara yang terdiri dari 8 pertanyaan.

Kemudian dari 8 pertanyaan tersebut dibuat dalam 3 kategori skor yaitu :

- a) Baik : 19-24
- b) Sedang : 14-18
- c) Buruk : 8-13

**3) Jarak**

Jarak ini menyangkut jarak lingkungan tempat tinggal penderita dengan UPK. Pengukuran jarak dilakukan dengan menggunakan wawancara. Terdiri dari 2 item pertanyaan. Untuk faktor jarak ini, peneliti mengkriterikannya sebagai berikut :

- a) Dekat : kurang dari 3 km
- b) Sedang : 3-5 km
- c) Jauh : lebih dari 5 km

Untuk item pertanyaan lainnya menyangkut pendapat responden tentang apakah karena faktor dari jarak tersebut yang membuat responden tidak patuh berobat.

## 4) Transportasi

Sedangkan untuk transportasi menyangkut kendaraan yang digunakan dan biaya transportasi. Ini terdapat 2 pertanyaan.

Kemudian dari 4 pertanyaan tersebut dibuat dalam 3 kategori skor yaitu :

Baik : 10-12

Sedang : 7-9

Kurang : 4-6

## 5) Pengawas Menelan Obat

PMO adalah :

- a) Seseorang yang dikenal, dipercayai dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun penderita. Selain itu harus dihormati dan disegani penderita.
- b) Seseorang yang tinggal dekat dengan penderita.
- c) Bersedia membantu penderita dengan sukarela.
- d) Bersedia dilatih dan mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita.

Pengukuran tentang PMO dilakukan dengan menggunakan wawancara. Terdapat 2 pertanyaan. Untuk faktor PMO peneliti mengkriteriakan sebagai berikut :

- a) Baik : dikunjungi dan diawasi supaya tetap berobat sampai pengobatan selesai dan pengaruh PMO positif, skor : 5-6.
- b) Sedang : dikunjungi dan diawasi hanya sampai fase awal saja, setelah itu tidak ada tindak lanjut dan pengaruh PMO biasa saja, skor : 4
- c) Kurang : tidak pernah dikunjungi PMO selama pengobatan / tidak ada pengawasan sama sekali dan pengaruh PMO negatif, skor : 2-3

## 7) Keluarga

Keluarga menyangkut dukungan dari keluarga supaya penderita menyelesaikan pengobatan sampai sembuh, perasaan dikucilkan, dan mengingatkan penderita untuk kontrol (Muhlisi *et al*, 2002). Pengukuran dilakukan dengan menggunakan wawancara dengan 3 item pertanyaan. Penilaian diberikan dengan pilihan jawaban dan skor :

Baik = keluarga peduli; tidak dikucilkan (perhatian penuh); selalu mengingatkan untuk minum obat dan kontrol secara teratur, skor : 3

Sedang = keluarga peduli tapi tidak pernah mengingatkan untuk minum obat ; perlakuan biasa saja; kadang-kadang diingatkan untuk kontrol, skor : 2

Kurang = keluarga tidak peduli; dikucilkan dari keluarga; tidak pernah diingatkan untuk kontrol, skor : 1

Sehingga didapatkan skor terbesar per responden yang dapat diberikan oleh seorang responden. Kemudian dari 3 pertanyaan tersebut dibuat dalam 3 kategori skor yaitu :

Baik : 7-9

Sedang : 6

Kurang : 3-5

#### 3.4.2 Definisi Operasional Variabel Tergantung

Ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru adalah penderita yang tidak teratur dan berhenti minum obat padahal Dokter belum menyatakan penyakit TBC-nya sembuh, sesuai dengan data dari Dinkes Jember.

### 3.5 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.5.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah penderita TBC paru rawat jalan di 12 Puskesmas yang tidak patuh berobat sebanyak 41 orang dan penderita TBC paru yang sembuh karena patuh berobat sebanyak 1.750 orang.

#### 3.5.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitiannya adalah total sampel dari seluruh populasi yang tidak patuh berobat dan diperoleh secara acak dari penderita yang patuh berobat sebanyak 3,4% (Oetoyo,1983 ; Pratiknya, 2003).

#### 3.5.3 Jumlah Sampel Penelitian

Berdasarkan data dari 12 Puskesmas bahwa jumlah penderita yang tidak patuh adalah sebanyak 41 orang, dan 59 orang penderita yang patuh berobat semuanya dijadikan sampel setelah bersedia mengisi *inform consent* dan jika

tidak bisa ditemui pada saat penelitian bisa digantikan oleh keluarga terdekat dan serumah.

### 3.6 Alat Penelitian

Dalam rangka mengumpulkan data, peneliti mengadakan wawancara langsung kepada responden dengan berpedoman pada panduan wawancara yang telah disediakan sebelumnya. Dengan demikian diharapkan jawaban yang diberikan adalah yang sebenarnya dan terhindar dari pengaruh orang lain.

### 3.7 Prosedur Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada semua penderita TBC paru yang *drop out* berdasarkan data dari Dinkes Jember dengan cara sebagai berikut :

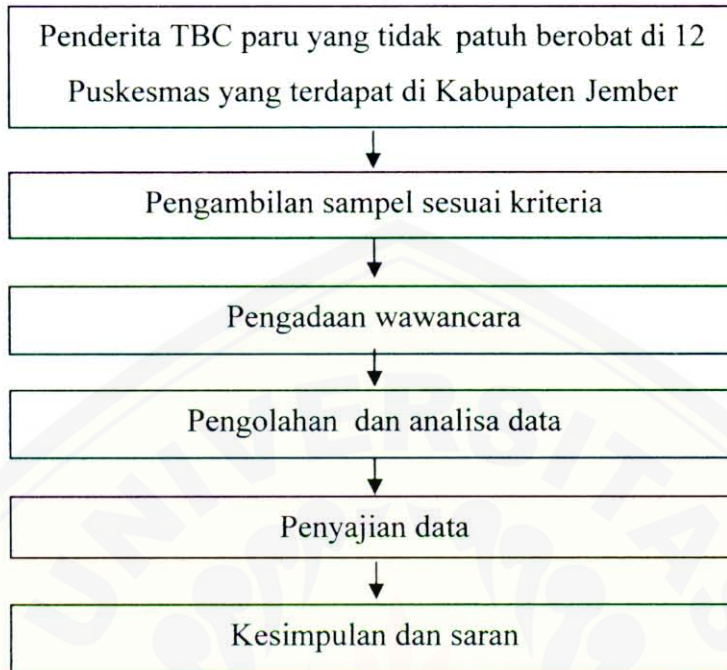
- a. Mendaftar semua penderita TBC paru yang terdapat di 12 Puskesmas.
- b. Mendatangi Puskesmas dan meminta alamat responden.
- c. Mendatangi responden.
- d. Pengisian identitas dan melakukan wawancara kepada responden dengan panduan oleh peneliti.
- e. Mengumpulkan semua panduan wawancara dan jawaban responden untuk dianalisa.

### 3.8 Analisis Data

Untuk mengetahui pengaruh faktor internal dan eksternal terhadap ketidakpatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember, dianalisis dengan menggunakan Uji Regresi Logistik menggunakan metode enter dengan  $\alpha=0,05$  dengan bantuan program SPSS 13.0. Regresi ini digunakan untuk mencari persamaan regresi jika variabel tergantungnya merupakan variabel yang berbentuk skala ordinal (Santosa, 2005).



### 3.9 Alur Penelitian



## BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis data dan pembahasan hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut.

- 1) Ditinjau dari faktor-faktor internal gambaran umum penderita TBC paru yang tidak patuh berobat yaitu : sebagian besar berumur di atas 45 tahun, berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan rendah, berpengetahuan sedang, pekerjaan sebagai buruh tani, dan memiliki pendapatan rendah.
- 2) Ditinjau dari faktor-faktor eksternal gambaran umum penderita TBC paru yang tidak patuh berobat yaitu : sebagian besar penderita berpendapat bahwa pelayanan dari petugas kesehatan sedang, tidak ada masalah dengan obat, jarak tempat tinggal penderita ke Puskesmas jauh, transportasi yang digunakan kurang memadai, PMO dirasakan cukup baik, dan mendapat perhatian yang lebih dari keluarganya.
- 3) Ketidapatuhan berobat penderita TBC paru di Kabupaten Jember dipengaruhi oleh faktor internal yaitu pendidikan dan penghasilan. Sedangkan untuk variabel dari faktor eksternal tidak ada yang bermakna secara statistik.



## 6.2 Saran

Saran yang dapat direkomendasikan adalah sebagai berikut.

### a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

1. Diperlukan peningkatan kualitas pengetahuan dengan penyuluhan yang melibatkan seluruh penderita TBC paru dan pemberian motivasi secara terus-menerus kepada penderita agar dapat menyelesaikan pengobatannya sampai sembuh.
2. Perlu peningkatan kunjungan rumah secara rutin sekaligus pengadaan obat yang dibawa oleh PMO agar dapat menjamin kelangsungan pengobatannya.
3. Pemberian motivasi kepada petugas dan PMO agar dapat melakukan pekerjaan dengan baik dan penuh semangat.

### b. Bagi Petugas Kesehatan

Mengingat petugas kesehatan sebagai unsur pelayan, maka perlu lebih meningkatkan pelayanan melalui pendekatan individu sehingga dapat diketahui masalah-masalah yang ada pada penderita.

### c. Bagi Keluarga dan Masyarakat

Program Penanggulangan Tuberkulosis (P2TB) dengan strategi DOTS merupakan program pemerintah untuk menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, menurunkan tingkat penularan, dan mencegah resistensi maka diperlukan partisipasi masyarakat untuk mensukseskan program ini misalnya melalui penyuluhan-penyuluhan dan menjadi petugas PMO.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. Y. 2003. *Terapi Tuberkulosis dengan Fixed Dose Combination (FDC)*. Volume II. Jakarta : RS Persahabatan.
- \_\_\_\_\_. 2003. *Rokok dan Tuberkulosis Paru*. Jakarta : RS. Persahabatan.
- Alsagaff, H dan Abdul Mukty. 2002. *Infeksi Tuberkulosis Paru*. Surabaya : University Press.
- Dalianto *et al.* 1999. *DOTS Sebagai Strategi Baru dalam Penanggulangan Tuberkulosis dan Pelaksananya di Puskesmas*. Surabaya : Medika.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Cetakan VII. Jakarta : Bakti Husada.
- \_\_\_\_\_. 2003. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Cetakan VIII. Jakarta : Bakti Husada.
- Dinas Informasi dan Komunikasi Propinsi Jawa Timur. 2003. "Dinkes Jatim Latih Tenaga Pemberantasan TBC." [www.dinkesjatim.go.id](http://www.dinkesjatim.go.id). [20 November 2003].
- Entjang, I. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung : PT. Citra Aditya Bhakti.
- Gani, H. A. 1998. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penderita TB Paru Putus Berobat di RSUP Jember*. Jember: UNEJ.
- Hendrayana, K. 2004. *Karakteristik Penderita TB Paru dan Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keteraturan Menelan Obat Fase Intensif di RSTP Sidawang Cirebon*. Semarang : UNDIP.
- Heriyono. 2004. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Paru Melakukan Pemeriksaan Ulang Dahak pada Akhir Pengobatan Tahap Intensif di Puskesmas Wonosobo 1 Kabupaten Wonosobo*. Semarang : UNDIP.
- Jiptunair. 2004. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kegagalan Konversi (BTA Positif) pada Akhir Pengobatan Fase Intensif Penderita Tuberkulosis Paru BTA Positif Baru di Kota Kendari Propinsi Sulawesi Tenggara*. Surabaya: UNAIR.
- Kompas. 2006. "Beri Akses Pasien Akan Pengobatan TBC", 23 (Maret 2006).
- Liaw, F. 2001. *Community Problem : Antibiotic Resistance in Tuberculosis*. Jakarta : FKUI..
- Marhaento, F. P. B. 1998. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketaatan Berobat Penderita Kusta di RS Kusta Tugurejo*. Semarang : UNDIP.
- Marhaento *et al.* 2002. *Faktor-Faktor Penentu Ketidakteraturan Berobat Penderita Kusta di Yogyakarta Tahun 2002*. Yogyakarta : UGM Press.

- Muhlisi *et al.* 2002. *Pengaruh Gender terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis dengan Menggunakan Program Directly Observed Treatment Short-Course (DOTS) di Kabupaten Purworejo*. Yogyakarta : UGM Press.
- Oetoyo I. 1983. *Statistik Dasar Untuk Kedokteran dan Kesehatan Gigi*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Panitia Medik. 2001. *Tuberkulosis Paru Pasca Primer*. Surabaya : RS Dr. Soetomo.
- Pemkab Jember. 2004. *Kabupaten Jember dalam Angka*. Jember : Pemkab Jember.
- Praktiknya, A. W. 2003. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.
- Rab, T. 1996. *Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta : Hipokrates.
- Rachmat, H. 2004. *Petunjuk Penggunaan Obat FDC Untuk Pengobatan Tuberkulosis di Unit Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : P2ML.
- Rohmi *et al.* 2000. *Penatalaksanaan Tuberkulosis Paru dan Tuberkulosis Ekstra Paru pada Pasien Usia Muda Bergizi Baik dalam Medika Indonesia*. Volume XXXII. Jakarta : RUPN. Dr. Cipto Mangunkusumo.
- Sander, M.. A. 2004. *Pengobatan Standar Penderita TBC*. Malang : Univ. Muhammadiyah.
- Santosa, P. B dan Ashari. 2005. *Analisis Statistik dengan MS.Excel dan SPSS*. Yogyakarta : Andi.
- Senewe, F. P. 2002. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Depok*. Depok : Pusat Penelitian dan Pengembangan Ekologi Kesehatan.
- Siswono. 2006. "Penanggulangan Tuberkulosis Perlu Diperbaiki." [www.gizi.net/index.html](http://www.gizi.net/index.html). [24 Maret 2006].
- Soedarmayanti *et al.* 2002. *Metodologi Penelitian*. Bandung : Mandar Maju.
- Suswati, E. 2006. *Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis Paru*. Jember : LP3 Universitas Jember.
- Stark *et al.* 1990. *Manual Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Utama, A. 2005. *Tuberkulosis*. Jakarta : Peneliti Puslit Bioteknologi LIPI dan Pemerhati Masalah Kesehatan.
- WHO. 2004. "TB Control in The Workplace, Report of an Intercountry Consultant, New Delhi." [www.Who.Int](http://www.Who.Int).
- Wikipedia Indonesia. 2005. "Kabupaten Jember" [www.pemkabjember.go.id](http://www.pemkabjember.go.id).
- Wright, W dan Richard J. Wallace. 2003. *Ilmu Penyakit Dalam Harrison*. Jakarta : EGC.

**LEMBAR PERNYATAAN KESANGGUPAN RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Umur :

Menyatakan kesanggupan saya untuk membantu dengan menjadi subyek dalam penelitian yang berjudul “Faktor Internal dan Eksternal yang Mempengaruhi Ketidapatuhan Berobat Penderita TBC Paru di Kabupaten Jember”.

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko atau dampak apapun terhadap saya dan keluarga saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas dan telah diberikan jawaban dengan jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subyek dalam penelitian ini.

Responden

---

**PANDUAN WAWANCARA**  
**FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL YANG MEMPENGARUHI**  
**KETIDAKPATUHAN BEROBAT PENDERITA TBC PARU**  
**DI KABUPATEN JEMBER**

---

Dengan Hormat,

Dalam rangka penulisan tugas akhir yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Fakultas Kedokteran Universitas Jember, saya mohon kiranya Anda untuk bersedia diwawancara sesuai dengan panduan ini.

Besar harapan saya agar Bapak / Ibu dapat membantu saya untuk menjawab pertanyaan yang akan saya ajukan ini dengan sejujurnya dan sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

Setiap jawaban yang Anda berikan sebagai responden mempunyai arti yang penting dan tak ternilai bagi peneliti, karena tanpa Anda, penelitian ini tidak akan berjalan karena saya sebagai peneliti tidak akan mendapatkan informasi yang dapat mendukung penyediaan data penelitian ini.

Atas perhatian dan kejasamanya kami mengucapkan terimakasih.

Jember, Juni 2006

Hormat Saya

Mahasiswa Fakultas Kedokteran

SYARLIDINA SYAF

NIM 032010101003

**PANDUAN WAWANCARA**  
**FAKTOR INTERNAL DAN EKSTERNAL YANG MEMPENGARUHI**  
**KETIDAKPATUHAN BEROBAT PENDERITA TBC PARU DI**  
**KABUPATEN JEMBER**

---

**I. IDENTITAS RESPONDEN**

- Nama :
- Jenis Kelamin :
- Umur :
- Alamat :
- Kecamatan :
- Pendidikan Terakhir :
- Pekerjaan :
- Penghasilan : a. > Rp 1.000.000,00  
b. Rp 425.000,00 – Rp. 1.000.000,00  
c. < Rp 425.000,00

**II. PERTANYAAN**

**A. Pengetahuan tentang TBC Paru**

- 1) Menurut Anda, apakah pengertian dari TBC paru?
  - a. Penyakit menular saluran napas bawah yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*.
  - b. Penyakit tidak menular saluran napas bawah yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium leprae*.
  - c. Tidak tahu.
- 2) Menurut Anda, apakah kuman penyebab penyakit TBC?
  - a. Bakteri *Mycobacterium tuberculosis*.
  - b. Virus *Mycobacterium tuberculosis*.
  - c. Tidak tahu.
- 3) Berdasarkan pengetahuan yang anda miliki, bagaimanakah gambaran distribusi penyakit TBC paru?



- a. Terdapat diseluruh dunia.
  - b. Terdapat di Indonesia, Malaysia, dan negara Asia Tenggara lainnya.
  - c. Tidak tahu.
- 4) Berdasarkan pengetahuan Anda apakah gejala-gejala penyakit TBC paru?
- a. Batuk lama, demam, keringat malam, dan sesak napas.
  - b. Perut terasa kembung, kulit terasa gatal, diare, dan mual.
  - c. Tidak tahu.
- 5) Berapa lamakah masa tunas penyakit TBC paru?
- a. 4-12 minggu.
  - b. 2- 6 minggu.
  - c. Tidak tahu.
- 6) Apakah penyakit TBC dapat menyebar ke organ tubuh lain?
- a. Dapat, seperti tulang, selaput otak, dan kelenjar getah bening.
  - b. Tidak dapat, karena hanya menetap di paru-paru saja.
  - c. Tidak tahu.
- 7) Berdasarkan pengetahuan Anda melalui media apa sajakah kuman TBC dapat menyebar di dalam tubuh?
- a. Penyebaran bronkogen, limfogen, dan hematogen
  - b. Penyebaran melalui sel-sel tulang
  - c. Tidak tahu
- 8) Apakah yang terjadi apabila kuman TBC yang masuk terlalu banyak ke dalam tubuh manusia?
- a. Terbentuknya tuberkulosis milier atau tuberkulosis meningitis
  - b. Terbentuknya *acoustic shadow*
  - c. Tidak tahu
- 9) Siapakah petugas kesehatan yang berhak memberikan diagnosa pasti atas penyakit Anda?
- a. Dokter
  - b. Mantri
  - c. Tidak tahu
- 10) Pemeriksaan laboratorium apakah yang pertama kali Anda lakukan?

- a. Pemeriksaan dahak SPS
  - b. Tes darah
  - c. Tidak tahu.
- 11) Apakah tujuan dari pemeriksaan tersebut?
- a. Menegakkan diagnosis dan menentukan klasifikasi/tipe.
  - b. Membuang sebagian kuman yang ada.
  - c. Tidak tahu.
- 12) Menurut Anda, penularan dengan cara apakah yang dapat mengakibatkan penyakit TBC paru ditularkan?
- a. Melalui droplet air ludah yang dikeluarkan penderita.
  - b. Melalui penggunaan pakaian secara bersama dengan orang lain.
  - c. Tidak tahu.
- 13) Bagaimanakah sebaiknya sewaktu Anda batuk ketika berada dikelompok orang?
- a. Menutup mulut dengan sapu tangan dan membuang dahak pada tempat khusus yang Anda sediakan sebelumnya.
  - b. Batuk tanpa menutup mulut dan membuang dahak sembarangan.
  - c. Tidak tahu.
- 14) Hal-hal apakah yang dapat memperburuk keadaan penderita TBC paru?
- a. Lingkungan rumah yang lembab dan keadaan gizi yang buruk.
  - b. Jauh dari tetangga.
  - c. Tidak tahu.
- 15) Apakah menurut Anda penyakit TBC paru dapat membahayakan diri Anda apabila tidak diobati secara teratur?
- a. Iya
  - b. Tidak.
  - c. Tidak tahu.
- 16) Bagaimanakah pengobatan TBC dapat dilakukan?
- a. Minum obat secara teratur sesuai petunjuk dokter.
  - b. Melalui pengobatan alternatif dan minum jamu.
  - c. Tidak tahu.

- 17) Berdasarkan pengetahuan Anda, berapa lama waktu mengkonsumsi obat anti TBC?
- Minimal 6 bulan
  - Minimal 2 bulan
  - Tidak tahu.
- 18) Apakah efek negatif yang muncul jika berhenti minum obat?
- Munculnya kuman TBC yang kebal terhadap pengobatan.
  - Tidak terjadi apa-apa karena yang penting sudah merasa baikan.
  - Tidak tahu.
- 19) Penyakit TBC :
- Dapat disembuhkan.
  - Tidak dapat disembuhkan karena merupakan penyakit kutukan dari Tuhan.
  - Tidak tahu.
- 20) Menurut Anda, tanda-tanda kesembuhan penyakit TBC paru adalah :
- Gejala hilang dan pemeriksaan dahak BTA negatif.
  - Hilangnya gejala-gejala dan sudah merasa baikan.
  - Tidak tahu.
- 21) Apakah nama vaksin untuk mencegah penyakit TBC?
- BCG
  - DPT
  - Tidak tahu
- 22) Manakah yang benar tentang program penanggulangan TBC di Indonesia?
- Organisasi pelaksanaannya mencakup tingkat pusat, propinsi, kabupaten, hingga UPK seperti puskesmas?
  - Mencapai Rumah Sakit Paru saja.
  - Tidak tahu.

#### **B. Petugas Kesehatan**

- 23) Bagaimanakah pelayanan yang Anda terima di Puskesmas?
- Pelayanan yang baik, petugas yang ramah, dan tidak mempersulit Anda untuk segera mendapatkan pelayanan.

- b. Pelayanan biasa saja.
  - c. Pelayanan yang kurang dan menunggu dalam waktu yang cukup lama.
- 24) Apakah karena perilaku petugas kesehatan yang kurang berkenan membuat Anda tidak patuh berobat?
- a. Tidak
  - b. Tidak selalu
  - c. Iya
- 25) Bagaimanakah informasi yang Anda terima dari petugas kesehatan?
- a. Petugas membesarkan hati Anda untuk bisa melakukan pengobatan sampai selesai.
  - b. Petugas memberikan informasi sekenanya saja tidak rinci.
  - c. Petugas memberikan informasi yang membuat Anda tambah bingung.

### C. Obat

- 26) Bagaimanakah cara Anda mendapatkan Obat?
- a. Secara gratis langsung dari Puskesmas.
  - b. Membayar sebagian obat dari Puskesmas.
  - c. Membeli obat di apotik.
- 27) Apakah obat yang Anda butuhkan selalu tersedia di Puskesmas?
- a. Iya
  - b. Tidak selalu
  - c. Tidak sama sekali
- 28) Apakah obat yang Anda terima selalu dalam keadaan lengkap?
- a. Iya
  - b. Tidak selalu
  - c. Tidak pernah lengkap
- 29) Bagaimanakah cara Anda untuk memenuhi kebutuhan obat apabila tidak tersedia dan tidak lengkap di Puskesmas tempat Anda berobat?
- a. Membeli obat di tempat lain seperti Apotik
  - b. Menunggu sampai obat tersedia di Puskesmas
  - c. Minum obat yang telah diberikan sebagian
- 30) Apakah yang Anda lakukan ketika obat Anda telah habis?

- a. Anda berkewajiban untuk mengambil obat lagi ke Puskesmas.
  - b. Anda menunggu sampai batuk kambuh lagi.
  - c. Tidak pernah balik lagi untuk mengambil obat.
- 31) Dimanakah Anda sebaiknya minum obat untuk pertama kalinya?
- a. Di Puskesmas
  - b. Di rumah.
  - c. Di jalan.
- 32) Bagaimanakah efek samping obat yang Anda rasakan?
- a. Tidak ada efek samping seperti gatal dan sebagainya.
  - b. Ada efek samping ringan tetapi tidak terasa mengganggu.
  - c. Obat menimbulkan efek samping dan merasa terganggu sampai harus menghentikan pengobatan.
- 33) Jika iya, apakah karena efek samping obat Anda tidak teratur minum obat?
- a. Tidak
  - b. Tidak selalu
  - c. Iya

**D. Jarak**

- 34) Seberapa jauhkah jarak dari rumah Anda ke Puskesmas?
- a. Kurang dari 3 km
  - b. 3-5 km
  - c. lebih dari 5 km
- 35) Kendaraan apakah yang Anda gunakan sewaktu pergi berobat?
- a. Kendaraan pribadi, seperti sepeda, sepeda motor, atau mobil.
  - b. Kendaraan umum, seperti lyn atau becak.
  - c. Jalan kaki.
- 36) Apakah Anda memerlukan biaya untuk transportasi Anda ke Puskesmas?
- a. Tidak
  - b. Tidak selalu .
  - c. Iya

- 37) Apakah karena kesulitan mencapai Puskesmas Anda tidak teratur minum obat?
- Tidak
  - Tidak selalu
  - Iya

**E. PMO**

- 38) Bagaimanakah Pengawas Menelan Obat yang ada selama Anda menjalani pengobatan?
- Dikunjungi dan diawasi supaya tetap berobat sampai pengobatan selesai.
  - Dikunjungi dan diawasi pada awal pengobatan saja setelah itu tidak ada tindak lanjut.
  - Tidak pernah dikunjungi dan diawasi.
- 39) Apakah karena PMO yang tidak peduli membuat Anda tidak teratur minum obat?
- Tidak
  - Tidak selalu.
  - Iya

**F. Keluarga**

- 40) Menurut Anda bagaimanakah peranan keluarga selama menjalani pengobatan?
- Keluarga peduli dan mengingatkan untuk minum obat secara teratur.
  - Keluarga peduli tapi jarang mengingatkan untuk minum obat secara teratur.
  - Keluarga tidak peduli atas kesembuhan Anda.
- 41) Bagaimanakah perlakuan keluarga kepada Anda setelah Anda didiagnosa menderita TBC?
- Anda tidak dikucilkan dan mendapat perhatian yang lebih.
  - Anda diperlakukan seperti tidak sedang sakit.
  - Anda dikucilkan dari keluarga.

- 42) Bagaimanakah perlakuan keluarga Anda tentang pemeriksaan ulang ke Puskesmas?
- Selalu diingatkan untuk kontrol berobat.
  - Kadang-kadang diingatkan.
  - Tidak pernah diingatkan.

**G. Perbandingan Faktor Internal dan Eksternal**

- 43) Menurut Anda, faktor apakah yang lebih menonjol, yang mendorong Anda untuk tidak patuh berobat?
- Faktor dari dalam diri Anda sendiri, seperti umur, pendidikan, pengetahuan dan pekerjaan Anda.
  - Faktor dari luar diri Anda, seperti petugas kesehatan, obat, jarak, PMO, dan keluarga.
  - Tidak ada perbedaan antara keduanya

## DATA PENELITIAN DI KABUPATEN JEMBER

No	Nama	Faktor Internal					
		Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pengetahuan	Pekerjaan	Penghasilan
1	Tuti	3	2	1	2	1	1
2	Hayana	2	2	1	2	2	1
3	Mulipa	1	2	1	2	2	1
4	Madrai	1	1	1	3	1	1
5	Sumadi	1	1	1	2	2	1
6	Peni	2	2	1	3	1	1
7	Misiyah	1	2	1	1	1	1
8	Jumani	2	2	1	3	1	1
9	Subaidi	2	1	1	3	1	1
10	Halim	2	1	2	3	2	2
11	Saman	1	1	1	2	1	1
12	Arifin	1	1	1	3	1	2
13	Rohilah	2	2	1	3	1	2
14	Nurhalima	2	2	1	2	1	2
15	Tosan	1	1	1	2	1	1
16	Sono	1	1	1	2	1	1
17	Raisah	1	2	1	3	1	2
18	Ali	1	1	1	2	1	1
19	Iskandar	1	1	1	1	1	2
20	Yuniray	2	2	1	2	1	1
21	Seakaut	1	1	1	1	1	1
22	Misti	2	1	1	2	1	1
23	Aminah	1	2	1	2	1	1
24	Jumami	2	2	1	1	1	1
25	Sri Winami	2	2	1	2	1	2
26	Jumai	1	1	1	3	1	1
27	Tohari	1	1	1	1	1	1
28	Junani	1	2	1	2	1	2
29	Lailatul	1	2	1	2	1	1
30	Sutik	2	2	1	3	1	1
31	Supo	1	2	1	1	3	1
32	Suhairi	1	1	1	2	1	1
33	Rusmini	2	2	1	2	1	1
34	Ningsih	1	2	1	3	1	1
35	Mistari	2	1	1	2	1	1
36	Muchtar	1	1	1	1	1	1
37	Roufah	2	2	1	2	1	1
38	Gutus Miroji	1	1	1	3	1	1
39	Murtasyah	1	2	1	3	1	1



40	Endang	3	2	1	2	1	2
41	Imam	3	1	1	1	3	2
42	Nisam	1	1	1	3	1	2
43	Abd.Muthalib	3	1	2	3	1	2
44	Rasmo	1	1	1	2	1	2
45	Junaidi	2	1	2	3	1	1
46	Sudar	3	1	2	2	1	1
47	Suher	2	1	2	2	1	2
48	Amiati	3	2	2	2	2	1
49	Tuma	2	2	2	2	1	2
50	Solehatul	3	2	2	3	2	2
51	Yatim	2	1	1	3	2	1
52	Siti Aisah	3	2	2	2	2	1
53	Karnami	1	2	1	2	1	2
54	Bahrul	1	1	1	1	1	2
55	Sima	1	2	1	2	1	2
56	Kasturi	1	1	1	2	2	2
57	Abdul Nafi	3	1	2	2	2	1
58	Misnati	2	2	2	1	2	1
59	Sukarto	3	1	1	2	1	2
60	Pardi	3	1	2	2	1	2
61	Subairi	3	1	2	2	1	1
62	Saenullah	3	2	1	1	1	2
63	Rosidi	2	1	2	2	1	2
64	Miskadi	2	1	1	2	1	2
65	Sri Indayati	3	2	1	3	1	2
66	Hayati	3	2	2	3	1	2
67	Masrifah	3	2	2	3	1	2
68	Hanidar	2	2	2	2	1	2
69	Mislihah	2	2	2	2	1	2
70	Asnah	2	2	2	2	1	2
71	Siyat	3	1	1	2	1	2
72	Sukardi	1	1	1	2	1	2
73	Miriyah	2	2	1	2	1	2
74	Nida	2	2	1	2	1	1
75	Syawalludin	1	1	2	2	1	1
76	Rakhmawati	1	2	2	3	1	1
77	Ridha	1	2	2	3	1	1
78	Nafiatur	3	2	2	3	2	2
79	Rosiyah	2	2	2	3	2	2
80	Badrun	1	1	1	1	1	1
81	Jusuf	1	1	1	1	1	1
82	Djalil	1	1	1	2	1	2
83	Zulkarnaen	3	1	1	2	2	2

84	Syamsul	3	1	2	2	2	2
85	Wartono	3	1	1	1	2	2
86	Abd.Khusain	1	1	1	3	1	1
87	Sumadrai	2	1	1	3	2	2
88	Lailatul	2	2	1	3	3	2
89	Supini	2	2	1	3	3	2
90	Dailani	2	1	1	3	3	2
91	Windarti	2	2	2	3	1	1
92	Fakhturudin	1	1	1	2	1	1
93	Sarjili	2	1	1	2	1	2
94	Fatimah	1	2	1	2	1	2
95	Surahman	3	1	1	2	1	1
96	Hartono	3	1	2	3	2	3
97	Kardiman	3	1	2	2	1	2
98	Pinarno	2	1	1	2	1	1
99	Rojali	2	1	2	2	2	1
100	Asnawi	2	2	1	2	2	1

No	Nama	Faktor Eksternal					
		Petugas Kesehatan	Obat	Jarak	Transportasi	PMO	Keluarga
1	Tuti	3	3	2	2	2	3
2	Hayana	3	3	2	3	2	3
3	Mulipa	3	3	2	3	2	3
4	Madrai	2	3	2	2	2	3
5	Sumadi	2	1	2	3	2	3
6	Peni	2	1	3	2	2	3
7	Misiyah	2	1	1	1	1	2
8	Jumani	2	3	1	2	2	2
9	Subaidi	2	3	1	2	3	3
10	Halim	2	3	1	2	3	3
11	Saman	2	3	1	2	3	3
12	Arifin	2	3	1	3	3	3
13	Rohilah	2	3	3	2	3	3
14	Nurhalima	2	1	3	1	1	3
15	Tosan	1	1	1	2	2	3
16	Sono	2	1	1	2	2	2
17	Raisah	2	1	1	2	2	2
18	Ali	1	3	1	2	2	2
19	Iskandar	2	3	1	3	2	2
20	Yuniray	2	3	1	2	1	2
21	Seakaut	1	3	1	3	1	2
22	Misti	1	3	2	2	1	2
23	Aminah	2	3	2	2	1	2
24	Jumami	1	3	2	1	1	3
25	Sri Winarni	1	3	2	3	1	3
26	Jumai	2	3	2	3	2	3
27	Tohari	2	1	1	1	2	3
28	Junani	2	3	1	1	2	3
29	Lailatul	3	3	1	1	2	3
30	Sutik	3	3	1	1	2	3
31	Supo	3	3	1	1	2	1
32	Suhairi	3	3	1	1	2	3
33	Rusmini	3	3	1	1	2	3
34	Ningsih	3	1	1	1	2	3
35	Mistari	2	3	1	1	2	3
36	Muchtar	2	3	1	1	2	3
37	Roufah	2	3	1	1	2	3
38	Gutus Miroji	3	3	1	1	2	3
39	Murtasiyah	2	1	1	1	2	3
40	Endang	2	1	1	1	2	1

41	Imam	2	1	1	1	2	1
42	Nisam	3	3	3	1	2	3
43	Abd.Muthalib	3	3	3	1	2	3
44	Rasmo	3	3	3	2	2	3
45	Junaidi	3	3	3	2	2	3
46	Sudar	3	3	3	2	2	3
47	Suher	3	3	3	2	2	3
48	Amiati	3	3	3	2	1	2
49	Tuma	3	3	3	3	1	2
50	Solehatul	2	2	3	3	1	2
51	Yatim	2	3	3	2	1	2
52	Siti Aisah	2	3	3	2	2	2
53	Karnami	2	2	3	2	1	3
54	Bahrul	3	2	3	3	2	3
55	Sima	3	2	3	3	2	3
56	Kasturi	3	2	3	2	2	2
57	Abdul Nafi	3	2	3	2	2	2
58	Misnati	3	2	3	2	2	2
59	Sukarto	2	2	3	3	1	2
60	Pardi	3	2	3	3	1	2
61	Subairi	3	2	3	3	1	3
62	Saenullah	3	2	3	1	1	3
63	Rosidi	3	3	3	1	1	3
64	Miskadi	3	3	3	3	1	3
65	Sri Indayati	3	3	3	2	1	3
66	Hayati	3	2	3	3	2	2
67	Masrifah	3	2	3	3	1	2
68	Hanidar	3	2	3	3	1	2
69	Mislihah	3	2	3	3	1	2
70	Asnah	3	2	3	3	1	2
71	Siyat	2	2	2	3	1	2
72	Sukardi	3	2	3	3	2	2
73	Miriyah	2	2	3	2	2	2
74	Nida	2	2	2	3	2	2
75	Sywalludin	3	2	3	2	2	2
76	Rakhmawati	3	2	3	3	2	2
77	Ridha	2	3	2	2	2	2
78	Nafiatur	2	3	2	3	1	2
79	Rosiyah	3	3	2	3	1	2
80	Badrun	2	3	2	3	1	3
81	Jusuf	2	3	2	2	1	3
82	Djalil	2	3	3	3	1	3
83	Zulkarnaen	2	2	3	3	1	3
84	Syamsul	2	2	3	2	1	3

85	Wartono	2	2	2	3	2	3
86	Abd.Khusain	3	2	3	3	1	3
87	Sumadrai	2	2	2	3	2	3
88	Lailatul	3	2	3	3	1	3
89	Supini	2	3	3	3	3	2
90	Dailani	3	3	3	2	2	2
91	Windarti	2	3	3	3	1	2
92	Fakhturudin	3	3	2	3	1	3
93	Sarjili	2	2	2	2	1	3
94	Fatimah	3	2	2	3	1	3
95	Surahman	3	2	2	2	1	3
96	Hartono	3	2	2	3	2	2
97	Kardiman	2	2	3	2	2	2
98	Pinarno	2	3	3	3	1	2
99	Rojali	2	3	3	3	1	2
100	Asnawi	2	3	3	2	1	2

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	100	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	100	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		100	100,0

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

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Patuh	0
Patuh	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter coding	
			(1)	(2)
Penghasilan	Kurang dari Rp. 425.000,00	52	1,000	,000
	Rp. 425.000,00 - Rp. 1.000.000,00	47	,000	1,000
	Diatas Rp. 1.000.000,00	1	,000	,000
Pekerjaan	Buruh Tani	75	1,000	,000
	Pedagang	20	,000	1,000
	Lain-lain	5	,000	,000
Pengetahuan	Rendah	14	1,000	,000
	Sedang	54	,000	1,000
	Tinggi	32	,000	,000
Umur	Kurang dari 30 tahun	39	1,000	,000
	30 - 45 tahun	37	,000	1,000
	Lebih dari 45 tahun	24	,000	,000
Pendidikan	Rendah	71	1,000	
	Sedang	29	,000	
Jenis Kelamin	Laki-laki	53	1,000	
	Perempuan	47	,000	

Block 0: Beginning Block

Iteration History<sup>a,b,c</sup>

Iteration	-2 Log likelihood	Coefficients
		Constant
Step 1	135,372	,360
0 2	135,372	,364
3	135,372	,364

- a. Constant is included in the model.
- b. Initial -2 Log Likelihood: 135,372
- c. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted			
		Kepatuhan		Percentage Correct	
		Tidak Patuh	Patuh		
Step 0	Kepatuhan	Tidak Patuh	0	41	,0
		Patuh	0	59	100,0
Overall Percentage				-	59,0

- a. Constant is included in the model.
- b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	,364	,203	3,204	1	,073	1,439

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	50,546	10	,000
	Block	50,546	10	,000
	Model	50,546	10	,000

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	84,826 <sup>a</sup>	,397	,535

a. Estimation terminated at iteration number 5 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

**Hosmer and Lemeshow Test**

Step	Chi-square	df	Sig.
1	23,218	8	,003

**Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test**

		Kepatuhan = Tidak Patuh		Kepatuhan = Patuh		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	10	8,834	0	1,166	10
	2	6	7,157	3	1,843	9
	3	7	6,724	2	2,276	9
	4	8	6,476	2	3,524	10
	5	3	4,880	7	5,120	10
	6	5	3,738	5	6,262	10
	7	0	2,026	10	7,974	10
	8	1	,942	10	10,058	11
	9	0	,166	10	9,834	10
	10	1	,059	10	10,941	11



## Classification Table<sup>a</sup>

Observed			Predicted		
			Kepatuhan		Percentage Correct
			Tidak Patuh	Patuh	
Step 1	Kepatuhan	Tidak Patuh	33	8	80,5
		Patuh	8	51	86,4
Overall Percentage					84,0

a. The cut value is ,500

## Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	jk(1)	1,062	,583	3,325	1	,068	2,893
	usia			1,047	2	,592	
	usia(1)	-,865	,868	,995	1	,319	,421
	usia(2)	-,536	,916	,343	1	,558	,585
	pddk(1)	-3,766	1,167	10,410	1	,001	,023
	peng			,844	2	,656	
	peng(1)	-,005	,887	,000	1	,995	,995
	peng(2)	,528	,656	,647	1	,421	1,696
	pkj			,669	2	,716	
	pkj(1)	-,507	1,228	,170	1	,680	,603
	pkj(2)	,110	1,430	,006	1	,939	1,116
	phsln			10,152	2	,006	
	phsln(1)	-2,217	22,291	,010	1	,921	,109
	phsln(2)	-,363	22,296	,000	1	,987	,696
	Constant	5,027	22,290	,051	1	,822	152,510

a. Variable(s) entered on step 1: jk, usia, pddk, peng, pkj, phsln.

## Correlation Matrix

		Constant	jk(1)	usia(1)	usia(2)	pddk(1)	peng(1)
Step 1	Constant	1,000	-,021	,002	-,006	-,003	,003
	jk(1)	-,021	1,000	-,108	,065	-,191	-,066
	usia(1)	,002	-,108	1,000	,741	-,082	,092
	usia(2)	-,006	,065	,741	1,000	-,090	,225
	pddk(1)	-,003	-,191	-,082	-,090	1,000	-,130
	peng(1)	,003	-,066	,092	,225	-,130	1,000
	peng(2)	,016	,041	,095	,105	-,226	,477
	pkj(1)	-,051	-,056	-,044	,110	,100	-,009
	pkj(2)	-,062	-,079	,012	,073	,126	-,012
	phsln(1)	-,997	,019	-,030	-,031	-,039	-,015
	phsln(2)	-,997	,023	-,025	-,025	-,044	-,013



**Case Processing Summary**

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	100	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	100	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		100	100,0

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

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Tidak Patuh	0
Patuh	1

**Categorical Variables Codings**

		Frequency	Parameter coding	
			(1)	(2)
Keluarga	Kurang	3	1,000	,000
	Cukup	34	,000	1,000
	Baik	63	,000	,000
Obat	Sangat Bermasalah	12	1,000	,000
	Sedang	14	,000	1,000
	Baik/Tidak ada masalah	74	,000	,000
Jarak	Lebih dari 5 km	30	1,000	,000
	3 - 5 km	28	,000	1,000
	Kurang dari 3 km	42	,000	,000
Transportasi	Kurang Memadai	54	1,000	,000
	Sedang/ Mengeluarkan biaya	37	,000	1,000
	Baik / Tidak mengeluarkan biaya	9	,000	,000
Pengawas Menelan Obat	Kurang	8	1,000	,000
	Cukup	66	,000	1,000
Pelayanan Petugas Kesehatan	Baik	26	,000	,000
	Kurang	6	1,000	,000
	Cukup	58	,000	1,000
	Baik	36	,000	,000

Block 0: Beginning Block

Iteration History<sup>a,b,c</sup>

Iteration		-2 Log likelihood	Coefficients
			Constant
Step 1		135,372	,360
0	2	135,372	,364
	3	135,372	,364

- a. Constant is included in the model.
- b. Initial -2 Log Likelihood: 135,372
- c. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted			
		Kepatuhan		Percentage Correct	
		Tidak Patuh	Patuh		
Step 0	Kepatuhan	Tidak Patuh	0	41	,0
		Patuh	0	59	100,0
Overall Percentage					59,0

- a. Constant is included in the model.
- b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	,364	,203	3,204	1	,073	1,439

## Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	tgs	11,342	2	,003
	tgs(1)	9,185	1	,002
	tgs(2)	,253	1	,615
	obat	27,097	2	,000
	obat(1)	19,623	1	,000
	obat(2)	11,313	1	,001
	jrk	54,192	2	,000
	jrk(1)	48,523	1	,000
	jrk(2)	,449	1	,503
	trsp	9,848	2	,007
	trsp(1)	2,852	1	,091
	trsp(2)	,005	1	,943
	pmo	16,661	2	,000
	pmo(1)	12,513	1	,000
	pmo(2)	,163	1	,687
	klg	6,514	2	,039
	klg(1)	4,451	1	,035
	klg(2)	2,860	1	,091
	Overall Statistics		73,880	12

## Iteration History(a,b,c,d)

Iteration		-2 Log likelihood	Coefficients						
			Constant	tgs(1)	tgs(2)	obat(1)	obat(2)	jrk(1)	jrk(2)
Step 1	1	52,751	,402	-,177	-,059	-1,022	,088	-2,813	-,651
	2	35,885	,347	-,538	-,125	-1,905	,143	-4,291	-,932
	3	29,049	,410	-1,047	-,181	-3,105	,195	-5,548	-1,142
	4	25,909	,531	-1,483	-,150	-4,278	,427	-6,866	-1,212
	5	24,487	,363	-1,904	-,095	-5,312	1,069	-8,324	-1,139
	6	23,848	-,230	-2,393	-,085	-6,276	2,001	-9,946	-1,029
	7	23,527	-1,071	-2,781	-,080	-7,239	3,010	-12,092	-,955
	8	23,374	-2,033	-3,074	-,075	-8,222	4,021	-14,810	-,923
	9	23,312	-3,021	-3,433	-,074	-9,216	5,025	-17,731	-,916
	10	23,289	-4,016	-3,904	-,074	-10,214	6,026	-20,692	-,916
	11	23,280	-5,014	-4,484	-,074	-11,213	7,027	-23,665	-,915
	12	23,277	-6,014	-5,170	-,074	-12,212	8,027	-26,648	-,915
	13	23,276	-7,014	-5,961	-,074	-13,212	9,027	-29,638	-,915

Iteration History(a,b,c,d)

Iteration	Coefficients						
	trsp(1)	trsp(2)	pmo(1)	pmo(2)	klg(1)	klg(2)	
Step 1	1	1,611	1,210	-2,100	-,334	-,145	,630
	2	3,022	2,094	-3,961	-,675	-,416	1,102
	3	4,471	2,776	-5,892	-1,171	-,971	1,779
	4	6,102	3,321	-8,242	-1,787	-1,757	2,682
	5	8,051	3,868	-10,738	-2,225	-2,640	3,785
	6	10,353	4,500	-13,104	-2,322	-3,631	5,067
	7	13,322	5,258	-15,664	-2,280	-4,654	6,614
	8	16,985	6,173	-18,617	-2,251	-5,666	8,465
	9	20,892	7,152	-21,772	-2,246	-6,668	10,433
	10	24,847	8,146	-24,993	-2,245	-7,669	12,426
	11	28,819	9,144	-28,225	-2,245	-8,669	14,423
	12	32,801	10,144	-31,428	-2,245	-9,669	16,423
	13	36,791	11,143	-34,578	-2,245	-10,669	18,422

a Method: Enter

b Constant is included in the model.

c Initial -2 Log Likelihood: 135,372

d Estimation terminated at iteration number 13 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	112,096	12	,000
Block	112,096	12	,000
Model	112,096	12	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	23,276 <sup>a</sup>	,674	,909

a. Estimation terminated at iteration number 13 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	18,555	7	,010

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		Kepatuhan = Tidak Patuh		Kepatuhan = Patuh		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	11	11,000	0	,000	11
	2	10	10,000	0	,000	10
	3	12	11,593	0	,407	12
	4	6	6,856	6	5,144	12
	5	1	1,499	8	7,501	9
	6	1	,051	8	8,949	9
	7	0	,000	10	10,000	10
	8	0	,000	8	8,000	8
	9	0	,000	19	19,000	19

Classification Table<sup>a</sup>

Observed		Predicted			
		Kepatuhan		Percentage Correct	
		Tidak Patuh	Patuh		
Step 1	Kepatuhan	Tidak Patuh	38	3	92,7
		Patuh	0	59	100,0
	Overall Percentage				97,0

a. The cut value is ,500

## Variables in the Equation

Step		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	tgs			,005	2	,998	
	tgs(1)	-5,961	711,814	,000	1	,993	,003
	tgs(2)	-,074	1,096	,005	1	,946	,929
	obat			,004	2	,998	
	obat(1)	-13,212	290,713	,002	1	,964	,000
	obat(2)	9,027	225,627	,002	1	,968	8323,172
	jrk			,462	2	,794	
	jrk(1)	-29,638	174,723	,029	1	,865	,000
	jrk(2)	-,915	1,391	,433	1	,511	,400
	trsp			,024	2	,988	
	trsp(1)	36,791	239,546	,024	1	,878	1E+016
	trsp(2)	11,143	94,614	,014	1	,906	69110,512
	pmo			1,810	2	,405	
	pmo(1)	-34,578	651,839	,003	1	,958	,000
	pmo(2)	-2,245	1,670	1,807	1	,179	,106
	klg			,019	2	,991	
	klg(1)	-10,669	594,241	,000	1	,986	,000
	klg(2)	18,422	136,000	,018	1	,892	1E+008
	Constant	-7,014	94,632	,005	1	,941	,001

a. Variable(s) entered on step 1: tgs, obat, jrk, trsp, pmo, klg.

## Correlation Matrix

Step 1	Constant	tgs(1)	tgs(2)	obat(1)	obat(2)	jrk(1)	jrk(2)
Constant	1,000	,000	-,002	,000	,000	,541	-,012
tgs(1)	,000	1,000	,001	,002	,000	,074	,000
tgs(2)	-,002	,001	1,000	-,002	-,003	-,004	-,201
obat(1)	,000	,002	-,002	1,000	,000	,000	,003
obat(2)	,000	,000	-,003	,000	1,000	,000	,004
jrk(1)	,541	,074	-,004	,000	,000	1,000	-,002
jrk(2)	-,012	,000	-,201	,003	,004	-,002	1,000
trsp(1)	-,790	-,054	,001	,000	,000	-,943	,007
trsp(2)	-1,000	,000	-,005	,000	,000	-,541	,006
pmo(1)	,145	-,848	,000	-,003	,000	,182	-,003
pmo(2)	-,017	-,001	,088	-,001	-,001	,000	-,086
klg(1)	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000
klg(2)	-,696	,000	,001	,000	,000	-,778	,010







**PENGARUH PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT TERHADAP  
PREVALENSI SKABIES PADA SANTRIWAN PONDOK PESANTREN  
DARUL MUKHLASIN**

**SKRIPSI**

Asal:	Hadiah	Klass
	Pembelian	
Terima Tol :	03 JUL 2001	616.57
No. Induk :		Quo
KLASIR / PENYAHIT :		P
Oleh :		

**Inaroh Qudsiyah**  
**NIM 032010101042**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**2007**



**PENGARUH PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT TERHADAP  
PREVALENSI SKABIES PADA SANTRIWAN PONDOK PESANTREN  
DARUL MUKHLASIN**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Fakultas Kedokteran (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh:

**Inaroh Qudsiyah**

**NIM 032010101042**

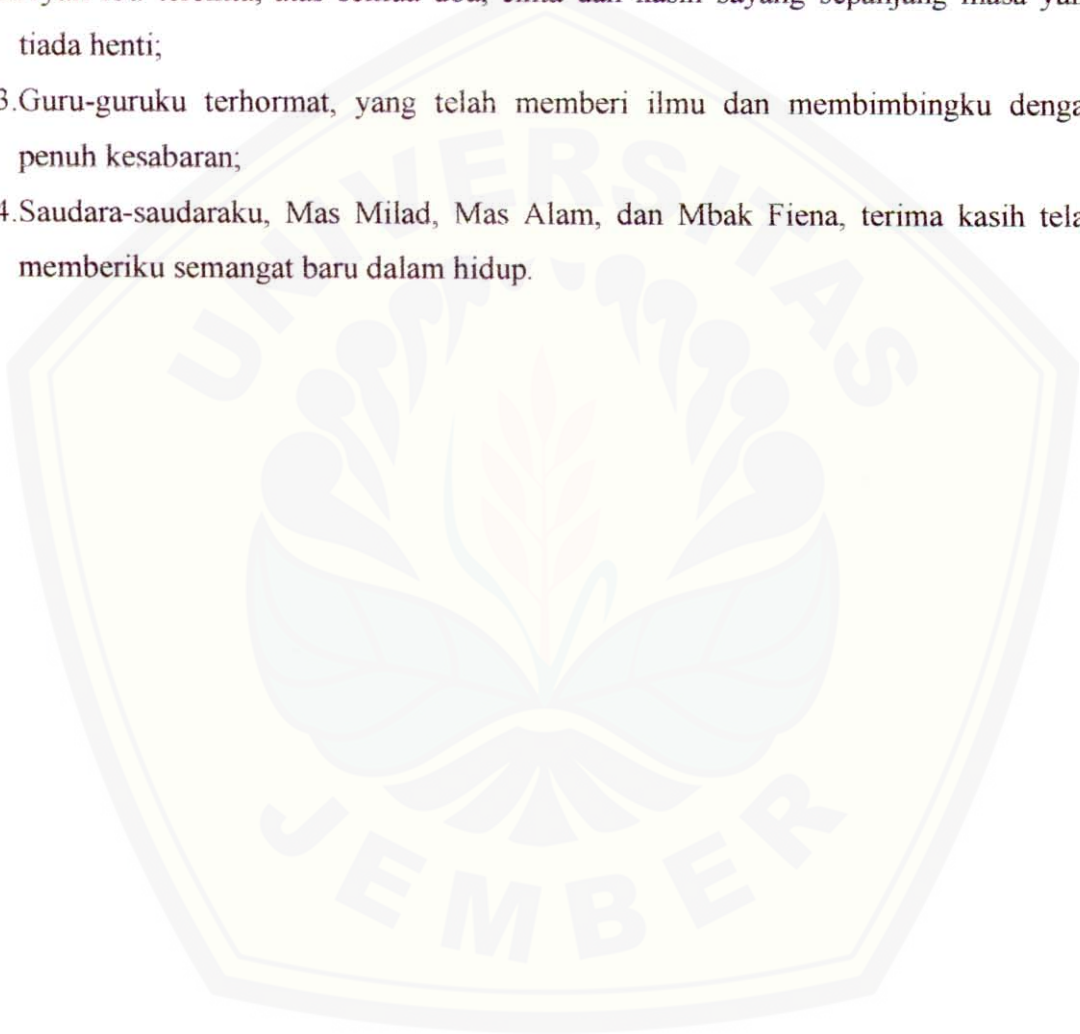
**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2007**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

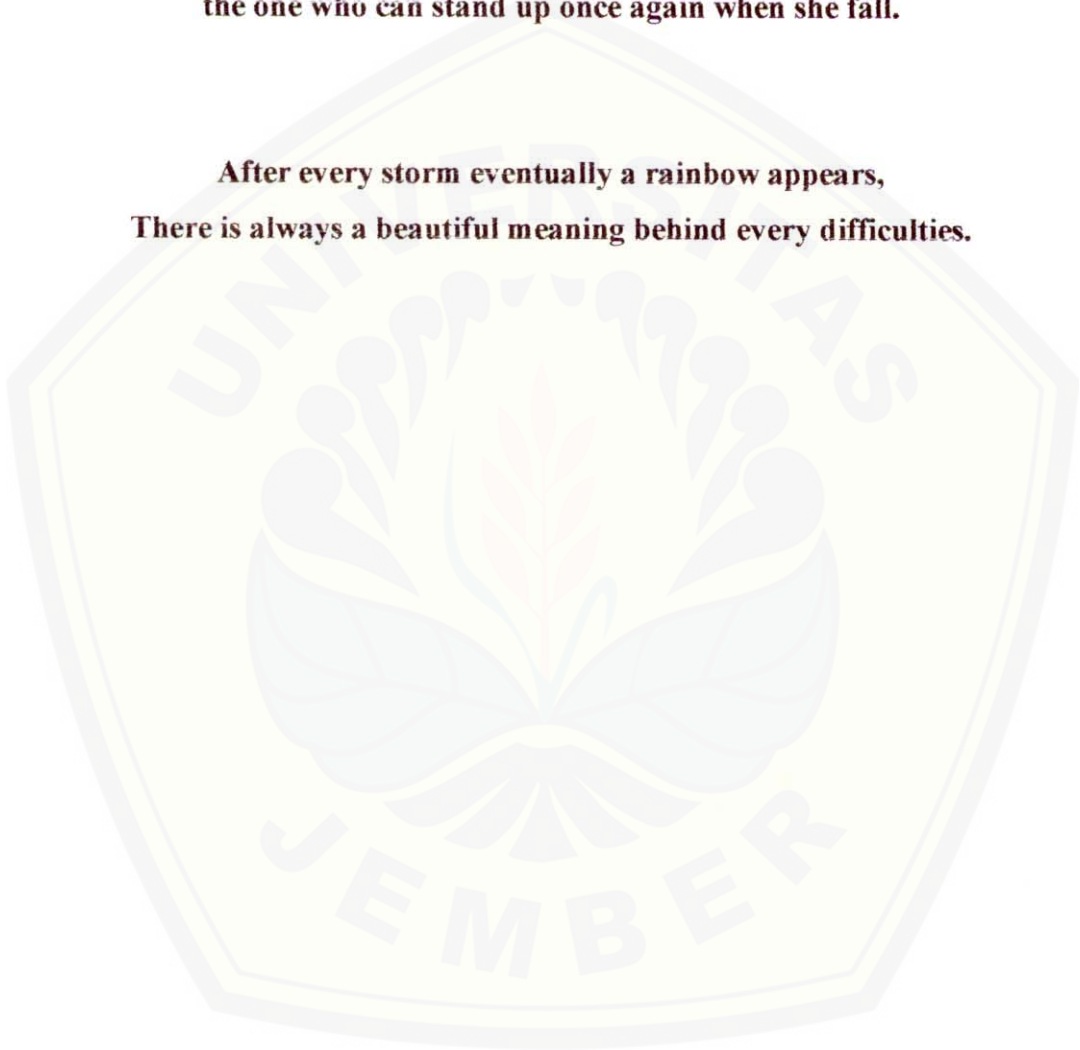
1. Almamater tercinta, Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. Ayah Ibu tercinta, atas semua doa, cinta dan kasih sayang sepanjang masa yang tiada henti;
3. Guru-guruku terhormat, yang telah memberi ilmu dan membimbingku dengan penuh kesabaran;
4. Saudara-saudaraku, Mas Milad, Mas Alam, dan Mbak Fienna, terima kasih telah memberiku semangat baru dalam hidup.



**MOTTO**

**A great women is not the one who never failed in her life, but A great women is the one who can stand up once again when she fall.**

**After every storm eventually a rainbow appears,  
There is always a beautiful meaning behind every difficulties.**



**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Inaroh Qudsiyah

NIM : 032010101042

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul: *“Pengaruh Perilaku Hidup Bersih dan Sehat terhadap Prevalensi Skabies pada Santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin”* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi mana pun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 11 Mei 2007

Yang menyatakan,



Inaroh Qudsiyah

NIM 032010101042

**SKRIPSI**

**PENGARUH PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT TERHADAP  
PREVALENSI SKABIES PADA SANTRIWAN PONDOK PESANTREN  
DARUL MUKHLASIN**

Oleh:

Inaroh Qudsiyah

NIM 032010101042

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Prof. dr. Bambang Suhariyanto, Sp.KK (K)

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Sugiyanta

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul “Pengaruh Perilaku Hidup Bersih dan Sehat terhadap Prevalensi Skabies pada Santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada :

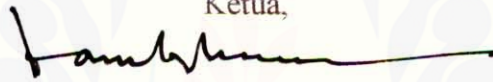
Hari : Jumat

Tanggal : 11 Mei 2007

Tempat : Ruang Sidang Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji:

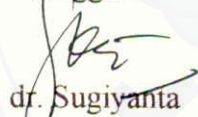
Ketua,



Prof. dr. Bambang Suhariyanto, Sp.KK (K)

NIP 131282556

Anggota I



dr. Sugiyanta

NIP 132314642

Anggota II



dr. Yunita Ammiyanti, M.Kes

NIP 132296982

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kedokteran



dr. Wasis Prajitno, Sp. OG

NIP 140062229



## RINGKASAN

**Pengaruh Perilaku Hidup Bersih dan Sehat terhadap Prevalensi Skabies pada Santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin:** Inaroh Qudsiyah, 032010101042; 2007: 59 hlm; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) adalah tindakan yang dilakukan oleh perorangan, kelompok, dan masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Pondok Pesantren merupakan salah satu sasaran PHBS mengingat padatnya populasi santri yang hidup bersama di Pondok Pesantren. Faktor inilah yang mempermudah penyebaran penyakit dalam lingkungan Pondok Pesantren. Salah satu penyakit yang paling sering menyerang santri adalah penyakit kulit skabies.

Skabies adalah penyakit infeksi kulit yang disebabkan oleh tungau (*mite*) *Sarcoptes scabiei var Hominis*. Beberapa faktor yang dapat membantu penyebaran skabies adalah kemiskinan, sanitasi buruk, populasi yang padat, dan derajat sensitisasi individual. Data Balai Kesehatan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin hingga bulan Januari 2006 menunjukkan bahwa skabies menduduki peringkat pertama dari lima penyakit tersering. Hal ini menunjukkan bahwa skabies merupakan masalah kesehatan yang penting di Pondok Pesantren Darul Mukhlisin. Jenis penelitian ini adalah penelitian survei analitik yang dilaksanakan pada bulan Juli Agustus 2006.

Penilaian PHBS diukur dengan menggunakan kuesioner yang terdiri atas 15 pertanyaan yang merupakan indikator PHBS yang dilakukan pada 150 santriwan diketahui 45,3% mempunyai PHBS IV (baik); 48,6% mempunyai PHBS III (sedang); 6,1% mempunyai PHBS II (kurang); dan tidak ada santriwan yang mempunyai PHBS I (buruk). Penegakan diagnosis skabies berdasarkan empat tanda kardinal skabies, yaitu adanya rasa gatal yang biasanya dirasakan pada malam hari, rasa gatal-gatal pada daerah predileksi skabies (sela-sela jari tangan, pergelangan tangan, siku tangan, kaki, daerah kemaluan, pantat, atau ketiak), adanya kontak dengan orang atau

hewan yang juga mempunyai penyakit kulit skabies, dan pemeriksaan langsung pada lesi di kulit yang dicurigai sebagai lesi skabies dengan cara melihat dan melakukan kerokan. Bila ditemukan dua atau lebih dari tanda kardinal diatas maka santriwan tersebut telah menderita skabies. Hasil penelitian pada 150 santriwan yang dilakukan pada Juli - Agustus 2006, terdapat 100 santriwan menderita skabies, 50 orang sisanya tidak menderita skabies.

Hasil analisis dengan menggunakan *Chi Square Test* diketahui adanya pengaruh antara PHBS santriwan dengan prevalensi skabies pada santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin, untuk mengetahui kekuatan pengaruh antar variabel digunakan uji koefisien kontingensi, didapat nilai 0,405 sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat pengaruh kuat antara PHBS santriwan dengan prevalensi skabies.

## PRAKATA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat, taufik, hidayah dan semua karunia-Nya serta doa orang tua yang senantiasa menyertai penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul : “Pengaruh Perilaku Hidup Bersih dan Sehat terhadap Prevalensi Skabies pada Santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin ” ini dapat terselesaikan.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tentunya tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, seta dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis dengan setulus hati menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. dr. Wasis Prayitno, Sp.OG, selaku Dekan Fakultas Kedokteran yang telah memberi bimbingan selama masa kuliah
2. Prof. dr. Bambang Suhariyanto, Sp.KK (K) selaku dosen pembimbing utama, terima kasih atas kesabaran dan segala dukungan serta motivasi yang tiada henti membantu penyelesaian studi saya di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
3. dr. Sugiyanta selaku dosen pembimbing II yang telah dengan sabar memberi perhatian, waktu dan motivasi hingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. dr. Yunita Armiyanti, M.Kes selaku dosen penguji III yang telah dengan sabar memberi perhatian, waktu dan motivasi hingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ayahanda tercinta, H. Mahfudz Basya, SH sebagai sumber inspirasiku, terima kasih atas dukungan, kasih sayang, dan doa yang menjadi pelindungku kemana pun aku melangkah.
6. Ibunda tercinta, Hj Rif'ah Suzanna yang telah mengajariku semua arti cinta dalam hidup. Tempatku menuangkan segala keluh kesahku, membantuku berdiri lagi saat aku terjatuh, dan membuatku tersenyum kembali saatku menangis. Terima kasih telah sabar membesarkanku, membimbingku, dan mendidikku hingga mampu menjadi “Dokter Muda Ina”.

7. Saudara-saudaraku tersayang, Mas Milad , Mbak Nita (dan calon keponakanku di kandungan), Mas AA, dan Mbak Piena yang senantiasa memberi kasih sayang untuk adiknya ini.
8. Keluarga Drs. Marwoto yang menerimaku seperti anak sendiri, menjadikan rumahnya sebagai tempat berlindungku ketika aku jauh dari orang tua dan membimbingku tiada henti.
9. Keluarga besar H. Achmad Mursyid dan H. Mukhlas, Mbah Kakung, dan Mbah Putriku yang selalu menyayangiku dan telah memberi doa-doa mustajab tiap akhir sholatku.
10. Semua kisah kasih yang pernah menjadi sandaran hati, terima kasih atas pengertian, perhatian dan memberi banyak masukan untuk menjadikanku sebagai wanita mandiri, dewasa, dan kuat.
11. Teman-teman kost M2/73 yang secepat denganku (Audy, Riyu, Fury, Ratih, Beta, Ri2n, Erni, Tri, Dewi, Pi2t, Fanny, Lisa, Riska, Ika dan Mb Iid) rekan-rekanku senasib sepenanggungan ketika air kost 'surut'.
12. Adik-adikku, Santriwan dan Santriwati Darul Mukhlisin. Terima kasih sudah sukarela membantu menyelesaikan tugas akhir ini. Skabies harus kita basmi!
13. Teman teman seperjuanganku Angkatan 2003 (Wince, Vina, Santi Ching, Hepy-He, Mala-He) berbagi suka duka dan bersama berjuang untuk jadi dokter.
14. Rekan- rekan FK dari angkatan 2000-2003, Mbak Miza, Lik Rindang, Mbak Nita, terima kasih sudah rela meminjamkan handoutnya tiap pergantian semester.
15. Teman-teman KKT Slawu (Sebuah Kisah Klasik Untuk Masa Depan). Mbak Lely, Farid, Mamy n Sofy, Atse , Mas Dian, Yoga, Ira, Titin, Dhani, kalianlah teman yang mau selalu berbagi, terima kasih teman.
16. Teman- teman Clerkshipku, Juwi, Dicky, Irfan, Dian, Renny, Oelil, Nabilun, Ira, Wahyu, dan Santi, yang tidak pernah luput dimarahin dokter tiap minggunya. Bagaimana pun juga itu bagian dari perjuangan kita.
17. Teman-teman lawasku, Himalaya (Yani, Lusi, Flotis, Elly, Citra, Ratna, Anne) sahabat sejutiku yang tetap di hati sampai kapan pun.

18. Semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung turut membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dan telah mendoakan demi suksesnya ujian tugas akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini masih jauh dari sempurna, karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang sifatnya membangun. Akhirnya semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat serta dapat menambah wawasan kita semua. Amin.

Jember, 11 Mei 2007

Penulis

DAFTAR ISI

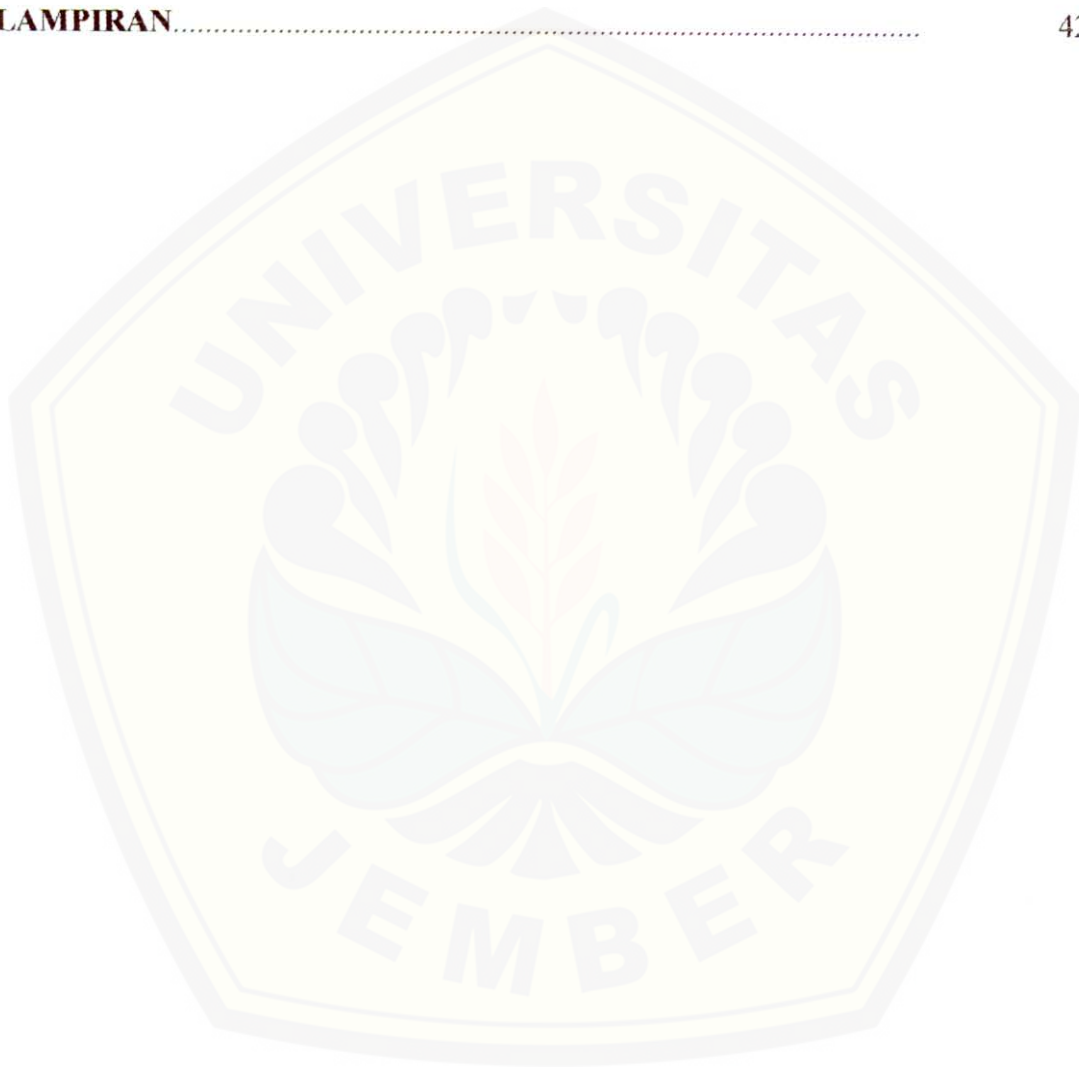
	halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>RINGKASAN</b> .....	viii
<b>PRAKATA</b> .....	x
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xiii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xviii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xix
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b>	
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan masalah</b> .....	3
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	4
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	5
<b>2.1 PHBS</b> .....	
2.1.1 Definisi PHBS.....	5
2.1.2 Sasaran dan Ruang Lingkup PHBS.....	5
2.1.3 Indikator PHBS.....	7

<b>2.2 Manajemen Program PHBS</b>	
2.2.1 Pengkajian.....	7
2.2.2 Perencanaan.....	12
2.2.3 Penggerakan Pelaksanaan.....	13
2.2.4 Pemantauan dan Penilaian.....	13
<b>2.3 Skabies</b>	
2.3.1 Definisi.....	14
2.3.2 Sejarah.....	14
2.3.3 Morfologi.....	14
2.3.4 Siklus Hidup.....	16
2.3.5 Patogenesis.....	18
2.3.6 Manifestasi Klinik.....	18
2.3.7 Transmisi Penularan.....	19
2.3.8 Diagnosis.....	19
2.3.9 Diagnosis Banding.....	20
2.3.10 Pengobatan.....	20
2.3.11 Prognosis .....	22
2.3.12 Kontrol dan Pencegahan.....	22
2.3.13 Epidemiologi.....	23
<b>2.4 Pondok Pesantren</b>	
2.4.1 Definisi Pesantren.....	23
2.4.2 Kehidupan dalam Pesantren.....	23
<b>2.5 Kerangka Konseptual Penelitian.....</b>	24
<b>2.6 Hipotesis Penelitian.....</b>	24
<b>BAB 3. BAHAN DAN METODE PENELITIAN</b>	
<b>3.1 Jenis Penelitian .....</b>	25
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian</b>	
3.2.1 Tempat Penelitian.....	25
3.2.2 Waktu Penelitian.....	25

<b>3.3 Populasi dan Sampel Penelitian</b>	
3.3.1 Populasi Penelitian.....	25
3.3.2 Sampel Penelitian.....	26
3.3.3 Besar Sampel.....	26
3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel.....	26
<b>3.4 Variabel Penelitian</b> .....	26
3.4.1 Variabel Bebas .....	26
3.4.2 Variabel Tergantung.....	26
<b>3.5 Definisi Operasional</b>	
3.5.1 PHBS.....	26
3.5.2 Skabies.....	27
3.5.3 Pondok Pesantren.....	27
<b>3.6 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian</b>	
3.6.1 Teknik dan Alat Perolehan Data.....	29
3.6.2 Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	29
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
<b>4.1 Hasil Penelitian</b>	
4.1.1 Data PHBS Santriwan.....	30
4.1.2 Data Tingkat kejadian Skabies pada Santriwan.....	31
4.1.3 Distribusi PHBS pada Santriwan yang Menderita Skabies.....	31
4.1.4 Distribusi PHBS pada Santriwan yang Tidak Menderita Skabies.....	32
4.1.5 PHBS Santriwan yang Menderita Skabies dengan Menggunakan Cross Tabulation.....	32
<b>4.2 Analisis Data</b> .....	33
<b>4.3 Pembahasan</b> .....	35



<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
<b>5.1 Kesimpulan</b> .....	39
<b>5.2 Saran</b> .....	39
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	40
<b>LAMPIRAN</b> .....	42

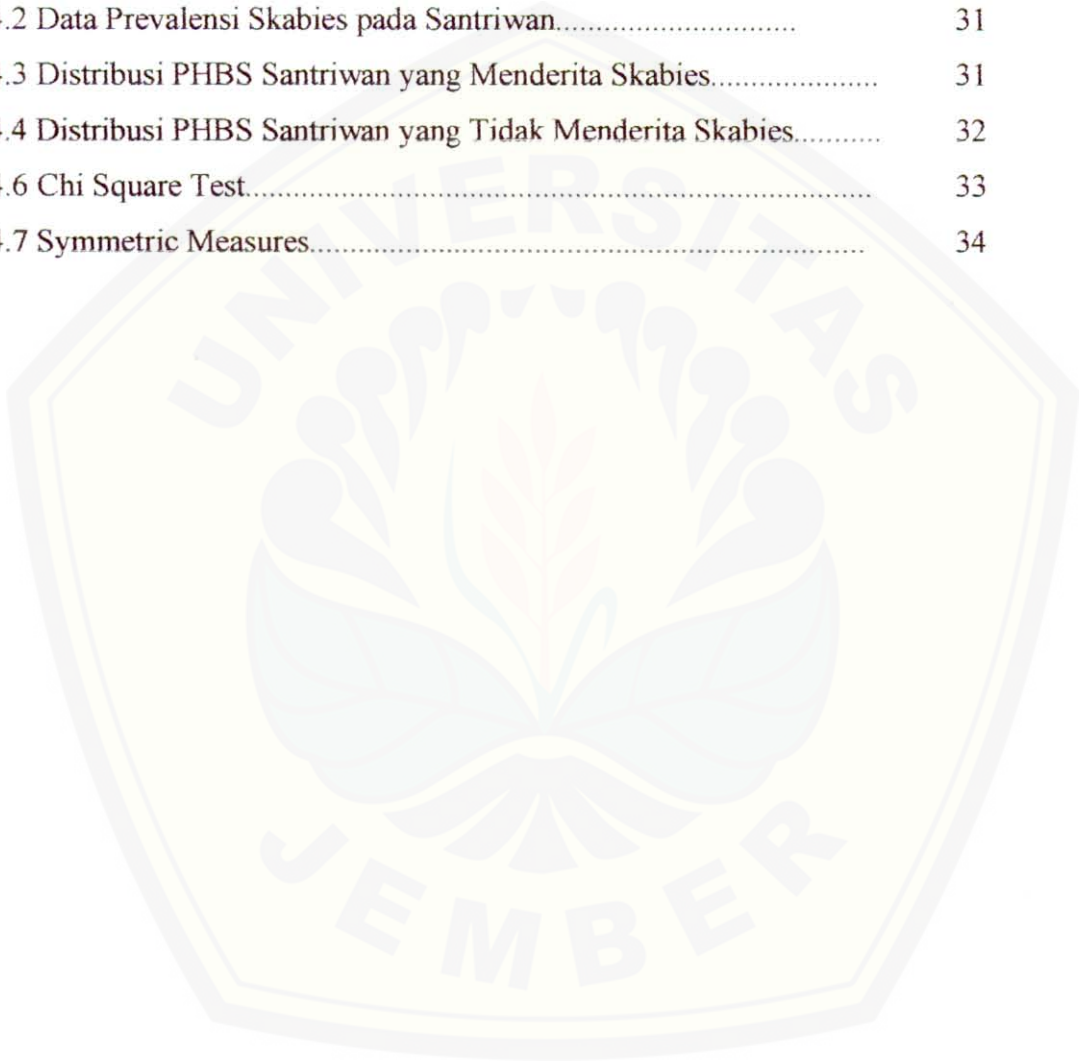


**DAFTAR GAMBAR**

2.1 Manajemen PHBS.....	7
2.2 Model Pengkajian dan Penindaklanjutan PHBS.....	8
2.3 <i>Sarcoptes scabiei</i> Jantan dan Betina.....	14
2.4 <i>Sarcoptes scabiei</i> Jantan .....	15
2.5 <i>Sarcoptes scabiei</i> Betina.....	15
2.6 Siklus Hidup <i>Sarcoptes scabiei</i> .....	16
2.7 Kerangka Penelitian Pengaruh PHBS terhadap Prevalensi Skabies pada Santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin.....	24
4.1 Grafik PHBS Santriwan.....	30
4.2 Grafik Prevalensi Skabies pada Santriwan.....	31

**DAFTAR TABEL**

4.1 Data PHBS Santriwan.....	30
4.2 Data Prevalensi Skabies pada Santriwan.....	31
4.3 Distribusi PHBS Santriwan yang Menderita Skabies.....	31
4.4 Distribusi PHBS Santriwan yang Tidak Menderita Skabies.....	32
4.6 Chi Square Test.....	33
4.7 Symmetric Measures.....	34



**DAFTAR LAMPIRAN**

A. Sasaran PHBS.....	42
B. Indikator PHBS pada Pondok Pesantren.....	44
C. Inform Consent.....	46
D. Hasil Penelitian	
D.1 Distribusi Jawaban Kuesioner untuk Menentukan Diagnosis Skabies.....	49
D.2 Rekapitulasi Hasil Pemantauan PHBS Tatanan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin .....	50
E. Analisis Statistik Chi Square dan Uji Kontingensi.....	54
F. Profil Pondok Pesantren Darul Mukhlisin.....	56



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Dalam upaya mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal, banyak faktor yang mempengaruhinya. Beberapa faktor yang mempunyai pengaruh besar adalah faktor lingkungan dan perilaku tidak sehat yang menimbulkan berbagai penyakit. Perubahan perilaku diharapkan mampu meningkatkan kesadaran masyarakat untuk dapat menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan, perbaikan mutu lingkungan hidup, meningkatkan status gizi masyarakat, penurunan angka kesakitan dan angka kematian agar dapat meningkatkan derajat kesehatan yang optimal (Depkes, 2005:5).

Strategi peningkatan pengaruh Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) merupakan bentuk operasional dan paradigma sehat, oleh karena itu diperlukan upaya yang mengarah kepada peningkatan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Agar program dapat mencapai sasaran, maka perlu dikenali secara lebih khusus, rinci, dan jelas mengenai sasaran PHBS. Terdapat enam sasaran dalam pelaksanaan PHBS, yaitu: rumah tangga, institusi pendidikan, institusi kesehatan, tempat-tempat kerja, tempat-tempat umum dan Pondok Pesantren (Depkes, 2005:7).

Seperti tertera diatas, Pondok Pesantren merupakan salah satu sasaran PHBS yang tidak dapat dipandang sebelah mata mengingat padatnya populasi santri yang hidup bersama di Pondok Pesantren. Faktor inilah yang mempermudah penyebaran penyakit dalam lingkungan Pondok Pesantren. Salah satu penyakit yang paling sering menyerang santri adalah penyakit kulit skabies (Dinkes Probolinggo, 2005:7).

Skabies adalah penyakit infeksi kulit menular dan bersifat zoonosis yang disebabkan oleh tungau (*mite*) *Sarcoptes scabiei var Hominis*. Tungau tersebut memasuki kulit stratum korneum, membentuk kanalikuli atau terowongan lurus maupun berkelok yang dapat menimbulkan rasa gatal dan eksema yang disebabkan oleh garukan. Skabies termasuk penyakit endemik yang dapat mengenai semua ras

dan golongan di seluruh dunia. Penyakit ini dapat dijumpai pada anak dan orang dewasa muda dan dapat mengenai semua umur. Insiden skabies di negara berkembang menunjukkan siklus frekuensi yang sampai saat ini belum dapat dijelaskan. Beberapa faktor yang dapat membantu penyebaran skabies adalah kemiskinan, sanitasi buruk, demografi, ekologi dan derajat sensitisasi individual (Soeharsono, 2002:143).

Data WHO tahun 2005 menunjukkan terdapat sekitar 300 juta kasus skabies tiap tahunnya (WHO, 2005). Data Departemen Kesehatan Indonesia menunjukkan skabies menduduki urutan ketiga dari 12 penyakit kulit tersering di puskesmas seluruh Indonesia. Sedangkan data Puskesmas Kecamatan Tegalsiwalan Kabupaten Probolinggo menunjukkan sebanyak 60 % pasien yang datang ke puskesmas dengan keluhan penyakit kulit didiagnosis skabies (Puskesmas Tegalsiwalan, 2005).

Pondok Pesantren Darul Mukhlisin yang terletak di Jl. Raya Tegalsiwalan Kecamatan Tegalsiwalan Kabupaten Probolinggo Jawa Timur adalah Pondok Pesantren dengan sistem pembelajaran modern yang terdiri atas TK, SD, SMP, dan SMA. Sistem pembelajaran terdiri atas pengetahuan umum dan pengetahuan keagamaan. Asrama Darul Mukhlisin terdiri atas asrama putra dan asrama putri. Asrama putra ditempati sebanyak 150 santriwan yang dibagi dalam 12 kamar dengan pembagian yang tidak sama tergantung luasnya kamar. Dalam satu kamar dapat ditempati 10-20 santriwan. Kegiatan sehari-hari yang padat membuat frekuensi kontak para santriwan satu dengan yang lain meningkat, sehingga penyebaran penyakit menular cukup tinggi. Salah satu penyakit yang dapat ditularkan adalah skabies.

Data Balai Kesehatan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin hingga bulan Januari 2006 menunjukkan bahwa skabies menduduki peringkat pertama dari 5 penyakit tersering hingga mencapai angka 38% dari seluruh jumlah pasien santriwan Pondok Pesantren tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa skabies merupakan masalah kesehatan yang penting di Pondok Pesantren Darul Mukhlisin.

Dari keseluruhan data inilah yang melatarbelakangi penulis untuk meneliti lebih lanjut mengenai pengaruh PHBS terhadap prevalensi skabies pada santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut: Apakah ada pengaruh PHBS terhadap prevalensi skabies pada santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

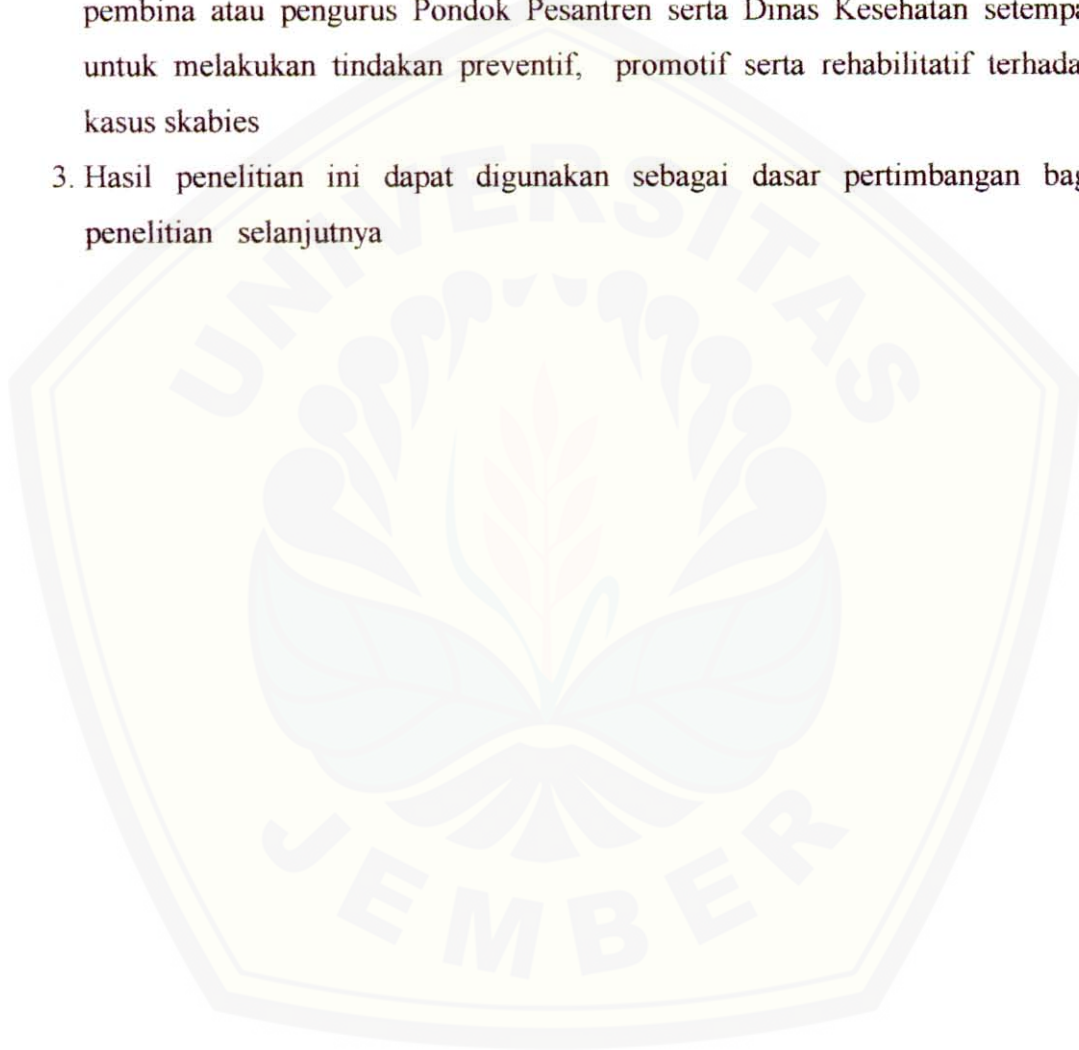
Mengetahui pengaruh PHBS terhadap prevalensi skabies pada santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui klasifikasi PHBS pada santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin berdasarkan ketentuan dari Dinas Kesehatan.
2. Mengetahui prevalensi skabies di Pondok Pesantren Darul Mukhlisin.
3. Mengetahui sejauh mana PHBS mempengaruhi tingkat prevalensi skabies pada santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin.

#### 1.4 Manfaat penelitian

1. Hasil penelitian ini dapat memberi informasi untuk meningkatkan PHBS pada santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi dan masukan bagi pembina atau pengurus Pondok Pesantren serta Dinas Kesehatan setempat untuk melakukan tindakan preventif, promotif serta rehabilitatif terhadap kasus skabies
3. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar pertimbangan bagi penelitian selanjutnya







## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 PHBS

#### 2.1.1 Definisi PHBS

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan. Sehingga yang dimaksud perilaku manusia pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak diamati oleh pihak luar (Notoadmojo, 1996:36).

PHBS adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan melalui pendekatan pimpinan (*advocacy*), bina suasana (*social support*), dan pemberdayaan masyarakat (*empowerment*) sebagai suatu upaya untuk membantu masyarakat mengenali dan mengatasi masalah sendiri, dalam tatanan masing-masing, agar dapat menerapkan cara-cara hidup sehat, dalam rangka menjaga, memelihara dan meningkatkan kesehatan (Depkes, 2005:5).

#### 2.1.2 Sasaran dan Ruang Lingkup PHBS

Gerakan PHBS dapat dilaksanakan melalui perorangan, kelompok dan masyarakat yang dituju oleh program. Agar program lebih mengena sasaran perlu dikenali secara lebih khusus, rinci, dan jelas. Untuk itu sasaran PHBS lebih dikaitkan dalam tatanannya yaitu tatanan rumah tangga, institusi pendidikan, institusi kesehatan, tempat-tempat umum, tempat kerja, dan Pondok Pesantren (Depkes, 2005:8).

Agar sasaran lebih spesifik, maka dibagi menjadi sasaran primer, sekunder dan tersier. Dengan mengaitkan sasaran dan tatanannya diharapkan pelaksanaan PHBS dapat lebih efektif, karena pribadi-pribadi dalam tatanan tersebut berinteraksi

sehingga selain dapat mempercepat proses juga dapat meningkatkan kualitas perilaku kesehatan (Lampiran A).

### 2.1.3 Indikator PHBS

Indikator diperlukan untuk menilai apakah aktifitas pokok yang dijalankan telah sesuai dengan rencana dan menghasilkan dampak yang diharapkan. Dengan demikian indikator merupakan suatu alat ukur untuk menunjukkan suatu keadaan atau kecenderungan keadaan dari suatu hal yang menjadi pokok perhatian (Depkes, 2006:9).

Terdapat 2 jenis indikator, yaitu indikator input dan indikator output. Kedua jenis indikator ini dapat diuraikan sebagai berikut :

#### a. Indikator Input

Yaitu indikator yang berkaitan dengan penunjang pelaksanaan program dan turut menentukan keberhasilan program, contoh : tersedia air bersih, tersedia jamban yang bersih, tersedia tempat sampah, dan lain-lain.

#### b. Indikator Output

Yaitu indikator yang menggambarkan bagaimana hasil output suatu program kegiatan telah berjalan atau tidak, contoh : digunakannya air bersih, digunakannya jamban, di halaman dan di dalam ruangan dalam keadaan bersih dan lain-lain (Depkes, 2006:10).

Menurut Keputusan MENKES No.1457/MENKES/SK/X/2003 mengenai standar pelayanan bidang kesehatan di kabupaten atau kota terdapat 15 indikator untuk menilai PHBS dalam lingkungan Pondok Pesantren (Lampiran B).

## 2.2 Manajemen Program PHBS

Untuk mewujudkan PHBS pada masing-masing tatanan, diperlukan pengelolaan manajemen program PHBS melalui empat tahap, yaitu: pengkajian, perencanaan, penggerakan pelaksanaan sampai dengan pemantauan dan penilaian. Selanjutnya kembali lagi ke proses semula. Untuk lebih jelasnya digambarkan dalam gambar berikut ini :

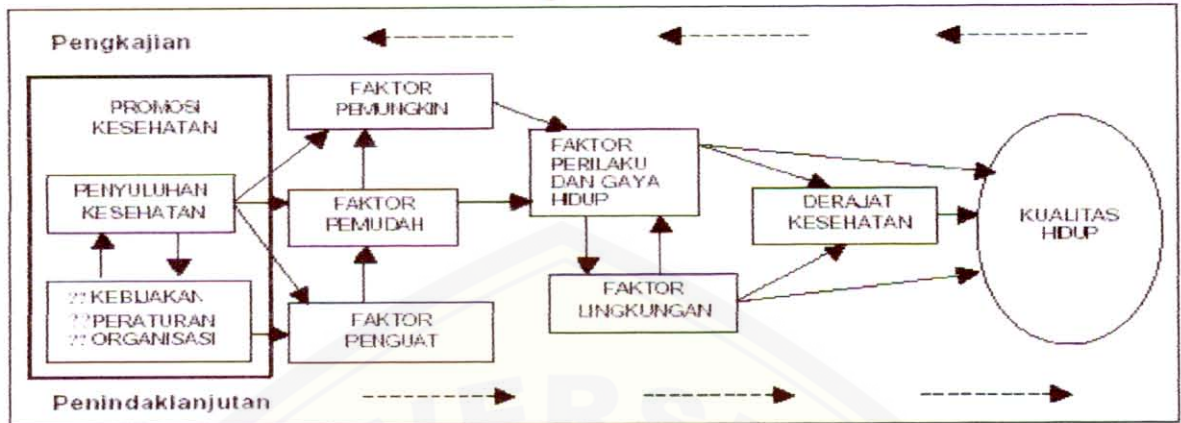


Sumber: [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)

Gambar 2.1 Manajemen program PHBS

### 2.2.1 Pengkajian

Tujuan pengkajian adalah untuk mempelajari, menganalisis dan merumuskan masalah perilaku yang berkaitan dengan PHBS. Pada proses pengkajian dilakukan program promosi kesehatan dikenal adanya model pengkajian dan penindaklanjutan (precede proceed model) sebagai berikut :



Sumber: [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)

Gambar 2.2 Model Pengkajian dan Penindaklanjutan PHBS

Model ini mengkaji masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta cara menindaklanjuti dengan berusaha mengubah, memelihara atau meningkatkan perilaku tersebut kearah yang lebih positif. Dengan demikian manajemen PHBS adalah penerapan keempat proses manajemen pada umumnya ke dalam model pengkajian dan penindaklanjutan. Adapun penjelasan dari gambar diatas adalah sebagai berikut :

a. Kualitas hidup

Kualitas hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan sehingga kualitas hidup ini sejalan dengan tingkat kesejahteraan. Diharapkan semakin sejahtera maka kualitas hidup semakin tinggi. Kualitas hidup ini salah satunya dipengaruhi oleh derajat kesehatan. Semakin tinggi derajat kesehatan seseorang maka kualitas hidup juga semakin tinggi.

b. Derajat kesehatan

Derajat kesehatan adalah sesuatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan akan menggambarkan masalah kesehatan yang sedang dihadapi. Yang paling besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan seseorang adalah faktor perilaku dan faktor lingkungan.

c. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan adalah faktor fisik, biologis dan sosial budaya yang langsung/tidak mempengaruhi derajat kesehatan.

d. Faktor perilaku

Faktor perilaku dan gaya hidup adalah suatu faktor yang timbul karena adanya aksi dan reaksi seseorang atau organisme terhadap lingkungannya. Faktor perilaku akan terjadi apabila ada rangsangan, sedangkan gaya hidup merupakan pola kebiasaan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan karena jenis pekerjaannya mengikuti *trend* yang berlaku dalam kelompok sebayanya, ataupun hanya untuk meniru dari tokoh idolanya.

e. Faktor pemungkin

Faktor pemungkin faktor pemicu terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Termasuk didalamnya keterampilan petugas kesehatan, ketersediaan sumber daya dan komitmen masyarakat atau pemerintah terhadap kesehatan.

f. Faktor pemudah

Faktor pemudah adalah faktor pemicu terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku. Misalnya pengetahuan, sikap, keyakinan dan nilai yang dimiliki oleh seseorang.

g. Faktor penguat

Faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Faktor ini terwujud dalam bentuk sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lainnya yang merupakan kelompok yang dipercaya oleh masyarakat (Depkes, 2006:11-13).

Kegiatan pengkajian meliputi pengkajian PHBS secara kuantitatif, kualitatif dan sumber daya (dana, sarana dan tenaga). Adapun penjelasan dari ketiga kegiatan pengkajian tersebut adalah sebagai berikut:

a. Pengkajian Masalah PHBS Secara Kuantitatif.

Pengkajian masalah PHBS secara kuantitatif dilakukan dengan langkah-langkah kegiatan sebagai berikut :

1) Pengumpulan Data Sekunder

Kegiatan ini meliputi data perilaku dan bukan perilaku yang berkaitan dengan 5 program prioritas yaitu KIA, Gizi, Kesehatan Lingkungan, Gaya Hidup, dan JPKM dan data lainnya sesuai dengan kebutuhan daerah. Data tersebut dapat diperoleh dari Puskesmas, Rumah Sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya. Data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif sebagai informasi pendukung untuk memperkuat permasalahan PHBS yang ditemukan di lapangan. Selanjutnya dibuat simpulan hasil analisis data sekunder tersebut.

Hasil yang diharapkan pada tahap pengkajian ini adalah :

- Teridentifikasinya masalah perilaku kesehatan di wilayah tertentu,
- Dikembangkannya pemetaan PHBS tiap tatanan,
- Teridentifikasinya masalah lain yang berkaitan (masalah kesehatan, faktor penyebab perilaku, masalah pelaksanaan dan sumber daya penyuluhan, masalah kebijakan, administrasi, dan organisasi).

2) Pengambilan Sampel PHBS

Dalam melaksanakan pengumpulan data perilaku sehat di tatanan rumah tangga secara keseluruhan terlalu berat untuk dilaksanakan, hal ini disebabkan karena keterbatasan dana, waktu dan sumber daya yang ada. Untuk mengatasi hal tersebut perlu diambil sampel yang dapat mewakili populasi. Metode Pengambilan sampel perilaku sehat di tatanan rumah tangga adalah dengan rapid survai atau survai cepat. Sedangkan untuk tatanan lainnya dapat dilakukan pada seluruh populasi.

### 3) Analisis dan Pemetaan PHBS

Berdasarkan hasil pendataan, data tersebut diolah dan dianalisis dengan cara manual, selanjutnya dapat dibuat pemetaan nilai PHBS I, PHBS II, PHBS III dan PHBS IV. Berdasarkan hasil pemetaan, diharapkan semua masalah PHBS dapat diintervensi dengan tepat dan terarah. Pemetaan ini berguna sebagai potret untuk mengetahui permasalahan yang ada di masyarakat dan memotivasi pengelola program untuk meningkatkan klasifikasi PHBS. Diharapkan masyarakat yang bersangkutan, lintas sektor. LSM peduli kesehatan, swasta khususnya Pemda kabupaten atau kota mempunyai komitmen untuk mendukung PHBS. Berdasarkan kajian perilaku dan pemetaan wilayah, maka dihasilkan Pemetaan PHBS, ditentukan prioritas masalah perilaku kesehatan, dan ditentukan alternatif intervensi penyuluhan.

### 4) Menentukan Prioritas Masalah

Berdasarkan rumusan masalah yang ada kemudian dilakukan analisis yang akan menjadi dasar pembuatan rencana intervensi. Selanjutnya dilakukan strategi komunikasi PHBS, yang meliputi antara lain pesan dan media yang akan dikembangkan, metode apa saja yang digunakan pelatihan yang perlu dilaksanakan dan menginventarisasi sektor mana saja yang dapat mendukung PHBS (Depkes, 2006:14-15).

#### b. Pengkajian PHBS secara kualitatif

Setelah ditentukan prioritas masalah perilaku, selanjutnya dilakukan pengkajian kualitatif, tujuannya adalah untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam tentang kebiasaan, kepercayaan, sikap, norma, dan budaya perilaku masyarakat yang tidak terungkap dalam kajian kuantitatif PHBS. Ada dua metode untuk melakukan pengkajian PHBS secara kualitatif, yaitu:

##### 1) Diskusi Kelompok Terarah (DKT)

Diskusi Kelompok Terarah (DKT) adalah diskusi informal bersama enam sampai sepuluh orang, tujuannya untuk mengungkapkan informasi yang lebih mendalam tentang masalah perilaku PHBS. Dalam DKT diperlukan seorang pemandu yang terampil mendorong orang untuk saling bicara dan memperoleh pemahaman

tentang perasaan dan pikiran peserta yang hadir terhadap masalah tertentu dan memberikan kebebasan peserta untuk mengungkapkan pendapat sehingga memperoleh informasi tentang nilai-nilai kepercayaan dan perilaku seseorang yang mungkin tidak terungkap melalui wawancara biasa.

## 2) Wawancara Perorangan Mendalam (WPM).

Wawancara Perorangan Mendalam (WPM) adalah wawancara antara pewawancara yang terampil dengan perorangan selaku sumber informasi kunci, melalui serangkaian tanya jawab (dialog) yang bersifat terbuka dan mendalam. Dalam WPM, pewawancara adalah seorang yang terampil dalam menggali informasi secara mendalam tentang perasaan dan pikiran tentang masalah tertentu. Sumber informasi kunci adalah peserta wawancara yang dianggap mampu dan dipandang menguasai informasi tentang masalah tertentu (Depkes, 2006:16-19).

## C. Pengkajian Sumber Daya (dana, tenaga dan sarana)

Pengkajian sumber daya dilakukan untuk mendukung pelaksanaan program PHBS, bentuk kegiatannya :

- 1) Kajian tenaga pelaksana PHBS,
- 2) Penyediaan dana yang diperlukan, dan
- 3) Penyediaan jenis media dan sarana yang dibutuhkan.

### 2.2.2 Perencanaan.

Penyusunan rencana kegiatan PHBS gunanya untuk menentukan tujuan, dan strategi komunikasi PHBS Adapun langkah-langkah perencanaan sebagai berikut:

#### a. Menentukan Tujuan

Berdasarkan kegiatan pengkajian PHBS dapat ditentukan klasifikasi PHBS tatanan, maka dapat ditentukan masalah perilaku kesehatan masyarakat di tiap tatanan dan wilayah. Selanjutnya, berdasarkan masalah perilaku kesehatan dan hasil pengkajian ditentukan tujuan yang akan dicapai untuk mengatasi masalah PHBS yang ditemukan.



#### b. Menentukan jenis kegiatan intervensi

Setelah ditentukan tujuan, selanjutnya ditentukan jenis kegiatan intervensi yang akan dilakukan. Caranya adalah dengan mengembangkan berbagai alternatif intervensi, kemudian dipilih intervensi mana yang bisa dilakukan dengan dikaitkan pada ketersediaan sumber daya. Rumusan rencana kegiatan intervensi terpilih pada intinya merupakan operasionalisasi strategi PHBS, yaitu :

- 1) Advokasi, yaitu kegiatan pendekatan pada para tokoh / pimpinan wilayah.
- 2) Bina Suasana, yaitu kegiatan mempersiapkan kerjasama tiap sektor.
- 3) Gerakan masyarakat, yaitu kegiatan mempersiapkan dan menggerakkan sumber daya. mulai mempersiapkan petugas. pengadaan media dan sarana.

#### 2.2.3 Penggerakan Pelaksanaan

Penggerakan pelaksanaan dilakukan oleh pihak Dinas Kesehatan setempat. Kegiatan ini mengikutsertakan masyarakat pada tiap tatanan melalui pendekatan pimpinan maupun tokoh masyarakat (Depkes, 2006:19).

#### 2.2.4 Pemantauan dan Penilaian

##### a. Tahap Pemantauan

Untuk mengetahui program PHBS telah berjalan dan memberikan hasil atau dampak seperti yang diharapkan, maka perlu dilakukan pemantauan. Selanjutnya kendala-kendala yang muncul perlu dibahas dan dicari solusinya. Cara pemantauan dapat dilaksanakan dengan melakukan kunjungan lapangan ke tiap tatanan atau dengan melihat buku kegiatan atau laporan kegiatan intervensi penyuluhan PHBS.

##### b. Tahap Penilaian

Penilaian dilaksanakan oleh pengelola PHBS lintas program dan lintas sektor. Penilaian PHBS meliputi masukan dan proses kegiatan. Hal ini dilakukan dengan membandingkan data dasar PHBS dibandingkan dengan data PHBS hasil evaluasi. Selanjutnya menilai kecenderungan masing-masing indikator apakah mengalami peningkatan atau penurunan, mengkaji penyebab masalah dan melakukan pemecahannya, kemudian merencanakan intervensi berdasarkan data hasil evaluasi PHBS (Depkes, 2006:19).

## 2.3 Skabies

### 2.3.1 Definisi

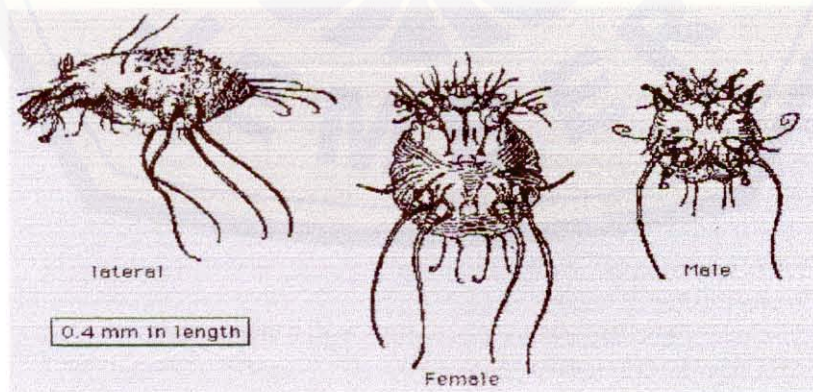
Skabies, *The Itch*, Gudik, Kudis atau Gatal Agogo adalah penyakit infeksi kulit yang diakibatkan oleh infestasi dan sensitisasi *Sarcoptes scabiei var hominis*. Penyakit ini mempunyai karakteristik dengan adanya lesi papul yang sangat gatal terutama pada malam hari. Tempat predileksinya adalah pada sela – sela jari tangan, persendian tangan, ketiak, puting payudara, abdomen bagian bawah dan daerah genitalia. Penyakit ini juga dapat menyerang hewan mamalia, termasuk anjing, binatang ternak, babi, domba, unta, kelinci dan kuda (Andrews, 2004: 410).

### 2.3.2. Sejarah

*Sarcoptes scabiei* pertama kali dibuktikan sebagai penyebab penyakit infeksi kulit pada manusia oleh Raspail dan muridnya yang bernama Renucci pada tahun 1834. Arthropoda mikroskopis ini berbentuk ovoid dengan bagian mulut di permukaannya (Southwick, 2003:339).

Sedangkan teknik kerokan kulit pertama dilakukan oleh Orkin pada tahun 1977 dengan menemukan tungau, telur, dan skibala (butiran tinja) di bawah permukaan kulit (Redbookonline, 2006:2)

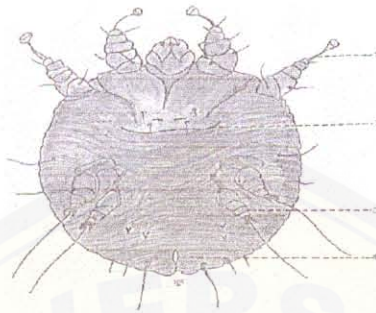
### 2.3.3 Morfologi



Sumber: [www. telemedicine.org/skabies1.htm](http://www.telemedicine.org/skabies1.htm)

Gambar 2.1 *Sarcoptes scabiei* jantan dan betina

a. Morfologi *Sarcoptes scabiei* jantan

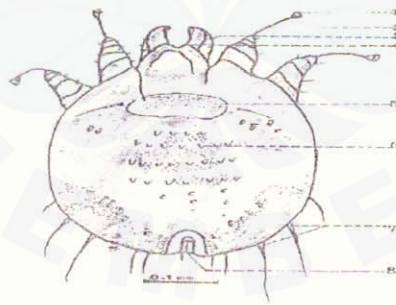


Sumber: <http://www.telemedicine.org/skabies1.htm>

Gambar 2.2 *Sarcoptes scabiei* Jantan tampak depan,

Perbedaan morfologi *Sarcoptes scabiei* jantan dan betina terdapat pada ukuran dan genetaliaanya. Umumnya *Sarcoptes scabiei* jantan lebih kecil daripada *Sarcoptes scabiei* betina, yaitu 150-200  $\mu\text{m}$  sampai 200 -240 $\mu\text{m}$  (Biosci, 2005:2).

b. Morfologi *Sarcoptes scabiei* betina



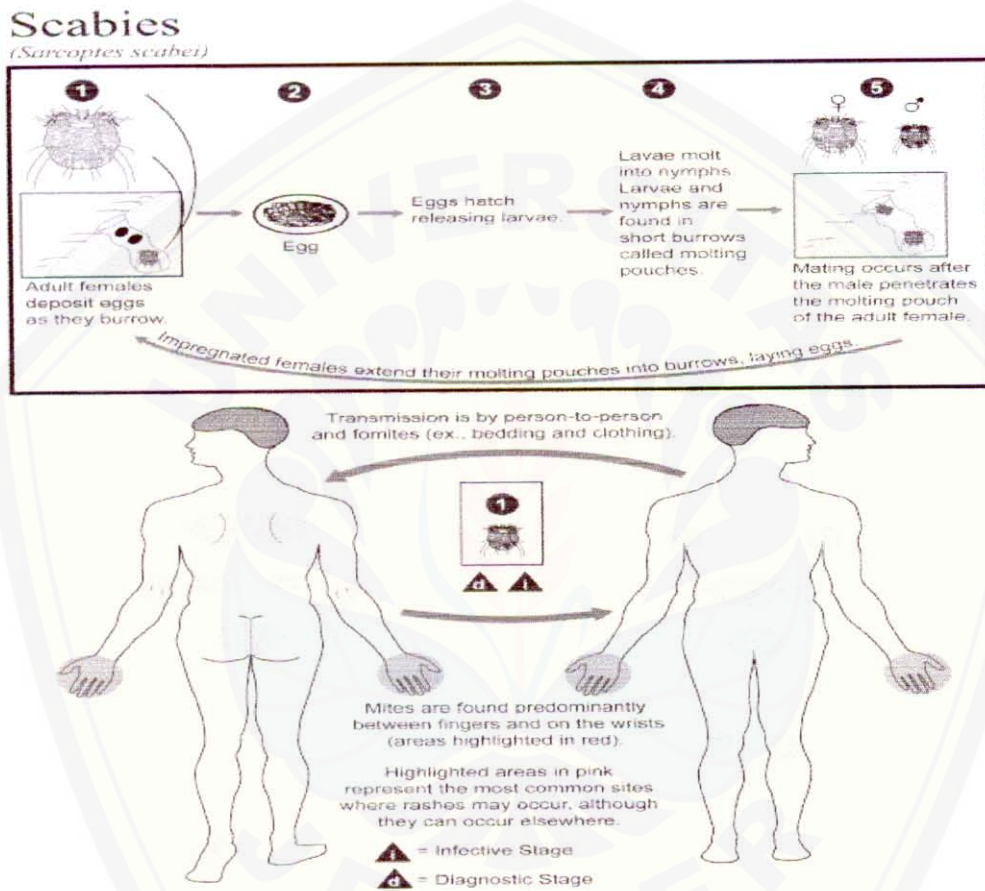
Sumber: <http://www.telemedicine.org/skabies1.htm>

Gambar 2.3 *Sarcoptes scabiei* betina tampak depan

*Sarcoptes scabiei* betina mempunyai ukuran yang lebih besar, yaitu panjang 330 - 450 $\mu\text{m}$  dan lebar 330 – 450  $\mu\text{m}$  (Biosci, 2005:2).

### 2.3.4 Siklus Hidup

Berikut ini merupakan siklus hidup *Sarcoptes scabiei* yang selanjutnya dapat menimbulkan manifestasi klinik pada manusia:



sumber: [www.dpd.cdc.gov](http://www.dpd.cdc.gov)

Gambar 2.4 Siklus hidup *Sarcoptes scabiei*

*Sarcoptes scabiei* mempunyai 4 stadium, yaitu : telur, larva, nimfa, dan dewasa. *Sarcoptes scabiei* betina menyimpan telur pada 2-3 tiap harinya ketika membuat terowongan pada kulit

1. Telur berbentuk oval dengan ukuran 0,1 - 0,15 mm.
2. Masa pengeraman adalah 3 - 8 hari. Setelah telur menetas, larva berpindah tempat ke permukaan kulit dan membuat terowongan ke dalam lapisan kulit untuk membangun terowongan untuk berganti bulu. Larva yang muncul dari telur hanya mempunyai 3 kaki.
3. Bentuk ini berlangsung 2 - 3 hari. Setelah larva berganti bulu menjadi nimfa, nimfa ini menghasilkan mempunyai 4 penguat kaki.
4. Kemudian bentuk ini berganti bulu menjadi nimfa yang sedikit lebih besar daripada sebelumnya. Larva dan nimfa sering ditemukan di dalam liang rambut dan menjadi dewasa, tetapi dengan ukuran lebih kecil. Bentuk dewasa adalah bulat, tidak mempunyai mata. *Sarcoptes scabiei* betina dewasa berukuran panjang 0,3 - 0,4 mm dan lebar 0,25 - 0,35 mm dan sedangkan *Sarcoptes scabiei* jantan dewasa berukuran lebih dari setengah ukuran tersebut.
5. *Sarcoptes scabiei* betina yang mengandung telur menembus kulit kemudian berganti bulu dengan karakteristik yang menyerupai terowongan yang berliku - liku, kemudian bertelur. *Sarcoptes scabiei* jantan mati setelah melakukan kopulasi, sedangkan *Sarcoptes scabiei* betina mati setelah bertelur.

Transmisi terjadi dengan perpindahan betina selama kontak pribadi. Transmisi kontak terutama secara langsung dari pribadi ke pribadi, tetapi transmisi juga dapat terjadi secara tidak langsung (misalnya, pakaian atau selimut). Tungau menempel ke kulit yang menggunakan pengisap berkait dan dengan 2 penguat kaki di depan (cdc, 2004:5).

### 2.3.5 Patogenesis

*Sarcoptes scabiei* betina dewasa adalah penyebab kasus skabies pada manusia. Parasit ini dapat bergerak mencapai 2,5 cm (1 inchi) tiap menitnya. *Sarcoptes scabiei* betina menggunakan bentuk tubuhnya untuk bersembunyi, dalam waktu satu jam, dia berhasil menguburkan diri pada lapisan tanduk kulit dan tidak akan pernah masuk lebih dalam lagi. Beberapa jam setelah itu, *Sarcoptes scabiei* betina bertelur, dua sampai tiga telur dihasilkannya tiap hari, dan proses ini berlanjut sampai mendekati lubang mulutnya. Kecepatan gerakan *Sarcoptes scabiei* betina sangat variatif, kadang-kadang dia hanya mampu menembus kulit sedalam 5 mm perhari, dan hanya bergerak sekitar 0,5 mm saja. Pada gerakan yang lambat ini, telur-telur hanya diletakkannya secara berdekatan. Berbeda pada gerakan yang cepat, telur-telur diletakkan pada jarak yang berjauhan satu sama lain yang tidak akan melebihi batas kulit tanduk (Schimidt, 2005:655).

Telur menetas dalam waktu 3 jam satu hingga dua larva dapat ditemukan di dalam lubang, tetapi dapat juga ditemukan ketika larva itu keluar dari terowongan untuk melanjutkan siklus hidupnya. Larva dapat bergerak sama cepatnya dengan *Sarcoptes scabiei* dewasa, dengan cepat ia menemukan tempat berlindung dan juga makanan dengan memasukkan folikelnya. Terowongan, produk ekskresi dan jenis yang dihasilkan dapat menimbulkan rasa gatal yang hebat. Biasanya manusia yang terinfeksi tidak merasakannya hingga di lesi gatal bertambah luas. Radang memerah timbul verikel dan kerak kulit semakin menambah keparahan penyakit ini (Southwick, 2003:340).

### 2.3.6 Manifestasi Klinik

Skabies mempunyai karakteristik dengan pruritus yang hebat, eritematous, erupsi papula disebabkan oleh terowongan yang dibentuk oleh *Sarcoptes scabiei* betina pada, lapisan atas epidemis. Rasa gatal terutama dirasakan pada malam hari. Tempat predileksi skabies sebagian besar pada tangan dan pergelangan tangan kemudian di siku tangan, pada kaki dan daerah genital sekitar 80%, pada pantat 15%, ketiak 3% dan pada permukaan tubuh yang lain hanya 2%. Pada anak-anak dibawah

umur 2 tahun, erupsi sering terjadi sama halnya pada orang dewasa, yaitu pada kepala, leher, telapak tangan dan telapak kaki. Erupsi disebabkan karena reaksi tubuh pada protein yang dihasilkan oleh parasit ini (Andrews, 2004:412).

Penampilan lesi yang dihasilkan berwarna abu-abu atau putih, berliku-liku, dengan berkas-berkas garis. Ukuran papul berkisar antara 2-5 mm, dengan warna merah kecoklatan, menyerang sebagian permukaan tubuh, seperti daerah genitalia, paha dan ketiak. Nodul granulomatus skabies merupakan respon kulit pada antigen yang dihasilkan oleh *Sarcoptes scabiei* yang telah mati. Nodul dapat bertahan beberapa minggu bahkan bulan setelah dilakukan pengobatan yang efektif (Southwick, 2003:340).

### 2.3.7 Transmisi Penularan

Cara penularan skabies dapat melalui 2 cara yaitu kontak langsung dan tidak langsung, yaitu :

a. Kontak langsung (kontak kulit dengan kulit)

Misalnya: berjabat tangan, tidur bersama dan hubungan seksual

b. Kontak tidak langsung (melalui benda)

Misalnya: menggunakan pakaian dan handuk yang bergantian, spreng, bantal dan lain-lain.

Penularannya biasanya oleh *Sarcoptes scabiei* betina var. *animalis* yang kadang-kadang menulari manusia, terutama pada mereka yang banyak memelihara binatang peliharaan misalnya anjing (Djuanda, 2002:120).

### 2.3.8 Diagnosis

Diagnosis klinik skabies rasa gatal, luka, dan pruritus pada malam hari. Diagnosis pasti adalah dibuat oleh identifikasi sedikit sekali mikroskopik, telur, atau sedikit sekali tinja (skibala) dari kikisan kulit atau yang diambil dari puncak lesi. Pada mulanya, minyak mineral ditempatkan pada mata pisau bedah steril pada lima sampai enam luka yang dicurigai kemudian dikerok. Minyak dan kikisan ditempatkan pada gelas obyek. Meskipun prosedur ini sederhana, seorang ahli dermatologi atau

teknisi memerlukan keterampilan khusus untuk memperoleh yang hasil baik (Kartikeyan, 2005:3).

### 2.3.9. Diagnosis Banding

Penyakit skabies dapat dikatakan sebagai *The Great Imitator* karena dapat menyerupai penyakit kulit dengan keluhan gatal. Sebagai diagnosis banding adalah prurigo, pedikulosis korporis, dermatitis, dan lain-lain. (Djuanda, 2002:121)

### 2.3.10 Pengobatan

Obat skabies dapat dibagi menjadi dua yaitu obat topikal dan obat oral.

#### a. Obat Topikal

Sulfur adalah obat anti skabies yang tertua. Sulfur digunakan dalam bentuk salep. Tekniknya sangat mudah, dioleskan pada seluruh badan sesudah mandi dan dioleskan sebanyak 2-3 kali pada malam hari. Tungau penderita harus bersih sebelum mengoleskan salep pada badannya. Salep sulfur dapat digunakan pada penderita yang tidak dapat mentoleransi lindane, permethin atau ivermectin. Obat ini juga aman bagi balita, anak-anak dan wanita hamil. Salep sulfur mudah digunakan dan harganya murah, dapat menjadi obat pilihan pada daerah epidemik dengan kondisi ekonomi yang lemah (Kartikeyan, 2005:5-8).beberapa obat lainnya yang dapat digunakan adalah sebagai berikut:

#### 1) Benzil benzoate

Benzil benzoate adalah neurotoksik bagi *Sarcoptes scabiei*. Obat ini digunakan sebagai emulsi 3 kali dalam 24 jam setelah mandi. Obat ini juga dapat digunakan sebagai pengganti kombinasi dengan ivermectin pada penderita *relaps* setelah dosis tunggal ivermectin.

#### 2) Crotamiton

Crotamiton digunakan dalam bentuk cream atau lotion. Hasil optimal didapat bila digunakan 2 kali selama 5 hari berturut-turut setelah mandi atau ganti baju.

#### 3) Monosulfiram

Emulsi monosulfiram dioleskan pada seluruh tubuh setelah mandi dan dapat hasil baik dengan penggunaan sekali atau 2 kali selama 3 hari berturut-turut.



#### 4) Malathion

Malathion adalah insektisida organofosfat yang dapat menghambat enzim asetilcolinesterase secara *irreversible*. Malathion sudah tidak digunakan lagi karena berpotensi memberi efek yang merugikan (Kartikeyan, 2005:9).

#### b. Obat Oral

Ivermectin bereaksi dengan menemukan konduksi impuls saraf otot. Skabies diatasi dengan ivermectin 0,2 mg/kg pada dosis tunggal. Ivermectin kontraindikasi bagi penderita yang alergi ivermectin, mempunyai gangguan CNS, wanita hamil, wanita menyusui dan balita. Ivermectin sangat berguna bagi penderita dengan skabies kerak yang diperparah dengan adanya keratolisis (Kartikeyan, 2005:9).

#### c. Pengobatan Khusus

Pengobatan khusus digunakan pada :

##### 1) Bayi

Obat yang dapat digunakan adalah sulfur 2%-10%, cream permethrin 5% untuk anak dibawah 2 bulan. Ivermectin dan lindane merupakan kontraindikasi.

##### 1) Anak

Cream permethrin 5% adalah obat yang paling efektif dan aman emulsi. Benzil benzoat 12,5 % digunakan secara topikal. Benzil benzoate lebih murah dan lebih efektif digunakan sebagai obat pilihan pada negara yang berkembang.

##### 2) Wanita hamil dan wanita menyusui.

Pada wanita hamil dan wanita menyusui, sulfur 6% adalah obat yang dapat digunakan ivermectin. Sedangkan permethrin dan lindane merupakan kontra indikasi.

##### 3) Skabies nodular

Skabies nodular adalah bentuk skabies yang kronis dengan karakteristik adanya nodul yang menyebar diseluruh tubuh, terutama daerah genitalia, paha dan ketiak. Skabies tipe ini dapat diterapi dengan antiskabies dan steroid intralesi (Kartikeyan, 2005).

#### d. Kegagalan Pengobatan

Kegagalan pengobatan dapat disebabkan hal-hal sebagai berikut:

1. Penggunaan obat yang tidak benar
2. Penggunaan obat yang tidak adekuat
3. Reinfestasi
4. Resistensi (Kartikeyan, 2005:10).

##### 2.3.11 Prognosis

Prognosis skabies dengan pemilihan, cara pemakaian obat, syarat pengobatan, dan menghilangkan faktor predisposisi, penyakit skabies dapat diberantas dan memberi prognosis yang baik (Djuanda, 2002:121).

##### 2.3.12 Kontrol dan Pencegahan

Kontrol dan pencegahan skabies harus dilakukan secepat mungkin karena penularan yang cepat pada masyarakat sekitarnya. Untuk mencegah hal ini maka dapat dilakukan tindakan-tindakan sebagai berikut:

Terapi profilaksis direkomendasikan untuk anggota rumah tangga yang terutama sering kontak langsung dengan anggota keluarga lainnya. Gejala skabies dapat dapat terlihat 2 bulan setelah infeksi. Semua anggota keluarga harus diperlakukan pada waktu yang sama untuk mencegah infeksi kembali. Pakaian dan selimut yang digunakan selama 4 hari berturut-turut harus dicuci dengan air panas dan yang mengeringkan dengan suhu panas. Pakaian yang tidak bisa dicuci harus dijauhkan dari pasien dan menyimpannya dalam beberapa hari sampai satu minggu untuk menghindari infeksi kembali (cdc, 2006:7).

Wabah dan perjangkitan yang diatasi dengan pengobatan yang tepat dan penggunaan obat profilaksis bagi masyarakat sekitarnya. Penderita skabies harus diperlakukan dengan segera untuk menghindari penularan lebih lanjut (Lawrence, 2005:4).

### 2.3.13 Epidemiologi

Manusia menjadi sumber epidemiologi. Skabies yang berasal dari manusia dapat ditularkan selama pasien tidak melakukan pengobatan yang adekuat dan pengobatan yang tidak teratur. Skabies endemik di negara-negara berkembang dengan sanitasi buruk dan terjadi di seluruh dunia dalam siklus selama 15 sampai 30 tahun. Skabies mempengaruhi orang-orang dari semua tingkatan ekonomi-sosial rendah, dan standar kesehatan pribadi. Skabies pada orang dewasa sering diperoleh secara seksual. Masa inkubasi skabies pada manusia yang tidak pernah menderita sebelumnya pada umumnya adalah 4 -6 minggu. Pada manusia yang pernah menderita skabies sebelumnya, gejala timbul gejala 1 - 4 hari pada umumnya lebih lambat (Kartikyan, 2005:10).

## 2.4 Pesantren

### 2.4.1 Definisi Pesantren

Pesantren adalah suatu bentuk lingkungan yang unik dan memiliki tata nilai kehidupan yang positif. Pada umumnya, pesantren terpisah dari kehidupan sekitarnya. Komplek pesantren minimal terdiri atas rumah kediaman pengasuh, masjid atau musholla, dan asrama santri. Tidak ada model atau patokan tertentu dalam pembangunan fisik pesantren ( Wahjoetomo, 1997:3).

Meskipun dalam kondisi fisik sederhana, pesantren ternyata mampu menciptakan tata kehidupan tersendiri yang unik, terpisah dan berbeda dari kebiasaan umum. Bahkan lingkungan dan tata kehidupan pesantren dapat dikatakan sebagai subkultur tersendiri dalam kehidupan masyarakat sekitarnya (Wahjoetomo, 1997:4).

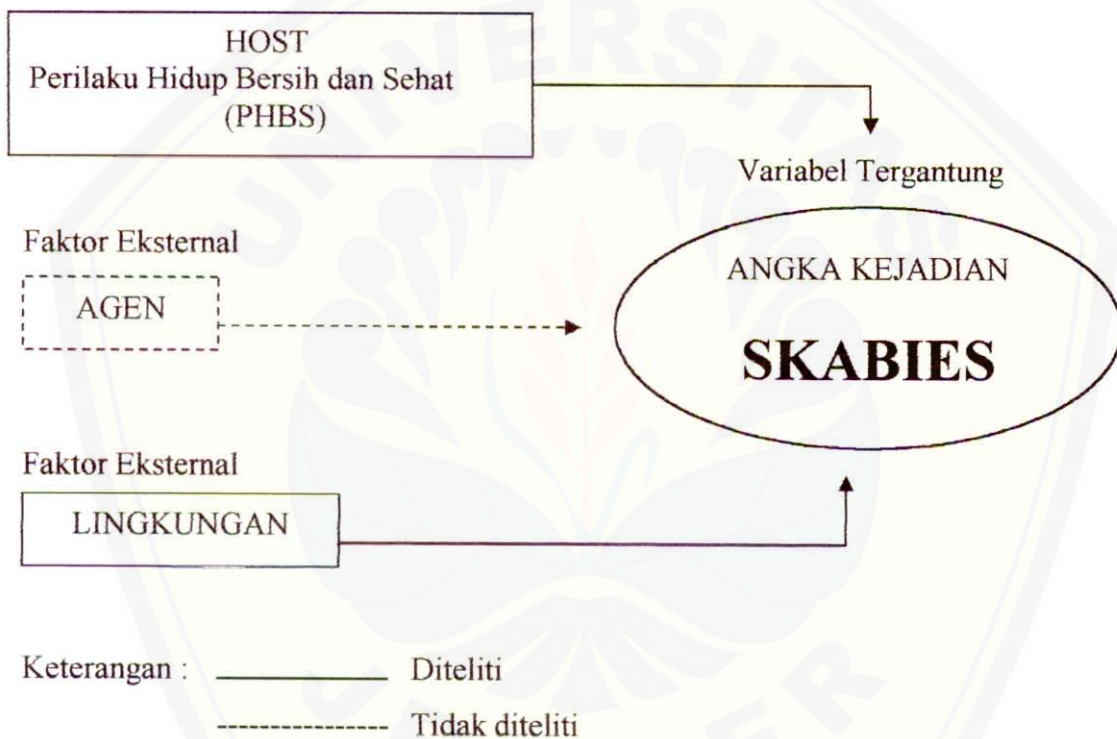
### 2.4.2 Kehidupan dalam Pesantren

Jadwal kegiatan dan kehidupan santri berbeda dengan masyarakat pada umumnya. Jadwal kegiatan pokok di pesantren adalah pengajian kitab kuning dan aktifitas lainnya, tidak didasarkan pada satuan jam, melainkan berdasarkan satuan waktu shalat wajib. Dengan jadwal semacam ini, dengan lamanya satu shalat dengan

shalat lainnya tidak sama, maka pembagian waktu pengajian juga berbeda. Pelajaran dan kegiatan pada malam hari lebih lama dari sore hari dan fajar (subuh). Sehingga para santri lebih banyak beraktifitas pada malam hari karena kondisi tersebut. (Wahjoetomo, 1997:7).

### 2.5 Kerangka Konseptual Penelitian

Variabel Bebas (Faktor internal)



Gambar 2.5 Kerangka penelitian PHBS terhadap prevalensi skabies pada santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin

### 2.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah: Ada pengaruh PHBS terhadap tingkat prevalensi skabies.

## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian observasional analitik yaitu penelitian yang mengamati pengaruh PHBS terhadap prevalensi skabies pada santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin serta menganalisis hubungan dengan studi *cross sectional* yaitu penelitian yang dilakukan pada satu waktu untuk menggambarkan keadaan pada waktu tersebut (Sastroasmoro, 1995:26).

### 3.2 Tempat Dan Waktu Penelitian

#### 3.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini bertempat di Pondok Pesantren Darul Mukhlisin Jalan Raya Tegalsiwalan Kecamatan Tegalsiwalan Kabupaten Probolinggo, Jawa Timur.

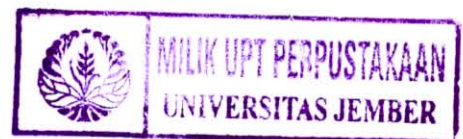
#### 3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli – Agustus 2006

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah santriwan yang bertempat tinggal di asrama putra Pondok Pesantren Darul Mukhlisin Jalan Raya Tegalsiwalan Kecamatan Tegalsiwalan Kabupaten Probolinggo, Jawa Timur. Berdasarkan data, jumlah populasi adalah 150 santriwan.



**BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN**

**4.1 Hasil Penelitian**

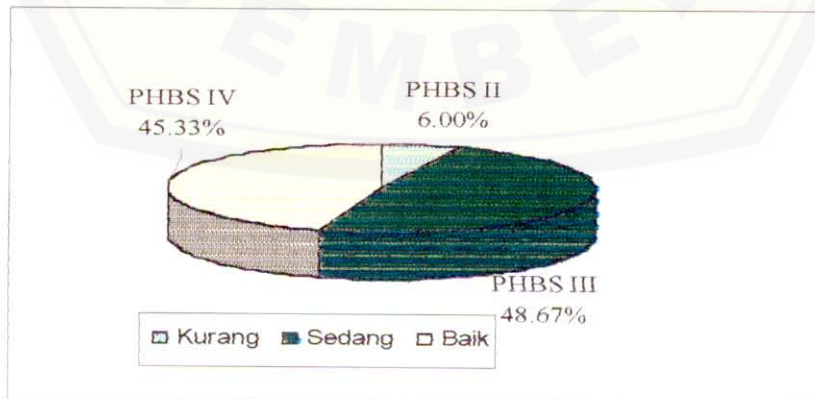
4.1.1 Data PHBS Santriwan

Hasil penelitian yang dilakukan pada 150 santriwan diketahui 68 santriwan (45,3%) mempunyai PHBS IV (baik), 73 santriwan (48,6%) mempunyai PHBS III (sedang), 9 santriwan (6,1%) mempunyai PHBS II (kurang), dan tidak ada santriwan yang mempunyai PHBS I (buruk). Sedangkan untuk penentuan PHBS Pondok Pesantren secara keseluruhan, Pondok Pesantren Darul Mukhlisin memiliki tingkat PHBS III, hal ini berdasarkan pada jumlah terbanyak santriwan yang memiliki tingkat PHBS tersebut.

Tabel 4.1 Data PHBS Santriwan

Tingkat PHBS	N	%
PHBS IV (baik)	68	45,3%
PHBS III (sedang)	73	48,6%
PHBS II (kurang)	9	6,1%
PHBS I (buruk)	0	0%
Jumlah	150	100%

Sumber: Data Primer Terolah



Gambar 4.1 Grafik PHBS Santriwan



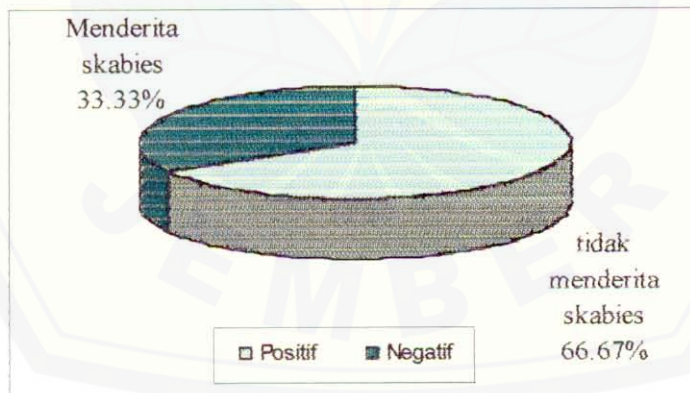
#### 4.1.2 Data Prevalensi Skabies pada Santriwan

Hasil penelitian yang dilakukan pada 150 santriwan diketahui sebanyak 100 santriwan yang sedang menderita skabies, dan 50 santriwan tidak menderita skabies. Data ini menunjukkan bahwa skabies merupakan masalah penting di Pesantren Darul Mukhlisin mengingat jumlah penderita skabies lebih banyak daripada yang tidak menderita, yaitu sebanyak 66,7%, sedangkan untuk santriwan yang tidak menderita skabies hanya sebanyak 33,3% dari jumlah keseluruhan.

Tabel 4.2 Data Prevalensi Skabies pada Santriwan

Skabies	N	%
Menderita skabies	100	66,7%
Tidak menderita skabies	50	33,3%
Jumlah	150	100%

Sumber: Data Primer Terolah



gambar 4.2 Grafik Prevalensi Skabies pada Santriwan

#### 4.1.3 Distribusi PHBS pada Santriwan yang Menderita Skabies

Hasil penelitian yang dilakukan pada 100 santriwan yang menderita skabies, dapat diketahui bahwa dari 68 santriwan yang mempunyai PHBS IV (baik) sebanyak 44% (30 santriwan) menderita skabies. Pada tingkat PHBS III (sedang), dari 73 santriwan yang mempunyai PHBS tersebut sebanyak 83,5% (61 santriwan) menderita skabies. Pada tingkat PHBS II (kurang), dari 9 santriwan yang mempunyai PHBS tersebut semuanya menderita skabies (100%), dan tidak ada santriwan yang mempunyai tingkat PHBS I (buruk).

Tabel 4.3 Distribusi PHBS pada Santriwan yang Menderita Skabies

PHBS	N	Menderita skabies	
		N	%
PHBS IV (baik)	68	30	44,1
PHBS III (sedang)	73	61	83,5
PHBS II (kurang)	9	9	100
PHBS I (buruk)	0	0	0
Jumlah	150	100	

Sumber: Data Primer Terolah

#### 4.1.4 Distribusi PHBS pada Santriwan yang Tidak Menderita Skabies

Hasil penelitian yang dilakukan pada 50 santriwan yang tidak menderita skabies, diketahui bahwa pada tingkat PHBS IV (baik), dari 68 santriwan yang mempunyai PHBS tersebut sebanyak 55,8% (38 santriwan) tidak menderita skabies. Pada tingkat PHBS III (sedang), dari 73 santriwan yang mempunyai PHBS tersebut sebanyak 16,4% (12 santriwan) menderita skabies dan tidak ada santriwan yang memiliki PHBS II (kurang) dan I (buruk).



Tabel 4.4 Distribusi PHBS pada Santriwan yang Tidak Menderita Skabies

PHBS	N	Tidak Menderita skabies	
		N	%
PHBS IV (baik)	68	38	55,8
PHBS III (sedang)	73	12	16,4
PHBS II (kurang)	9	9	100
PHBS I (buruk)	0	0	0
Jumlah	150	100	

Sumber: Data Primer Terolah

#### 4.1.5 PHBS Santriwan yang Menderita Skabies dengan Menggunakan Cross Tabulation

Hasil penelitian pada 150 santriwan yang menjadi sampel, diketahui dengan Cross Tabulation bahwa santriwan dengan PHBS IV (baik) yang menderita skabies berjumlah 9 santriwan, tidak ada santriwan dengan PHBS IV (baik) yang menderita skabies, santriwan dengan PHBS III (sedang) dan yang menderita skabies berjumlah 30 santriwan, santriwan dengan PHBS III (sedang) yang tidak menderita skabies berjumlah 38 santriwan, santriwan dengan PHBS II (kurang) yang menderita skabies berjumlah 61 santriwan, santriwan dengan PHBS II (kurang) yang tidak menderita skabies sebanyak 12 santriwan dan tidak ada santriwan yang termasuk golongan PHBS I (buruk).

Tabel 4.5 Pengaruh PHBS Santriwan terhadap Prevalensi Skabies dengan Menggunakan Cross Tabulation

		Skabies		
		Menderita	Tidak Menderita	Total
PHBS	Kurang	Count	9	9
		% of Total	6,0%	6,0%
	Sedang	Count	61	73
		% of Total	40,7%	48,7%
	Baik	Count	30	68
		% of Total	20,0%	45,3%
Total		Count	100	150
		% of Total	66,7%	100%

Sumber: Data Primer Terolah

## 4.2 Analisis Data

### 4.2.1 Mengetahui Pengaruh Antara PHBS Santriwan terhadap Prevalensi Skabies dengan Menggunakan “*Chi Square Test*”

Hasil analisis data untuk mengetahui pengaruh antara PHBS santriwan terhadap prevalensi skabies digunakan tes *Chi Square* dengan derajat kemaknaan 0,05 dapat dilihat pada kolom *Chi Square* bahwa signifikansi sebesar 0,00 sehingga  $H_0$  ditolak berarti ada pengaruh PHBS santriwan terhadap prevalensi skabies pada santriwan.

Tabel 4.6 Chi Square Test

	Value	df	Asymp. Sig (2-sided)
Pearson Chi-Square	29.436 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	32.387	2	.000
Linear-by-Linear Association	27.929	1	.000
N of Valid Cases	150		

Sumber: Data Primer Terolah

#### 4.2.2 Mengetahui Kekuatan Pengaruh antar variabel dengan Uji Koefisien Kontingensi

Hasil analisis dengan menggunakan *Chi Square Test* diketahui adanya pengaruh antara PHBS santriwan terhadap prevalensi skabies pada santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin, untuk mengetahui kekuatan pengaruh antar variabel digunakan uji koefisien kontingensi, didapat nilai 0,405 berarti terdapat pengaruh kuat antara PHBS santriwan terhadap prevalensi skabies

Tabel 4.7 Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. $\chi^2$	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.405	.062	5.843	.000 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Pearson's R	.433	.067	5.995	.000 <sup>c</sup>
Interval by Interval	Spearman Correlation	.442			.000 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		150			

Sumber: Data Primer Terolah

### 4.3 PEMBAHASAN

#### 4.3.1 PHBS pada Santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin

Hasil penelitian yang dilakukan pada 150 santriwan didapatkan bahwa sebagian besar santriwan memiliki PHBS III (sedang) dan PHBS IV (baik), dan hanya beberapa santriwan saja yang mempunyai PHBS II (kurang), dan tidak ada santriwan yang memiliki PHBS I (buruk). Jumlah santriwan yang memiliki PHBS III (sedang) adalah sebanyak 48,6%, sementara itu jumlah santriwan yang mempunyai PHBS IV (baik) hanya selisih sedikit dibandingkan dengan jumlah santriwan dengan PHBS III (sedang) yaitu sebanyak 45,3 %, sedangkan untuk PHBS II (kurang) hanya sebanyak 6,1% saja. Dari pernyataan tersebut maka dapat ditentukan bahwa PHBS di lingkungan asrama putra Pondok Pesantren Darul Mukhlisin yaitu PHBS III

(sedang). Penentuan klasifikasi PHBS Pondok Pesantren ini berdasarkan jumlah sebagian besar santriwan memiliki PHBS tersebut. Hal ini sudah menunjukkan bahwa sebagian besar santriwan sudah mempunyai perilaku sehat dan bersih dalam kehidupan sehari-harinya. Dari hasil penelitian yang didapat pada jawaban kuesioner PHBS diketahui bahwa di Pondok Pesantren Darul Mukhlisin terdapat penyediaan air yang cukup dan bersih, fasilitas WC, tersedianya sistem pembuangan sampah asrama yang baik, juga terdapat ruang UKS yang memberi pelayanan pertolongan pertama pada santriwan yang sakit dibantu oleh dokter dan perawat puskesmas terdekat. Berdasarkan hasil tersebut tersebut disimpulkan bahwa kondisi lingkungan dan pelayanan kesehatan yang terdapat di asrama putra Pondok Pesantren Darul Mukhlisin adalah baik. Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Budi Endah Rimawardhani 2004 yang menyatakan bahwa lingkungan pesantren tumbuh dalam lingkungan yang kumuh, tempat mandi dan WC yang kotor, lingkungan yang lembab, dan sanitasi buruk.

Hasil penelitian yang dilakukan pada 100 santriwan yang menderita skabies, dapat diketahui bahwa dari 68 santriwan yang mempunyai PHBS IV (baik) sebanyak 44% menderita skabies. Pada tingkat PHBS III (sedang), dari 73 santriwan yang mempunyai PHBS tersebut sebanyak 83,5% menderita skabies. Pada tingkat PHBS II (kurang), dari 9 santriwan yang mempunyai PHBS tersebut semuanya menderita skabies (100%), dan tidak ada santriwan yang mempunyai tingkat PHBS I (buruk). Data ini menunjukkan bahwa pada santriwan yang menderita skabies semakin tinggi PHBS maka semakin menurun prosentase prevalensi skabiesnya, demikian juga sebaliknya semakin rendah PHBS maka semakin meningkat prosentase prevalensi skabiesnya. Hal ini tentunya berhubungan dengan perilaku santriwan yang kurang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat sehingga mereka menderita skabies. Misalnya masih ada santriwan yang tidak teratur mandi dan seringnya bertukar pakaian, sarung maupun barang pribadi lainnya dengan teman sekamarnya.

Hasil penelitian yang dilakukan pada 50 santriwan yang tidak menderita skabies, diketahui bahwa pada tingkat PHBS IV (baik), dari 68 santriwan yang

mempunyai PHBS tersebut sebanyak 55,8% tidak menderita skabies. Pada tingkat PHBS III (sedang), dari 73 santriwan yang mempunyai PHBS tersebut sebanyak 16,4% menderita skabies dan tidak ada santriwan yang memiliki PHBS II (kurang) dan I (buruk). Hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat PHBS maka semakin tinggi pula prosentase santriwan yang tidak menderita skabies, dan semakin rendah tingkat PHBS maka semakin rendah pula prosentase santriwan yang tidak menderita skabies. Santriwan yang tidak menderita skabies ini mempunyai perilaku hidup sehari-hari yang bersih dan sehat, diantaranya adalah kebiasaan mandi yang teratur, tidak saling bertukar pakaian maupun sarung, dan mempunyai sanitasi kamar yang baik. Faktor lain yang turut meningkatkan PHBS adalah adanya intervensi dari tenaga kesehatan yang bersifat promotif dan preventif. Pelayanan promotif, untuk meningkatkan kemandirian dan peran serta santriwan dalam peningkatan kesehatan melalui program penyuluhan dan pendidikan yang berkesinambungan sehingga dicapai tingkatan kemandirian dalam pembangunan kesehatan. Sedangkan pelayanan preventif, untuk menjabarkan cara-cara dan metode pencegahan serta pengendalian penyakit (Herryanto,1999). Kegiatan semacam ini akan meningkatkan pengetahuan santriwan mengenai penyakit skabies sehingga dapat mendukung terciptanya lingkungan kondusif yang dapat memberikan masukan bagi santriwan untuk meningkatkan derajat kesehatan (Niswah, 2006:34).

#### 4.3.2 Prevalensi Skabies pada Santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin

Hasil penelitian pada 150 santriwan yang dilakukan pada Juli – Agustus 2006, terdapat 100 santriwan (66,7%) yang menderita skabies, 50 santriwan (33,3%) sisanya tidak menderita skabies. Hasil tersebut diperoleh berdasarkan kuesioner yang terdiri dari pertanyaan mengenai empat tanda kardinal skabies. Dari hasil kuesioner, diagnosis skabies dapat ditegakkan bila santriwan mempunyai dua atau lebih tanda kardinal tersebut. Hasil penelitian ini di dukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Bayu Chandra yang melakukan penelitian mengenai prevalensi skabies di Pondok Pesantren Mamba'ul Ma'arif yang menyatakan bahwa sebanyak 68 santriwan (68,3%) menderita skabies dari 98 santriwan keseluruhan. Penelitian ini

menunjukkan bahwa prevalensi skabies memiliki angka yang tinggi pada lingkungan dengan populasi yang padat.

Secara garis besar dapat diketahui santriwan yang mengidap skabies adalah santriwan yang berusia antara 14-18 tahun dengan lama tinggal di asrama selama 1-2 tahun dan belatar pendidikan MTS dan MA. Besarnya jumlah penderita skabies pada usia ini bisa disebabkan karena pada usia tersebut adalah fase dimana seorang anak dengan mobilitas dan aktifitas yang tinggi. Pernyataan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Bayu Chandra (2006) yang menyatakan bahwa besarnya jumlah penderita skabies merupakan masalah penting mengingat penyakit ini berhubungan erat dengan sanitasi lingkungan dan perilaku bersih dan sehat tiap santriwan. Meskipun klasifikasi PHBS pada santriwan Darul Mukhlisin cukup baik, ternyata masih memberi peluang skabies tetap ada. Hal ini bisa disebabkan karena padatnya jadwal belajar santriwan tiap harinya. Kegiatan belajar mengajar dibagi dalam dua waktu, yaitu pada pagi hari untuk pelajaran umum, sedangkan pada sore hari hingga menjelang subuh kegiatan belajar ilmu agama Islam, misalnya dengan mengaji kitab kuning dan kegiatan lainnya. Diduga dengan jadwal yang padat seperti ini menyebabkan semakin seringnya kontak antara santriwan satu dengan lainnya. Sehingga sekalipun santriwan sudah memiliki tingkat PHBS yang baik, bila tingkat kontak masih tinggi maka penularan skabies secara langsung yaitu kontak kulit dengan kulit semakin mudah, misalnya dengan berjabat tangan, tidur bersama, bertukar pakaian, sarung dan lain-lain (Djuanda, 2002:120). Penularan skabies secara tidak langsung juga dapat ditularkan melalui sarana umum, misalnya kamar mandi dan kamar tidur (Bayu, 2006:27).

Faktor lingkungan yang turut mempengaruhi besarnya prevalensi skabies pada santriwan adalah kepadatan populasi santriwan dalam asrama. Asrama putra ditempati sebanyak 150 santriwan yang dibagi dalam 12 kamar dengan pembagian yang tidak sama tergantung luasnya kamar. Dalam satu kamar dapat ditempati 10-20 santriwan. Meskipun skabies bukanlah penyakit yang mengancam jiwa, tetapi karena begitu mudahnya penyakit ini menular serta mempunyai gejala yang sangat

mengganggu sehingga peneliti menyadari bahwa penyakit ini dapat menurunkan prestasi dan produktifitas santriwan dalam sistem pembelajaran. Pada penelitian ini ditemukan bahwa skabies merupakan fenomena yang benar-benar terjadi di Pondok Pesantren dan dapat diketahui juga faktor-faktor yang mendukung penyebaran skabies di suatu Pondok Pesantren, diantaranya adalah faktor higiene pribadi yang buruk, ditunjang dengan faktor sosial yang meliputi kepadatan penduduk dan sanitasi lingkungan yang buruk.

#### 4.3.3 Pengaruh PHBS terhadap Prevalensi Skabies

Hasil analisis data untuk mengetahui pengaruh antara PHBS santriwan terhadap prevalensi skabies digunakan *Chi Square test* dengan derajat kemaknaan 0,05 dapat dilihat pada kolom *Chi Square test* bahwa signifikansi sebesar 0,00 sehingga  $H_0$  ditolak berarti terdapat pengaruh antara PHBS santriwan terhadap prevalensi skabies pada santriwan.

Hasil analisis dengan menggunakan *Chi Square Test* diketahui adanya pengaruh antara PHBS santriwan terhadap prevalensi skabies pada santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin, untuk mengetahui kekuatan pengaruh antar variabel digunakan uji koefisien kontingensi, didapat nilai 0,405 berarti terdapat pengaruh kuat antara PHBS santriwan terhadap prevalensi skabies, yaitu semakin tinggi tingkat PHBS maka semakin rendah prevalensi skabies, dan sebaliknya, bila semakin rendah tingkat PHBS maka semakin tinggi prevalensi skabies. Dari hasil penelitian ternyata prevalensi skabies sebesar 66,7% yang sebagian besar memiliki tingkat PHBS III, sehingga jumlah penderita skabies terbanyak pada kelompok santriwan yang memiliki tingkat PHBS tersebut. Dengan demikian terdapat kesenjangan antara hasil analisis statistik dengan kenyataan di lapangan. Hal ini bisa disebabkan karena kurang tepatnya penegakan diagnosis dan pemakaian alat yang kurang lengkap. Selain faktor PHBS ada faktor lain yang dapat meningkatkan prevalensi skabies diantaranya adalah adanya kepadatan populasi dan seringnya kontak antara santriwan satu dengan santriwan lainnya mengingat padatnya jadwal kegiatan di Pondok Pesantren (Soeharsono, 2002:47)



**DAFTAR PUSTAKA**

- Abramson. JH. 2002. *Metode Survey dalam Kedokteran Komunitas*. Jogjakarta:Gadjah Mada University Press.
- Andrews. 2004. *Disease Of The Skin*. Philadelphia: Wb Saunders Company.
- Biosci. 2005. *Treatment of Sarcoptes Scabiei*. <http://www.biosci.edu/sarcoptes.html>. [22 Januari 2006].
- Chandra, Bayu. 2006. *Skabies di Asrama Putra Sunan Ampel Pondok Pesantren Mamba'ul Ma'arif Den Anyar Jombang*. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- Cdc.2005.*Scabies*. [http://www.cdc.gov/foodborneoutbreaks/pulication/recomm\\_farm\\_animal.htm](http://www.cdc.gov/foodborneoutbreaks/pulication/recomm_farm_animal.htm). [22 Januari 2006].
- Dahlan, Sopiudin. 2005. *Besar Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Arkans.
- Dinas Kesehatan. 2006. *Pedoman Pelaksanaan PHBS*. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id). [ 20 Februari 2007].
- Dinas Kesehatan. 2005. *Pengkajian PHBS Tatanan Institusi Tahun 2005*. Probolinggo: Dinas Kesehatan Kabupaten Probolinggo.
- Dinas Kesehatan.2005. *Survey Cepat Phbs Kabupaten Probolinggo Tahun 2005*. Probolinggo:Subdinas dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan.
- Djuanda, Adhi. 2002 *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*.Edisi Ketiga. Jakarta: FKUI.
- Herryanto.2006. *Model Peningkatan Higiene Sanitasi Pondok Pesantren di Kabupaten Tangerang Tahun 2004*. Tangerang. [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id). [20 Februari 2007].
- Idochi, Anwar. 2003. *Dasar-Dasar Statistika* Bandung: IKAPI.
- Kartikeyan, Kalianperumal. 2005. *Treatment of Scabies Never Perspective*. [www.pmjonline.com](http://www.pmjonline.com). [22 Januari 2006].
- Lawrence,Gregor. 2005. *Control of Scabies*. [www.who.int](http://www.who.int). [ 22 Januari 2006].



- Muslimin. 1999. *Skabies di RSUD Dr Kariadi Semarang*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Nilam, Niswah. 2006. *Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Angka Kejadian Scabies pada Santriwati Pondok Pesantren Darus Sholah Jember*. Jember: Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- Notoadmojo, Soekidjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmojo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Redbookonline. 2005. *Summaries of Infectious Disease Scabies*. [www.redbookonline.com](http://www.redbookonline.com). [22 Januari 2006].
- Sastroasmoro, S. 1995. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Schimitdt, Gerald. 2005. *Foundation Of Paracitology*. New York: Mc Grow.
- Soeharsono. 2002. *Zoonosis*. Yogyakarta: Kanisius.
- Southwick, Frederick. 2003. *Infection Disease 30 Days*. United State: Mc Grow Hill.
- Suhariyanto, Bambang. 2003. *Penyakit Menular Seksual*. Jember: Universitas Jember.
- Wahjoetomo. 1997. *Perguruan Tinggi Pesantren Pendidikan Alternatif Masa Depan*. Jakarta: Gema Insani Press.

## LAMPIRAN A

### Sasaran PHBS

NO	RUANG LINGKUP	SASARAN		
		Primer	Sekunder	Tersier
1.	Rumah Tangga	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ibu</li> <li>▪ semua anggota keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kepala Keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kepala Desa</li> <li>▪ Tokoh Masyarakat</li> </ul>
2.	Institusi Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seluruh siswa</li> <li>▪ Orang tua siswa</li> <li>▪ Masyarakat sekitar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guru,</li> <li>▪ Karyawan sekolah,</li> <li>▪ OSIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pimpinan Sekolah</li> <li>▪ Pimpinan Yayasan</li> </ul>
3.	Institusi Kesehatan			
	a. Rumah Sakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Petugas kesehatan (baik petugas medis/non medis)</li> <li>▪ Petugas kesehatan di RS (petugas medis/non medis)</li> <li>▪ Pengunjung rumah sakit</li> <li>▪ Masyarakat yang tinggal di sekitar RS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direktur RS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bupati/Walikota</li> <li>▪ Bappeda</li> <li>▪ Kepala/Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota</li> <li>▪ Camat</li> </ul>
	b. Puskesmas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengunjung Puskesmas</li> <li>▪ Masyarakat yang tinggal di sekitar Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kepala Puskesmas</li> <li>▪ Karyawan Puskesmas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bupati/Walikota/Bappeda</li> <li>▪ Kepala/Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota</li> <li>▪ Camat</li> <li>▪ Organisasi Profesi seperti : IDI, PDGI, PPNI, IBI, PERSI, IAKMU, dll</li> </ul>

4.	Tempat-tempat Keja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pegawai, karyawan</li> <li>▪ Para tamu</li> <li>▪ Masyarakat sekitar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengurus serikat pekerja,</li> <li>▪ Pejabat atau staff senior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pimpinan/Manajer perusahaan/pabrik</li> </ul>
5.	Tempat-tempat Umum			
	a. Tempat Ibadah	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jamaah</li> <li>▪ Pemelihara/pengelola</li> <li>▪ Remaja tempat ibadah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengelola / pengurus</li> <li>▪ LSM Agama</li> <li>▪ Staf Pemda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bupati/Walikota</li> <li>▪ Ketua DPRD</li> </ul>
	b. Warung Makan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsumen</li> <li>▪ Pengelola (pramusaji)</li> <li>▪ Masyarakat pengunjung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemilik Warung</li> <li>▪ Pengurus PHRI</li> <li>▪ Staf Pemda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bupati/Walikota</li> <li>▪ DPRD</li> </ul>
	c. Pasar	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pembeli</li> <li>▪ Pedagang</li> <li>▪ Petugas kebersihan, keamanan pasar</li> <li>▪ Gelandang dan pengemis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kepala Pasar</li> <li>▪ Kepala Keamanan</li> <li>▪ Kepala Kebersihan</li> <li>▪ Semua karyawan pasar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bupati/Walikota</li> <li>▪ Ketua PRD</li> <li>▪ Kepala Dinas Pasar</li> </ul>
6.	Pondok Pesantren	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para santri</li> <li>▪ Pengunjung pesantren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengelola</li> <li>▪ Pengurus</li> <li>▪ Pembina</li> <li>▪ Pengajar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bupati/Walikota</li> <li>▪ Ketua DPRD</li> <li>▪ Departemen Agama</li> <li>▪ LSM / LSCM</li> </ul>

Sumber: Dinas Kesehatan, 2005

LAMPIRAN B

Indikator PHBS pada Pondok Pesantren

No	Indikator	Indikator Input	Indikator OutPut
1.	Kebersihan perorangan (badan, pakaian dan kuku)	Badan pakaian dan kuku santri/pengelola pesantren dalam keadaan bersih.	Pakaian dan badan bebas dari kotoran / kotoran hitam disekitar kuku dan pendek
2.	Penggunaan air bersih	Digunakan air bersih oleh santri dan pengelola pesantren	Air bersih digunakan untuk makan, minum, cuci oleh santri dan pengelola pesantren.
3.	Kebersihan tempat wudhu	Seluruh santri dan pengelola pesantren menggunakan sarana tempat wudhu yang bersih	Saran tempat wudhu yang digunakan dalam keadaan bersih dan memenuhi syarat
4.	Penggunaan jamban	Jamban digunakan bersih dan tidak berbau	Jamban digunakan oleh santri dan pengelola pesantren
5.	Kebersihan asrama dan halaman	Di ruangan dan halaman pasar selalu dalam keadaan bersih dan bebas sampah	Sampah ditampung dan dibuang di tempat pembuangan sampah.
6.	Kebersihan ruang belajar	Ruang belajar selalu dalam keadaan bersih dan bebas sampah	Sampah ditampung dan dibuang ditempat yang semestinya
7.	Adanya kader UKS	Ada kader UKS yang sudah dilatih dan berfungsi di pesantren	Terdapat kader UKS yang terampil dalam melaksanakan kegiatan UKS di lingkungan pesantren
8.	Kegiatan kader UKS	Kegiatan kader UKS dapat mendukung terciptanya lingkungan pesantren sehat.	Pesantren selalu dalam keadaan bersih dan sehat dengan kegiatan kader KS yang terampil

9.	Bak penampungan air bebas jentik	Digunakan bak penampungan air yang bebas jentik	Bak penampungan yang bersih /bebas lumpur, jentik dan lumut serta dikuras minimal 1 minggu sekali
10.	Penggunaan garam beryodium	Menggunakan garam beryodium dalam setiap masakan	Masakan yang disiapkan untuk santri dan pengelola selalu menggunakan garam beryodium
11.	Makanan bergizi seimbang	Mengonsumsi makanan bergizi minimal 3 jenis makanan per hari	Semua santri dan pengelola mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang minimal sekali untuk 3 jenis makanan per hari.
12.	Pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan	Mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu	Pelayanan kesehatan memuaskan bagi pasien/pelanggan
13.	Gaya hidup tidak merokok	Tidak ada santri dan pengelola yang merokok	Lingkungan pesantren bebas asap rokok dan kawasan bebas asap rokok
14.	Gaya hidup sadar AIDS	Mengetahui cara pencegahan dan penularan AIDS	Dapat menyebutkan 2 cara pencegahan dan penularan AIDS
15.	Peserta JPKM atau asuransi kesehatan lainnya	Membayar premi/iuran secara teratur	Biaya yang dibayarkan pada jangka waktu yang telah ditentukan sesuai kesepakatan antara santri dan pengelola

Sumber: Dinas Kesehatan, 2005

LAMPIRAN C

INFORM CONSENT

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Bertempat tinggal di kamar :

Bersedia untuk menjadi sampel dalam penelitian observasional analitik yang berjudul: "PENGARUH PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT TERHADAP PREVALENSI SKABIES PADA SANTRIWAN PONDOK PESANTREN DARUL MUKHLASIN" dan bersedia untuk mengisi kuesioner.

Probolinggo,.....2006

(.....)

## KUESIONER

Kuesioner untuk prevalensi skabies:

1. Apakah anda mempunyai penyakit kulit ?
  - a. Ya
  - b. Tidak
2. Bila **Ya**, apakah rasa gatal biasanya pada malam hari?
  - a. Ya
  - b. Tidak
3. Apakah pada rasa gatal-gatal tersebut pada sela-sela jari tangan, pergelangan tangan, siku tangan, kaki, daerah kemaluan, pantat, atau ketiak?
  - a. Ya
  - b. Tidak
4. Apakah ada teman dekat atau teman sekamar Anda yang juga mempunyai penyakit kulit yang sama dengan Anda?
  - a. Ya
  - b. Tidak

### PEDOMAN PERNYATAAN PHBS TATANAN PONDOK PESANTREN

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah pakaian dan badan bersih serta kuku bersih pendek (Mandi sehari 2 kali dan memotong kuku secara teratur 1 minggu sekali)		
2.	Apakah selalu menggunakan air bersih (Sumber air bersih : PDAM atau sumber air bersih lainnya)		
3.	Apakah tempat wudhu dalam keadaan bersih (Tempat wudhu memenuhi syarat dan tidak kotor)		
4.	Apakah santri dan pengelola buang air besar di jamban (Jamban yang digunakan bersih dan tidak berbau)		
5.	Apakah Asrama dan halaman dalam keadaan bersih		

	(Tidak ada sampah berserakan)		
6.	Apakah ruang belajar selalu bersih (Kondisi ruang belajar : memenuhi syarat dan ditata rapi dan bersih)		
7.	Apakah ada santri yang pernah dilatih menjadi kader UKS (Kepengurusan UKS)		
8.	Apakah ada kegiatan UKS di lingkungan pesantren (Buku laporan kegiatan UKS)		
9.	Apakah tersedia bak penampungan air bersih (Bebas lumpur, jentik nyamuk dan lumut)		
10.	Apakah santri selalu menggunakan garam beryodium dalam memasak ( Garam : disimpan di tempat yang tertutup dan kering)		
11.	Apakah santri mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang (Tersedia minimal 3 jenis makanan yang bergizi seimbang)		
12.	Pemeriksaan kesehatan dilakukan bila ada santri yang membutuhkan (rumah sakit, puskesmas, pusku, polindes, dokter, dll.)		
13.	Apakah santri dan pengelola tidak ada yang merokok di lingkungan pesantren (apa ada puntung rokok, asbak dan bau asap rokok)		
14.	Apakah santri dan pengelola pernah mendengar informasi tentang AIDS (menjelaskan 2 cara pencegahan, penularan AIDS)		
15.	Apakah santri menjadi peserta JPKM (JPKM, Aseks, Astek dan asuransi kesehatan lainnya)		

Sumber: Dinas Kesehatan, 2005



**LAMPIRAN D. HASIL PENELITIAN**

**D.1 Distribusi Jawaban Kuesioner untuk Menentukan Diagnosis Skabies**

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anda mempunyai penyakit kulit	122	38
2.	Bila <b>Ya</b> , apakah rasa gatal biasanya pada malam hari	100	50
3.	Apakah pada rasa gatal-gatal tersebut pada sela-sela jari tangan, pergelangan tangan, siku tangan, kaki, daerah kemaluan, pantat, atau ketiak	100	50
4.	Apakah ada teman dekat atau teman sekamar Anda yang juga mempunyai penyakit kulit yang sama dengan Anda	100	50

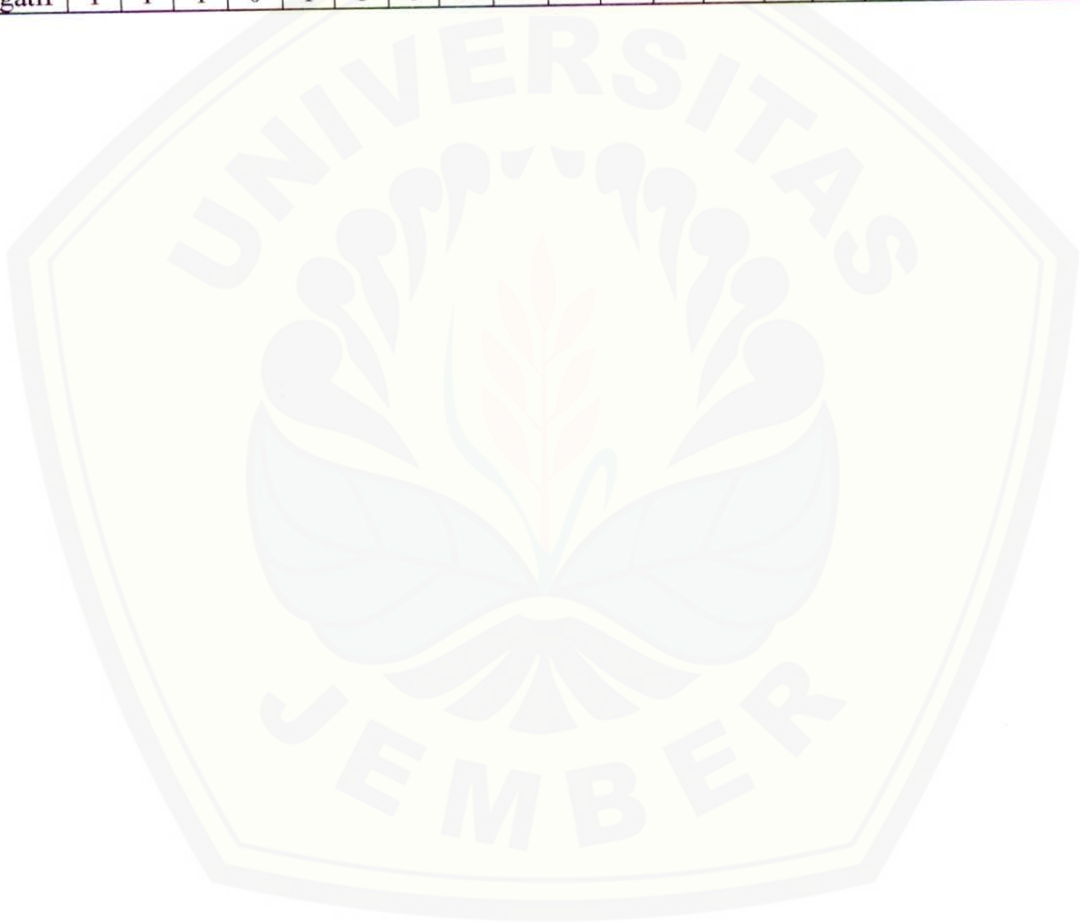
**D.2 Rekapitulasi Hasil Pemantauan Phbs Tatanan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin Kecamatan Tegalsiwalan, Kabupaten Probolinggo**

NO	Skabies	Indikator PHBS															Jumlah	Klasifikas PHBS
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
1	Positif	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	9	III
2	Positif	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	7	II
3	Positif	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	10	IV
4	Positif	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	10	IV
5	Positif	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	8	III
6	Positif	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	7	III
7	Positif	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	8	III
8	Positif	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	II
9	Positif	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
10	Positif	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	11	IV
11	Positif	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	III
12	Negatif	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	10	IV
13	Negatif	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	7	III
14	Negatif	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	10	IV
15	Negatif	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	11	IV
16	Negatif	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	11	IV
17	Negatif	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	10	IV
18	Negatif	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	11	IV
19	Negatif	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	10	IV
20	Negatif	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	7	III
21	Positif	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	7	III
22	Positif	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
23	Positif	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	9	III
24	Positif	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
25	Positif	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
26	Positif	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	7	III
27	Positif	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	7	III
28	Positif	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	5	II
29	Positif	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	9	III
30	Positif	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	10	IV
31	Positif	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	7	III
32	Positif	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	10	IV
33	Positif	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	III
34	Positif	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
35	Positif	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	9	III
36	Positif	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	9	III
37	Positif	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	8	III
38	Positif	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	II
39	Positif	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	10	IV
40	Positif	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	8	III
41	Negatif	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	8	III

42	Negatif	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	10	IV
43	Negatif	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
44	Negatif	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	10	IV
45	Negatif	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	11	IV
46	Positif	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	III
47	Positif	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	8	III
48	Positif	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	12	IV
49	Positif	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	7	III
50	Positif	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	7	III
51	Positif	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	10	IV
52	Positif	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	7	III
53	Positif	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	8	III
54	Negatif	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	8	III
55	Negatif	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
56	Negatif	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
57	Negatif	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	9	III
58	Negatif	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	11	IV
59	Negatif	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	11	IV
60	Negatif	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	11	IV
61	Negatif	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	10	IV
62	Negatif	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	10	IV
63	Negatif	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	10	IV
64	Negatif	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	11	IV
65	Negatif	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	11	IV
66	Negatif	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	10	IV
67	Negatif	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	11	IV
68	Negatif	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	10	IV
69	Negatif	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	10	IV
70	Negatif	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	10	IV
71	Negatif	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	8	III
72	Negatif	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	10	IV
73	Negatif	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	10	IV
74	Negatif	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	10	IV
75	Negatif	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	7	III
76	Negatif	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	11	IV
77	Negatif	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
78	Positif	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	10	IV
79	Positif	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	10	IV
80	Positif	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	5	II
81	Positif	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	7	III
82	Positif	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	7	III
83	Positif	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	10	IV
84	Positif	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	7	III
85	Positif	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	9	III
86	Positif	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	10	IV
87	Positif	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	10	IV
88	Positif	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	11	IV
89	Positif	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III

90	Positif	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
91	Positif	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	11	IV
92	Positif	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	5	II
93	Positif	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	11	IV
94	Positif	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	8	III
95	Positif	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	9	III
96	Positif	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
97	Positif	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	7	III
98	Negatif	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	8	III
99	Negatif	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	10	IV
100	Negatif	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	11	IV
101	Positif	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	10	IV
102	Positif	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	11	IV
103	Positif	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	8	III
104	Positif	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	8	III
105	Positif	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	9	III
106	Positif	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	5	II
107	Positif	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	7	III
108	Positif	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	8	III
109	Positif	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	7	III
110	Positif	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	9	III
111	Positif	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	9	III
112	Positif	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	7	III
113	Positif	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	10	IV
114	Positif	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	9	III
115	Positif	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	7	III
116	Positif	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	10	IV
117	Positif	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	7	III
118	Positif	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	II
119	Positif	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	11	IV
120	Positif	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	7	III
121	Positif	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	8	III
122	Positif	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	11	IV
123	Positif	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	11	IV
124	Positif	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	II
125	Positif	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	8	III
126	Positif	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	10	IV
127	Positif	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	8	III
128	Positif	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	7	III
129	Positif	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	8	III
130	Positif	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	10	IV
131	Negatif	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	10	IV
132	Negatif	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	7	III
133	Negatif	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	11	IV
134	Negatif	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	11	IV
135	Positif	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	10	IV
136	Positif	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	10	IV
137	Positif	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	9	III

138	Positif	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	10	III
139	Positif	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	II
140	Positif	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	7	III	
141	Positif	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	10	IV
142	Positif	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	7	III
143	Positif	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	10	IV
144	Negatif	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	11	IV
145	Negatif	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	7	III
146	Negatif	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	10	IV
147	Negatif	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	11	IV
148	Negatif	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	10	IV
149	Negatif	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	10	IV
150	Negatif	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	9	IV



Lampiran E

**Analisis Statistik  
Chi Square dan Uji Kontingensi**

**Frequency Table**

**PHBS**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	9	6.0	6.0	6.0
	Sedang	73	48.7	48.7	54.7
	Baik	68	45.3	45.3	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

**Skabies**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	100	66.7	66.7	66.7
	Negatif	50	33.3	33.3	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

**Crosstabs**

**PHBS \* Skabies Crosstabulation**

		Skabies		
		Positif	Negatif	Total
PHBS	Kurang	Count	9	9
		% of Total	6.0%	6.0%
	Sedang	Count	61	73
		% of Total	40.7%	48.7%
	Baik	Count	30	68
		% of Total	20.0%	45.3%
Total	Count	100	150	
	% of Total	66.7%	100.0%	

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29.436 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	32.387	2	.000
Linear-by-Linear Association	27.929	1	.000
N of Valid Cases	150		

a. 1 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.00.

## Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.405			.000
Interval by Interval	Pearson's R	.433	.062	5.843	.000 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.442	.067	5.995	.000 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		150			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

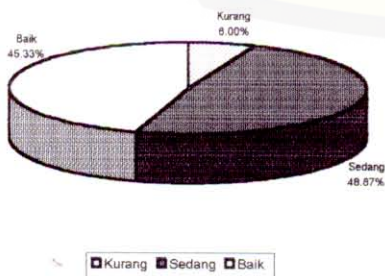
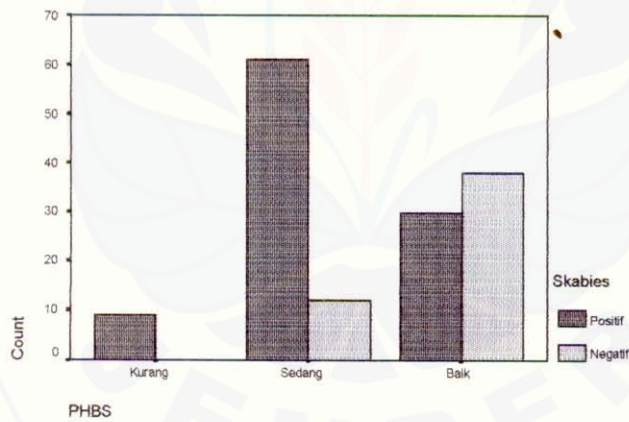


Diagram PHBS

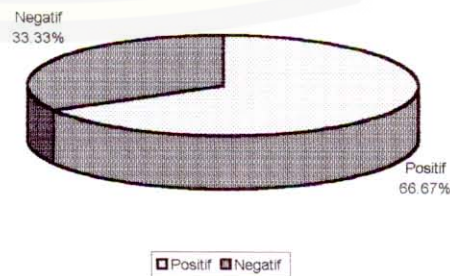


Diagram Prevalensi Skabies

**LAMPIRAN F. Profil Pondok Pesantren Darul Mukhlisin**

1. Sekolah Pondok Pesantren Darul Mukhlisin



2. Masjid Pondok Pesantren Darul Mukhlisin





3. Santriwan Pondok Pesantren Darul Mukhlisin



4. Asrama Putra Pondok Pesantren Darul Mukhlisin



5. Asrama Putra Pondok Pesantren Darul Mukhlisin



6. Suasana dalam Kamar Asrama Santriwan



7. Tempat Wudhu



8 Kamar Mandi

