



**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI DENGAN KEPATUHAN
BEROBAT PASIEN TB PARU DI RS PARU JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Nurnisaa Primadiah
NIM 072010101011**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2012**



**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI DENGAN KEPATUHAN
BEROBAT PASIEN TB PARU DI RS PARU JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Pendidikan Dokter Strata Satu (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

Nurnisaa Primadiah
NIM 07201010111

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2012

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda dyah purnama kusuma dan Ayahanda premedi yang tercinta;
2. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi;
3. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.



MOTO

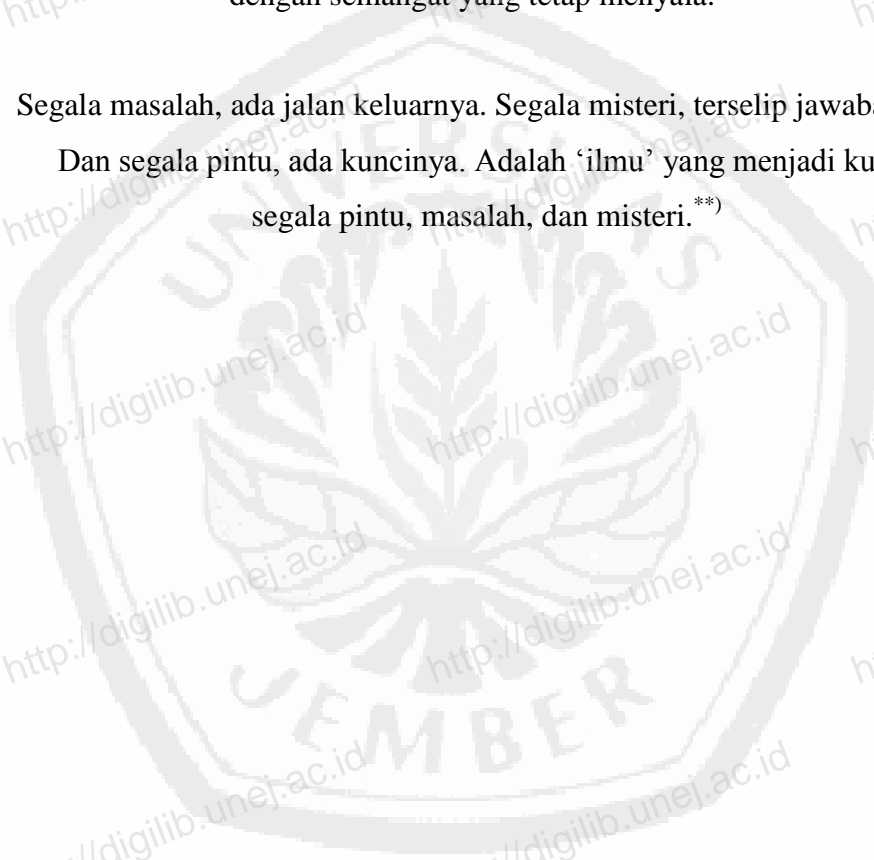
Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antara kamu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat.

(terjemahan Surat *Al-Mujadalah* ayat 11)^{*)}

Hanya orang yang hebat yang berani mencoba kembali meski berulang jatuh dengan semangat yang tetap menyala.^{**)}

Segala masalah, ada jalan keluarnya. Segala misteri, terselip jawabannya.

Dan segala pintu, ada kuncinya. Adalah 'ilmu' yang menjadi kunci segala pintu, masalah, dan misteri.^{**)}



^{*)} Departemen Agama Republik Indonesia. 1998. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo.

^{**)} Brata, A. 2011. *Spiritual Building Values*. Solo: Tinta Medina.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nurnisaa Primadiah

NIM : 072010101066

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “*Hubungan Karakteristik Demografi dengan Kepatuhan berobat Pasien TB Paru di RS Paru Jember*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan 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 ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 22 Mei 2012

Yang menyatakan,

Nurnisaa Primadiah

NIM. 072010101011

SKRIPSI

**HUBUNGAN KARAKTERISTIK DEMOGRAFI DENGAN KEPATUHAN
BEROBAT PASIEN TB PARU DI RS PARU JEMBER**

Oleh
Nurnisaa Primadiah
NIM 072010101011

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. M Hasan, M Kes, Sp OT.

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Angga Mardro Raharjo



PENGESAHAN

Skripsi berjudul "*Hubungan Karakteristik Demografi Dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru di RS Paru Jember*" telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Senin, 11 Juni 2012

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Tim Penguji:

Ketua/Penguji I,

Sekretaris/Penguji II,

dr. Heni Fatmawati, M. Kes
NIP 1976021200501 2 001

dr. Irawan Fajar Kusuma
NIP 19810303 200604 1 003

Anggota/Penguji III

Anggota/Penguji IV

dr. M Hasan, M. Kes., Sp. OT
NIP 19690411 199903 1 001

dr. Angga Mardro Raharjo
NIP 19800305 200812 1 002

Mengesahkan
Dekan,

dr. Enny Suswati, M.Kes
NIP 19700214 199903 2 001

RINGKASAN

Hubungan Karakteristik Demografi dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru di RS Paru Jember; Nurnisaa Primadiah, 072010101011; 2011: 73 halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Terdapat peningkatan jumlah pasien TB (Tuberkulosis) paru yang terus meningkat dari tahun ke tahun di Indonesia. Meningkatnya prevalensi TB paru berhubungan dengan berbagai faktor, diantaranya yaitu kemiskinan negara berkembang, perubahan demografik karena meningkatnya penduduk dan perubahan struktur umur kependudukan. Oleh karena itu dalam penelitian ini, peneliti berusaha mencari tahu hubungan karakteristik demografi dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di RS Paru Jember. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan tindakan pencegahan atau penanganan yang lebih efektif dalam upaya menurunkan angka insidensi TB paru.

Jenis penelitian ini adalah penelitian dengan pendekatan *cross sectional*. Lokasi penelitian di RS Paru Jember dengan jumlah sampel 135. Data ini diperoleh dari penelitian dengan metode pengumpulan data rekam medis diagnosa TB paru. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi yang terdiri dari jenis kelamin, usia dan tempat tinggal. Sedangkan variabel terikat adalah kepatuhan berobat pasien TB paru. Untuk mengetahui hubungan antar variabel bebas dan terikat maka menggunakan uji statistik *Chi Square* dan Uji regresi logistik sederhana untuk beberapa variabel bebas dengan variabel terikat kategorik dikotomik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien berjenis kelamin laki-laki (59,26%), umur kurang dari 30 tahun (34,81%), tempat tinggal berjarak lebih dari 5 Km (42,96%). Sedangkan kelompok tidak patuh berobat adalah jenis kelamin laki-laki yaitu 43 orang (69,36%), umur lebih dari 45 (46,77%), tempat tinggal berjarak lebih dari 5 Km (59,68%). Hasil pengolahan

data menggunakan *Chi Square* menunjukkan tingkat signifikansi usia sebesar 0,004, jenis kelamin 0,028, tempat tinggal 0,000. Tingkat signifikansi tersebut lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ yang menunjukkan adanya hubungan karakteristik demografi dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di RS Paru Jember. Hasil penelitian menggunakan uji regresi logistik menunjukkan jarak tempat tinggal pasien TB paru dengan unit pelayanan kesehatan memiliki tingkat signifikansi paling tinggi yaitu 0,002 OR 1,109. Sehingga dapat disimpulkan jarak memiliki hubungan yang sangat signifikan dibandingkan faktor usia dan jenis kelamin dalam mempengaruhi kepatuhan berobat pasien TB paru di RS Paru Jember.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut maka peneliti menyarankan kepada semua lapisan masyarakat khususnya pada kelompok karakteristik demografi yang cenderung tidak patuh dalam menjalani pengobatan sebaiknya meningkatkan informasi, serta meningkatkan kepatuhan berobat dan menurunkan kasus *drop out*. Pemerintah dan swasta sebaiknya meningkatkan pelayanan serta membangun unit pelayanan kesehatan yang lebih merata dan terjangkau sehingga diharapkan penderita dapat sembuh dan mengurangi tingkat penularan.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah Swt. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Karakteristik Demografi dengan Kepatuhan berobat pasien TB Paru di RS Paru Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. dr. Enny Suswati, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember yang telah memberikan dukungan dalam pembuatan skripsi ini;
2. dr. M Hasan, M.Kes, Sp OT selaku Dosen Pembimbing Utama, dr. Angga Mardro Raharjo.
3. dr. Heni Fatmawati, M.Kes selaku penguji utama, dr. Irawan Fajar Kusuma
4. dr. Alif Mardijana, Sp.Kj selaku Dosen Pembimbing Akademik
5. Bapak/Ibu sekeluarga yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesaikannya skripsi ini;
6. Sahabatku Mega Nur yang telah memberi dorongan/semangat;
7. Temanku Sityo Deby Prayogo telah memberi dorongan/semangat;
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

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

Jember, Mei 2012

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.5 Keterbatasan Penelitian	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Karakteristik Demografi	5
2.1.1 Definisi Karakteristik Demografi.....	5
2.1.1.1 Jenis Kelamin.....	5
2.1.1.2 Usia.....	6
2.1.1.3 Tempat tinggal.....	6
2.2 Penyakit TB Paru	6

2.2.1 Pengertian TB Paru.....	6
2.2.2 Epidemiologi.....	7
2.2.3 Patogenesis TB Paru.....	7
2.2.4 Klasifikasi TB Parudan Tipe Pasien.....	8
2.2.5 Klinis TB Paru.....	10
2.2.6 Diagnosis TB Paru.....	15
2.2.7 Pengobatan TB Paru.....	16
2.2.8 Komplikasi obat TB Paru.....	19
2.3 Kepatuhan Berobat.....	19
2.4 Kerangka Konseptual Penelitian.....	21
2.5 Hipotesis Penelitian.....	22
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	23
3.1 Jenis Penelitian.....	23
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	23
3.3 Identifikasi Variabel Penelitian.....	23
3.3.1 Variabel Bebas.....	23
3.3.2 Variabel Tergantung.....	23
3.4 Definisi Operasional Variabel.....	24
3.4.1 Definisi Operasional Variabel Bebas.....	24
3.4.2. Definisi Operasional Variabel Tergantung.....	24
3.5 Populasi dan Sampel.....	25
3.6 Alat Penelitian.....	25
3.7 Prosedur Penelitian.....	25
3.8 Teknik Analisa data.....	26
3.9 Alur Penelitian.....	27
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	28
4.1 Hasil Penelitian.....	28
4.2 Pembahasan.....	32
BAB 5. PENUTUP	39
5.1 Kesimpulan.....	39
5.2 Saran	39

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Paduan OAT untuk kategori 1.....	15
2.2 Paduan OAT untuk kategori 2.....	16
2.3 Paduan OAT sisipan.....	16
2.4 Paduan OAT untuk kategori anak.....	17
4.1 Distribusi pasien TB paru berdasar jenis kelamin pada kelompok patuh berobat dan <i>drop out</i> dalam berobat.....	28
4.2 Distribusi pasien TB paru berdasar usia pada kelompok patuh berobat dan <i>drop out</i> dalam berobat.....	29
4.3 Distribusi pasien TB paru berdasar golongan jaraktempat tinggal dengan RS Paru jember pada kelompok patuh berobat dan <i>drop out</i> dalam berobat.....	30

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Diagnosis TB paru.....	13
2.2 Kerangka konseptual.....	18
3.1 Alur Penelitian.....	24



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A Data Penelitian.....	44
B Hasil analisis bivariat dengan <i>Chi-Square</i>	48
C Hasil analisis multivariat dengan regresi logistik.....	52



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit Tuberkulosis paru (TB paru) saat ini merupakan masalah kesehatan penting bagi masyarakat. Hasil survei prevalensi TB paru di Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa angka prevalensi TB BTA (Bakteri Tahan Asam) positif secara nasional 110 setiap 100.000 penduduk dan diperkirakan terdapat penyakit TB paru menular sebanyak 500.000 setiap tahun. Penyebab utama meningkatnya beban masalah TB paru antara lain kemiskinan negara berkembang, perubahan demografik karena meningkatnya penduduk dan perubahan struktur umur kependudukan. Karena itu, jumlah kasus TB paru meningkat dan banyak yang tidak berhasil di sembuhkan, terutama pada negara dengan masalah TB paru terbesar (*high burden countries*) seperti Indonesia, maka WHO mencanangkan TB paru sebagai masalah kedaruratan (*global emergency*) (Depkes RI, 2007).

Di wilayah kerja Rumah Sakit Jember, jumlah penderita TB paru dengan (BTA) negatif menduduki peringkat pertama dari 10 besar penyakit yang dirawat di Rumah Sakit Paru Jember dengan jumlah penderita 51,59% dari total penderita TB paru, sedangkan untuk penderita TB paru dengan (BTA) positif menduduki peringkat ke dua dengan jumlah penderita sebanyak 26,30%. Jumlah tersebut menunjukkan masih banyaknya penderita TB paru yang ada di Jember (Profil RS Paru Jember, 2005).

Jumlah penderita TB paru di Kabupaten Jember pada tahun 2005 yang terdeteksi oleh Dinkes Jember adalah 1.791 kasus, dan masih banyak ditemukan penderita yang tidak patuh berobat (Dinkes Jember, 2005).

Walaupun telah diketahui obat-obat untuk mengatasi TB dan penyakit TB dapat disembuhkan dengan obat-obat TB misalnya *isoniazid* dan *rifampisin*, penanggulangan dan pemberantasnya sampai saat ini belum memuaskan. Angka *drop out* (mangkir, tidak patuh berobat) yang tinggi, pengobatan tidak adekuat, dan resistensi terhadap Obat Anti Tuberculosis (OAT) yaitu MDR (*Multi drug Resistance*) TB merupakan kendala utama yang sering terjadi dalam pengendalian

TB dan merupakan tantangan terhadap program pengendalian TB. MDR TB terjadi bila penderita putus berobat atau tidak patuh berobat sebelum masa pengobatan selesai. Pasien TB dikatakan putus berobat atau tidak patuh apabila telah menjalani pengobatan selama satu bulan atau lebih kemudian menghentikan pengobatan selama dua bulan atau lebih. Sebaliknya, pasien TB dikatakan patuh apabila melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh profesional kesehatan (Primasari, 2010).

MDR TB merupakan penyakit TB yang telah mengalami resistensi terhadap *isoniazid* (INH) dan *rifampisin* serta salah satu atau lebih OAT berdasar pemeriksaan laboratorium yang terstandar. Estimasi jumlah kasus MDR TB di dunia mencapai 440.000 pada tahun 2008. Indonesia berada pada urutan ke delapan dari dua puluh tujuh negara dengan kasus MDR TB.

Panduan obat TB membutuhkan waktu panjang (6 – 8 bulan) untuk mencapai penyembuhan dan dengan panduan (kombinasi) beberapa macam obat, sehingga tidak jarang pasien berhenti minum obat sebelum masa pengobatan selesai yang berakibat kegagalan dalam pengobatan TB. WHO menerapkan strategi DOTS (*Direct Observed Treatment Shortcourse*) dalam manajemen penderita TB, untuk menjamin pasien menelan obat dilakukan pengawasan langsung oleh Pengawas Minum Obat (PMO). Dengan strategi DOTS angka kesembuhan penderita TB lebih dari 85%. Walaupun demikian angka penderita putus berobat tetap tinggi (Primasari, 2010).

Penderita putus berobat perlu diwaspadai, karena penderita tersebut masih cukup potensial menularkan basil TB pada individu sehat. Penyakit TB paru merupakan penyakit yang mudah ditularkan melalui saluran pernafasan atau sputum mengandung basil TB. Dari gambaran tersebut cukup jelas bahwa kepatuhan pasien untuk berobat sangat diharapkan, karena ketidakpatuhan pasien akan meningkatkan resiko berkembangnya masalah kesehatan atau memperpanjang bahkan memperburuk keadaan penderita (Smet, 1994).

Kepatuhan adalah tingkat perilaku penderita dalam pengobatan. Perilaku pengobatan pasien TB paru dipengaruhi oleh faktor-faktor yang saling berinteraksi, yaitu : 1) faktor predisposisi (pasien TB); 2) faktor pemungkin (obat

dan fasilitas kesehatan); 3) faktor penguat (sikap keluarga dan tenaga kesehatan). Faktor predisposisi adalah gambaran bahwa setiap individu memiliki kecenderungan yang berbeda dalam berobat. Faktor predisposisi yang mempengaruhi kepatuhan berobat yaitu demografi, sosial, ekonomi, kultural, dan pendidikan. Demografi pasien TB paru merupakan faktor predisposisi gambaran ciri individu yang melekat dalam diri penderita TB paru. Faktor demografi terdiri atas umur, jenis kelamin dan jarak tempat tinggal merupakan indikator derajat kesehatan, kesakitan, terutama pengobatan. Sehingga, faktor demografi dapat mempengaruhi kepatuhan berobat pasien TB paru (Notoatmodjo, 2007).

Penulis melakukan penelitian di Rumah Sakit Paru Jember, untuk mengetahui hubungan antara karakteristik demografi dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di Rumah Sakit Paru Jember. Rumah Sakit Paru Jember dipilih sebagai tempat penelitian, karena Rumah Sakit Paru merupakan Rumah Sakit yang melayani penyakit paru terutama TBC untuk wilayah Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka disusun rumusan masalah sebagai berikut: Apakah ada hubungan antara karakteristik demografi dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru di RS Paru Jember ?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, selanjutnya dirumuskan tujuan penelitian sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara karakteristik demografi dengan kepatuhan berobat pada pasien TB paru.

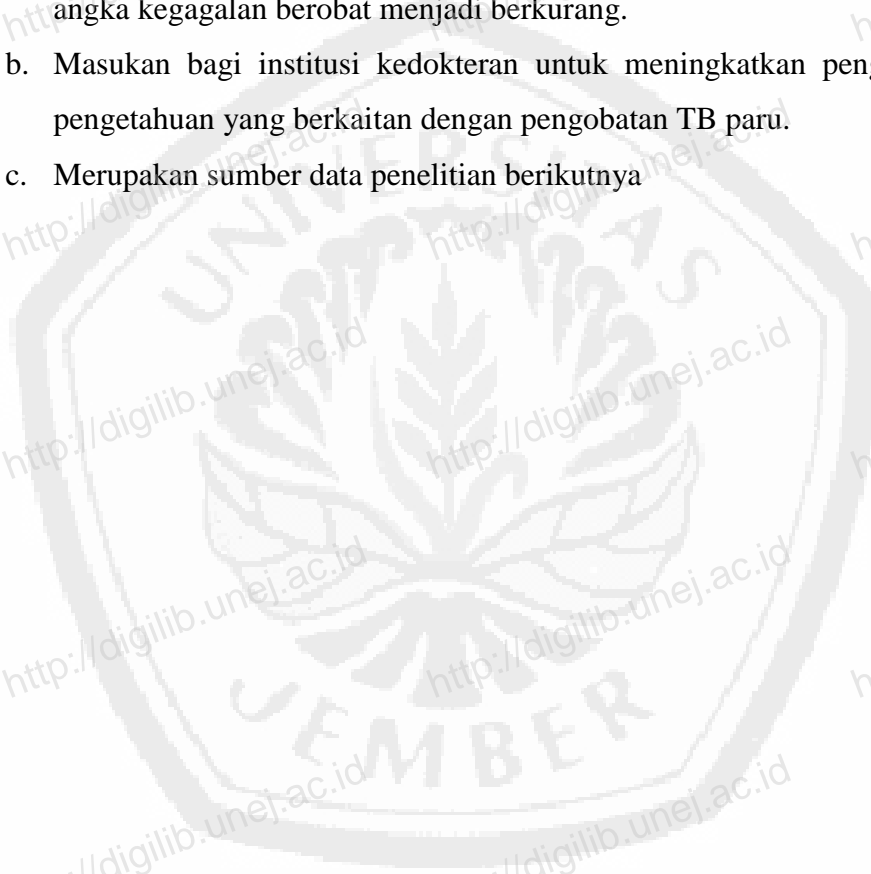
1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui hubungan jenis kelamin dengan kepatuhan berobat pasien TB paru.
- b. Mengetahui hubungan usia dengan kepatuhan berobat pasien TB paru.
- c. Mengetahui hubungan jarak tempat tinggal dengan kepatuhan berobat pasien TB paru.

1.4 Manfaat Penelitian

Melalui hasil penelitian ini diharapkan memperoleh beberapa masukan pengetahuan dan teori sebagai berikut:

- a. Memberikan informasi bagi institusi pelayanan kesehatan pada umumnya dan Rumah Sakit Paru Jember khususnya dalam mengolah, memberikan penyuluhan dan pengawasan pada kriteria tertentu pasien TB paru terutama pada aspek ketaatan dalam menjalankan pengobatan, sehingga angka kegagalan berobat menjadi berkurang.
- b. Masukan bagi institusi kedokteran untuk meningkatkan pengembangan pengetahuan yang berkaitan dengan pengobatan TB paru.
- c. Merupakan sumber data penelitian berikutnya



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Karakteristik Demografi

2.1.1 Definisi Karakteristik Demografi

Karakteristik adalah ciri khas (Purwadarminto, 1997). Demografi berasal dari kata *demos* yang berarti rakyat dan *graphos* yang berarti menggambar atau menulis. Demografi adalah riwayat alam dan sosial dari manusia atau ilmu matematika mengenai penduduk (statis) dan mempelajari perubahan yang dialaminya (dinamis), misalnya usia (Supadi, 2000). Karakteristik demografi meliputi, jenis kelamin, usia dan tempat tinggal.

Penelitian ini mengkaji tiga aspek di atas yang mempengaruhi kepatuhan berobat pasien TB paru. Pengaruh dari tiga aspek ini menghasilkan perubahan tingkah laku dalam pengobatan berupa perilaku melaksanakan pengobatan sesuai dengan anjuran yang telah diinformasikan oleh pihak medis atau tidak mematuhi anjuran tersebut.

2.1.1.1 Jenis kelamin

Pasien laki-laki dan perempuan memiliki sedikit perbedaan insidensi TB paru yaitu perempuan memiliki penyakit yang lebih berat pada saat datang ke rumah sakit. Perempuan lebih terlambat datang ke pelayanan kesehatan dibanding laki-laki. Hal ini berkaitan dengan aib dan rasa malu. Selain itu, perempuan juga lebih sering mengalami kekhawatiran akan dikucilkan dari keluarga dan lingkungan akibat penyakitnya.

WHO melaporkan setiap tahunnya penderita TB paru 70% lebih sering pada laki-laki dibandingkan perempuan. Terutama di negara miskin seperti Indonesia. (Masniari, 2007).

Pengobatan TB paru untuk jenis kelamin laki-laki cenderung tidak patuh dibandingkan perempuan. Sehingga, dapat dikemukakan bahwa laki-laki lebih rentan terkena TB paru. Laki – laki lebih rentan terkena TB paru karena laki-laki

kurang memperhatikan kesehatan dan gaya hidup laki-laki yang tidak sehat. (Erawatyningsih, 2009).

2.1.1.2 Usia

Negara berkembang seperti Indonesia mayoritas individu yang terinfeksi TB paru adalah golongan usia di bawah 50 tahun yaitu pada usia produktif antara 15 - 50 tahun. Transisi demografi menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi (Hiswani, 2003).

Pengobatan TB pada golongan usia 45 - 59 cenderung tidak teratur dalam pengobatan dibandingkan usia yang lebih muda. Usia di bawah 45 tahun lebih cenderung memiliki motivasi yang kuat untuk sehat dan selalu memperhatikan kesehatan (Erawatyningsih, 2009).

2.1.1.3 Tempat tinggal

Jarak tempat tinggal penderita pasien TB paru dengan tempat pengobatan merupakan salah satu faktor yang menentukan kepatuhan untuk berobat. Semakin jauh tempat tinggal penderita TB paru dengan pelayanan kesehatan semakin tidak taat penderita untuk berobat. Hal ini disebabkan oleh faktor biaya yang dikeluarkan untuk transportasi dan lamanya perjalanan ke tempat pengobatan. (Masniari, 2007).

Menurut WHO, mengatakan jarak tempat tinggal penderita dan tempat pengobatan harus diusahakan sedekat mungkin (tiga sampai lima kilometer) (Dinkes Jatim, 1986).

2.2 Penyakit Tuberkulosis Paru

2.2.1 Pengertian Tuberkulosis Paru

TB paru adalah suatu penyakit menular saluran napas bagian bawah yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*, yaitu 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 bakteri ini tahan

terhadap asam. Bakteri ini tidak tahan terhadap sinar ultraviolet, karena itu penularannya terjadi pada malam hari (Price, 2006).

Kuman batang tahan asam merupakan organisme patogen maupun saprofit. Ada beberapa mikrobakteria 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 (Jewetz, 2007).

2.2.2 Epidemiologi

TB paru merupakan salah satu penyakit saluran napas bagian bawah. Sekitar 95% penderita TB paru berada di negara berkembang. Tujuh puluh lima persen penderita TB paru adalah kelompok usia produktif, ekonomi lemah, dan berpendidikan rendah. Prevalensi TB paru akan meningkat seiring munculnya endemi HIV/AIDS (Depkes, 2007).

Jumlah kasus TB paru meningkat dan banyak yang tidak berhasil disembuhkan terutama pada negara yang dikelompokkan dalam 22 negara dengan masalah TB paru terbesar (*high burden countries*). Menyikapi hal tersebut, tahun 1993 WHO mencanangkan TB paru sebagai kedaruratan dunia. TB paru di Indonesia merupakan ketiga terbanyak di dunia setelah Cina dan India. Setiap tahun Indonesia mempunyai 587.000 penderita baru dengan kematian yang disebabkan TB paru sekitar 140.000 orang (Depkes, 2008).

2.2.3 Patogenesis Tuberkulosis Paru

Penularan TB paru terjadi karena kuman dibatukkan atau dibersinkan keluar menjadi *droplet nuclei* dalam udara sekitar. Partikel infeksi ini dapat bertahan dalam udara bebas 1-2 jam, tergantung pada ada tidaknya sinar ultraviolet, kelembaban, dan ventilasi yang buruk. Dalam suasana lembab dan gelap kuman dapat bertahan berhari-hari sampai berbulan-bulan. Bila partikel ini terisap oleh orang sehat, maka akan menempel pada saluran napas atau perenkim paru. Bila kuman menetap dalam perenkim paru, berkembang biak dalam sitoplasma makrofag dan kuman tersebut dapat terbawa ke organ lain. Kuman

yang bersarang di dalam perenkim paru akan berbentuk sarang primer / sarang Ghon (Sudoyo, 2007).

Dari sarang primer akan timbul peradangan saluran getah bening menuju hilus (limfangitis lokal), dan diikuti pembesaran kelenjar getah bening hilus (limfadenitis regional), sarang primer limfangitis lokal dan limfadenitis regional disebut kompleks primer (Ranke). Semua proses ini memakan waktu 3-8 minggu. Kompleks primer tersebut dapat menjadi sembuh total, sembuh dengan meninggalkan bekas berupa fibrotik di hilus, berkomplikasi dan menyebar melalui per kontinuitatum, bronkogen, limfogen, dan hematogen (Sudoyo, 2007).

Kuman yang dormant pada tuberkulosis primer akan muncul sebagai infeksi endogen menjadi tuberkulosis pasca primer / sekunder. Tuberkulosis sekunder terjadi karena imunitas menurun misal: malnutrisi, AIDS, DM. Tuberkulosis sekunder dimulai dengan sarang dini yang berlokasi di regio atas paru (bagian apikal posterior lobus superior dan inferior). TB sekunder dapat berasal dari infeksi eksogen. Hal ini tergantung dari jumlah kuman, virulensinya, dan imunitas pasien (Sudoyo, 2007).

2.2.4 Klasifikasi TB Paru dan Tipe pasien

a. Klasifikasi berdasarkan organ yang terkena:

- 1) Tuberkulosis paru yaitu: tuberkulosis yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk pleura dan kelenjar pada hilus.
- 2) Tuberkulosis ekstra paru yaitu: tuberkulosis yang menyerang organ tubuh selain paru, misalnya pleura, tulang, selaput otak, kulit, ginjal dll (Depkes, 2007).

b. Klasifikasi berdasarkan pemeriksaan dahak mikroskopis:

- 1) Tuberkulosis paru BTA positif.
 - a) Sekurangnya 2-3 spesimen dahak SPS hasilnya positif.
 - b) Satu spesimen dahak SPS hasilnya positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
 - c) Satu spesimen dahak SPS hasilnya positif dan biakan kuman TB positif.

- d) Satu atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT (Depkes, 2007).
- 2) Tuberkulosis paru BTA negatif
- Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
 - Foto thoraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis.
 - Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT (Depkes, 2007).
- c. Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit:
- TB Paru BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas dan keadaan umum pasien buruk.
 - TB ekstra paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu TB ekstra paru ringan, misalnya; TB kelenjar limfe, pleuritis eksudatif unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal. Sedangkan TB ekstra paru berat, misalnya: meningitis, millier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudatif bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin (Depkes, 2007).
- d. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya
- Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa tipe pasien, yaitu:
- Kasus baru : pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan.
 - Kasus kambuh (*relaps*) : pasien yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh, kemudian didiagnosis kembali dinyatakan BTA positif.
 - Kasus setelah putus berobat (*default*) : pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

- 4) Kasus setelah gagal (*failure*) : pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.
- 5) Kasus pindahan (*transfer in*) : pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.
- 6) Kasus lain : semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas (Depkes, 2007).

2.2.5 Klinis Tuberkulosis Paru.

Keluhan yang dirasakan pasien TB paru dapat bermacam-macam, bahkan tidak bergejala (*asimptomatis*). Keluhan utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan keluhan tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, keringat malam hari tanpa aktivitas, dan demam. Mengingat prevalensi TB paru tinggi di Indonesia, maka setiap orang yang datang berobat dengan gejala diatas, dianggap sebagai suspek TB paru dan perlu pemeriksaan dahak mikroskopis (Sudoyo, 2007).

2.2.6 Diagnosis TB Paru.

a. Pemeriksaan fisik.

Pada pemeriksaan fisik pasien sering tidak menunjukkan suatu kelainan apapun terutama kasus dini. Demikian juga bila sarang penyakit terletak didalam, akan sulit menemukan kelainan pada pemeriksaan fisik, karena hantaran suara yang lebih 4 cm akan sulit dinilai secara palpasi, perkusi, dan auskultasi (Dahlan, 2002).

Kelainan anatomis tuberkulosis paru terletak pada lobuli, meliputi alveolus dan beberapa bronkus terminalis (kecuali penyebaran hematogen, kelainan berada pada jaringan interstisial). Tanda-tanda ini berupa konsolidasi serta di dapat sekret di bronkus kecil. Karena proses perjalanan menahun maka penderita datang dengan keadaan yang sudah lanjut sehingga kelainan fisik mudah diketahui, berupa:

- 1) Kelainan parenkim yaitu konsolidasi, fibrosis, atelektasis, dan kerusakan parenkim dengan sisa suatu kavitas.
- 2) Kelainan suara pernafasan berupa radang dari mukosa disertai penyempitan maupun penimbunan sekret.
- 3) Kelainan pleura oleh karena proses terletak dekat pleura, maka hampir selalu terjadi reaksi pleura berupa penebalan atau nyeri.

Semua proses yang terdapat di satu tempat dan kelainan –kelainan tersebut akan menimbulkan tanda fisik sebagai berikut:

- 1) Perubahan volume paru

Fibrosis, atelektasis dan kavitas memperkecil volume jaringan paru yang terkena sehingga menarik jaringan sekitar seperti trakea dan mediastinum.

- 2) Perubahan pergerakan pernafasan

Pengurangan pergerakan terjadi pada daerah yang terkena penyakit

- 3) Perubahan penghantaran getaran suara

Konsolidasi dan fibrosis pada parenkim paru dengan saluran pernafasan yang masih terbuka akan meningkatkan penghantaran getaran suara sehingga fremitus suara meningkat. Suara napas menjadi bronkovesikuler atau bronkial, di dapatkan bronkofoni atau suara bisik yang disebut whispering pectoriloque. Atelektasis obstruktif dan penebalan pleura akan menghambat penghantaran getaran suara, tetapi atelektasis parsial meningkatkan penghantaran getaran suara (Alsagaff, 2002).

Bila dicurigai infiltrasi agak luas, maka didapatkan perkusi yang redup dan auskultasi suara napas bronkial, akan didapatkan juga suara tambahan berupa ronki basah, kasar, dan nyaring. Bila terdapat kavitas yang cukup besar, perkusi memberikan suara hipersonor atau timpani dan auskultasi memberikan suara amforik (Dahlan, 2002).

Bila tuberkulosis menyerang organ lain, maka gejalanya menyesuaikan dengan organ yang terkena. Misal: pada efusi pleura, akan didapatkan tertinggalan dalam pernapasan, perkusi terdengar

pekak, dan auskultasi memberikan suara napas yang lemah bahkan tidak terdengar (Dahlan, 2002).

b. Pemeriksaan dahak mikroskopis.

Pemeriksaan ini berfungsi menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk menegakkan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak dalam 2 hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu – Pagi – Sewaktu (SPS) (Depkes, 2007).

Kriteria sputum positif adalah sekurangnya ditemukan 3 batang kuman BTA pada satu sediaan. Dengan kata lain ditemukan 5.000 kuman dalam 1 ml sputum.

Identifikasi basil dapat dilakukan dengan cara hapusan, fluoresensi, biakan pada media khusus (selektif dan nonselektif) dan inokulasi basil pada hewan percobaan. Bahan-bahan untuk identifikasi dapat diambil dari dahak secara langsung, kerokan laring, kubah lambung dan cairan pleura. Bahan hapusan tersebut di cat dengan cara Ziehl-Nielsen atau Tan Thiam Hok dan di baca dengan cara gradasi yang diusulkan oleh Gaffky atau Bronchorst.

- 1) Gaffky I (G I) : bila didapatkan 1-4 basil tuberkulosis pada satu preparat.
- 2) Gaffky II (G II) : bila didapatkan 1 basil tuberkulosis pada beberapa lapangan pandang.
- 3) Gaffky III (G III) : bila didapatkan 1 basil tuberkulosis pada setiap lapangan pandang.
- 4) Gaffky IV (G IV) : bila didapatkan 2-3 basil tuberkulosis pada setiap lapangan pandang.
- 5) Gaffky V (G V) : bila didapatkan 4-6 basil tuberkulosis pada setiap lapangan pandang.
- 6) Gaffky V (G V) : bila didapatkan 7-12 basil tuberkulosis pada setiap lapangan pandang.

- 7) Gaffky VII (G VII) : bila didapatkan 13-25 basil tuberkulosis pada setiap lapangan pandang.
- 8) Gaffky VIII (G VIII) : bila didapatkan 26-50 basil tuberkulosis pada setiap lapangan pandang.
- 9) Gaffky IX (G IX) : bila didapatkan 51-100 basil tuberkulosis pada setiap lapangan pandang.
- 10) Gaffky X (G X) : bila didapatkan jumlah tak terhitung basil tuberkulosis pada setiap lapangan pandang (Alsagaff, 2002).

c. Pemeriksaan radiologis.

Pada awal penyakit saat lesi masih merupakan sarang pneumonia, gambaran radiologis berupa bercak-bercak seperti awan dengan batas tidak tegas. Bila lesi diliputi dengan jaringan ikat maka bayangan akan terlihat bulatan dengan batas tegas, lesi ini disebut dengan tuberkuloma (Rasad, 1999).

Pada pemeriksaan radiologis hanya dapat menunjukkan adanya kelainan di paru seperti luasnya proses, lokalisasi dan macam perubahan yang terjadi. Luasnya proses yang tampak pada foto thoraks dinyatakan sebagai berikut:

1) Lesi minimal

Bila proses tuberkulosis paru mengenai sebagian kecil dari satu atau dua paru dengan luas tidak lebih dari volume paru yang terletak di atas chondrosternal junction dari iga kedua dan prosesus spinosus dari vertebra thorakalis IV atau korpus vertebra thorakalis V dan tidak di jumpai kavitas.

2) Lesi sedang

Bila proses penyakit lebih luas dari lesi minimal dan dapat menyebar, tetapi luas proses tidak boleh lebih luas dari satu paru. Atau jumlah seluruh proses seluas satu paru dengan densitas lebih padat dan tebal yang luasnya tidak boleh lebih dari sepertiga luas

satu paru dengan ada atau tidaknya kavitas. Jika terdapat kavitas diameter tidak boleh lebih dari 4cm.

3) Lesi luas

Kelainan lebih luas dari lesi sedang (Alsagaff, 2002).

Sebagian besar TB Paru, diagnosis terutama ditegakkan dengan pemeriksaan dahak dengan mikroskopis dan tidak memerlukan pemeriksaan rontgen. Namun pada kondisi tertentu pemeriksaan rontgen perlu dilakukan sesuai dengan indikasi sebagai berikut:

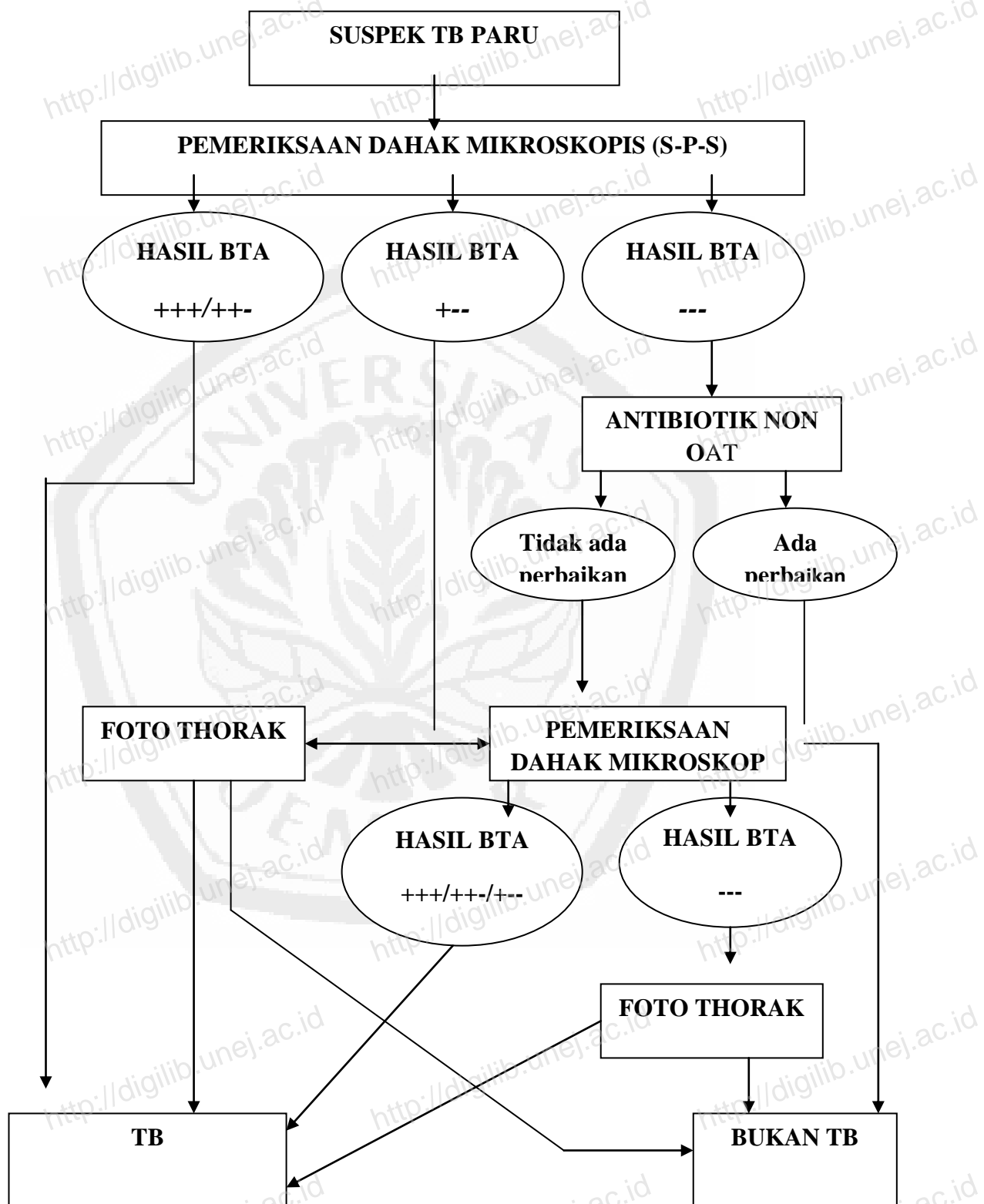
- 1) Hanya 1 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- 2) Ketiga spesimen dahak hasilnya tetap negatif.
- 3) Pasien yang mengalami komplikasi sesak napas berat dan pasien yang mengalami hemoptisis (Depkes, 2007).

d. Pemeriksaan tuberkulin

Pemeriksaan ini sering dipakai untuk membantu diagnosis pada anak-anak. Biasanya dipakai tes *mantoux* yaitu dengan menyuntikan 1cc tuberkulin P.P.D intrakutan berkekuatan 5 T.U (Yoga, 2004).

Tes tuberkulin menyatakan apakah seseorang individu sedang atau pernah mengalami infeksi *M.Tuberculosis*, *M.bovis*, vaksinasi BCG, dan *mycobacteria* patogen lain. Berdasarkan hal-hal tersebut diatas, hasil tes *mantoux* dibagi dalam:

- 1) Indurasi 0-5 mm (diameternya): *mantoux* negatif/golongan *no sensitivity*.
- 2) Indurasi 6-9mm: hasil meragukan/*low grade sensitivity*.
- 3) Indurasi 10-15mm: *mantoux* positif/*normal sensitivity*.
- 4) Indurasi lebih dari 15mm: *mantoux* positif kuat/*hipersensitivity* (Yoga, 2004).



Gambar 2.1 : Diagnosis TB Paru (Depkes, 2007)

2.2.7 Pengobatan Tuberkulosis Paru

Penatalaksanaan TB Paru meliputi penemuan pasien dan pengobatan yang dikelola dengan menggunakan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*), dan telah terbukti sebagai strategi penanggulangan yang secara ekonomis paling efektif. Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci yaitu: (Depkes, 2007).

- a. Komitmen politis.
- b. Pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya.
- c. Pengobatan jangka pendek yang standar bagi semua kasus TB dengan tata laksana kasus yang tepat.
- d. Jaminan terhadap OAT yang bermutu.
- e. Sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan.

Kegiatan penemuan pasien terdiri dari penjarangan suspek, diagnosis, penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien. Penemuan pasien merupakan langkah pertama dalam kegiatan program penanggulangan TB. Strategi penemuan tersebut antara lain: (Depkes, 2007).

- 1) Penemuan pasien TB dilakukan secara pasif dengan promosi aktif. Penjarangan suspek pasien dilakukan di Unit Pelayanan Kesehatan.
- 2) Pemeriksaan terhadap kontak pasien TB, terutama mereka yang BTA positif.
- 3) Penemuan aktif dari rumah ke rumah dinilai tidak efektif.

Dalam Pengobatan TB Paru yang memerlukan waktu berbulan-bulan, maka prinsip-prinsip yang harus dilakukan antara lain: (Depkes, 2007).

- a) OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup, dan dosis tepat. Hindari penggunaan OAT tunggal (monoterapi).
- b) Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.

- c) Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung oleh seorang pengawas menelan obat.
- d) Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan tahap lanjutan.
- e) Pada tahap intensif pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah resistensi obat. Bila pada tahap ini diberikan secara tepat maka, pasien menular menjadi tidak menular dalam waktu 2 minggu dan pasien BTA positif menjadi BTA negatif dalam waktu 2 bulan.
- f. Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Pada tahap ini bertujuan membunuh kuman persister sehingga mencegah kekambuhan.

Jenis obat anti tuberkulosis yang biasa digunakan antara lain isoniazid (H), rifampisin (R), pirazinamid (Z), dan streptomisin (S) yang bersifat bakterisid dan etambutol (E) yang bersifat bakteriostatik. Paduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia: (Depkes, 2007).

a. Kategori 1 : 2(HRZE)/4(HR)3.

- 1) Pasien baru TB paru BTA positif.
- 2) Pasien TB paru BTA negatif foto toraks positif.
- 3) Pasien TB ekstra paru.

Tabel 2.1 Paduan OAT untuk kategori 1

Berat Badan	Tahap Intensif	Tahap Lanjutan
	Tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	3x seminggu selama 16 minggu RH (150/150)
30 – 37 kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT
38 – 54 kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55 – 70 kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 2KDT
≥71 kg	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

Sumber : Departemen Kesehatan RI (2007).

b. Kategori 2 : 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3.

- 1) Pasien kambuh.
- 2) Pasien gagal.
- 3) Pasien dengan pengobatan setelah putus berobat (*default*).

Tabel 2.2 Paduan OAT untuk kategori 2

Berat Badan	Tahap intensif tiap hari		Tahap lanjutan 3x
	RHZE (150/75/400/275) + S		seminggu
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
30-37 kg	2 tab 4KDT + 500 mg Streptomisind inj	2 tab 4KDT	2 tab 4KDT + 2 tab Etambutol
38-54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg Streptomisind inj	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol
55-75 kg	4 tab 4KDT	4 tab 4KDT	4 tab 2KDT

Sumber : Departemen Kesehatan RI (2007).

c. OAT Sisipan (HRZE).

Paket sisipan KDT adalah sama seperti paduan paket untuk tahap intensif kategori 1 yang diberikan selama sebulan (28 hari).

Tabel 2.3 Paduan OAT sisipan

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

Sumber : Departemen Kesehatan RI (2007).

d. Kategori Anak (2RHZ/ 4RH).

Prinsip dasar pengobatan TB adalah minimal 3 macam obat dan diberikan dalam waktu 6 bulan. OAT pada anak diberikan setiap hari, baik pada tahap intensif maupun tahap lanjutan dosis obat harus disesuaikan dengan berat badan.

Tabel 2.4 Paduan OAT untuk kategori anak

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

Sumber : Departemen Kesehatan RI (2007).

2.2.8 Komplikasi obat TB Paru

Tabel 2.5 Komplikasi OAT

<i>Nama obat</i>	<i>Komplikasi obat</i>
Streptomisin (S)	Toksis terhadap nervus vestibular (N.VII)
Isoniazid (H)	Neuritis perifer,hepatotoksik.
Rifampisin (R)	Hepatitis,nausea,vomiting,flu like syndrome,trombositopeni.
Pirazinamid (Z)	Hiperurisemia,hepatotoksik.
Etambutol (E)	Neuritik optik,skin rash.

Sumber : Alsagaff (2002).

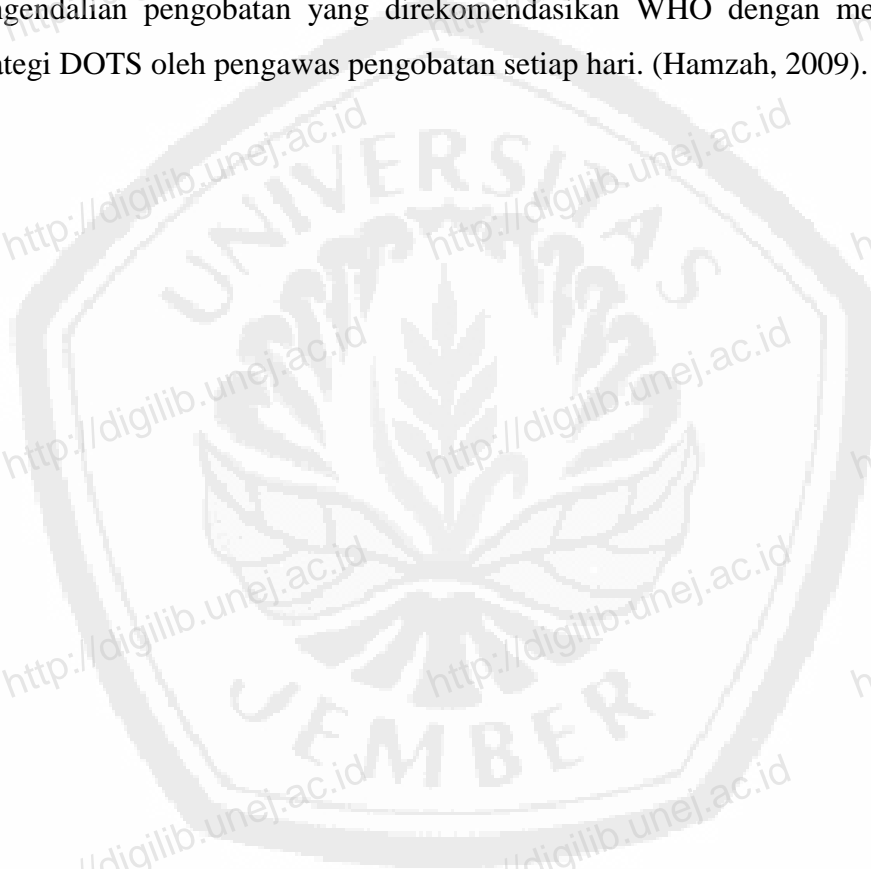
2.3 Kepatuhan Berobat

Definisi konsep kepatuhan adalah ketaataan, kesetiaan. Kepatuhan berobat adalah ketaataan, kesetiaan menjalankan pengobatan. Kepatuhan merupakan suatu perilaku yang positif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, termasuk pencegahan penyakit, merawat diri, mematuhi petunjuk petugas kesehatan. Jadi kepatuhan berobat pada pasien TB Paru adalah patuh dalam berobat sesuai waktu yang ditentukan oleh petugas kesehatan. (Purwadarminto, 1997).

Ketidapatuhan berobat pada pasien TB Paru akan mempengaruhi pengobatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidapatuhan diantaranya: (Hamzah, 2009).

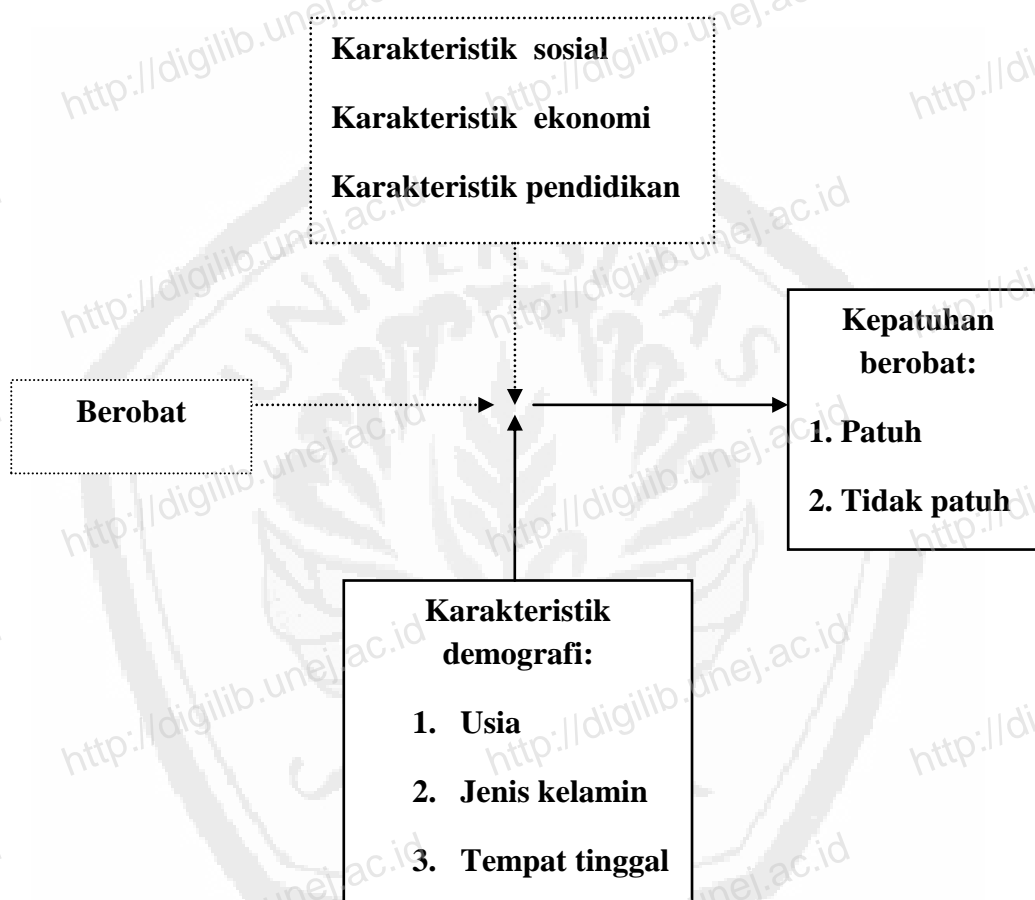
- a. Perasaan atau merasa sudah sembuh.
- b. Kemiskinan.
- c. Kurang motivasi.

Untuk mencegah kelalaian atau *drop out*, perlu dilakukan pengawasan dan pengendalian pengobatan yang direkomendasikan WHO dengan menggunakan strategi DOTS oleh pengawas pengobatan setiap hari. (Hamzah, 2009).



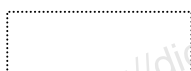
2.4 Kerangka Konseptual

Berdasarkan tinjauan teori yang telah disusun, selanjutnya dibuat kerangka konsep yang menggambarkan aliran konsep input permasalahan dan output penelitian. Adapun kerangka konsep sebagai berikut:

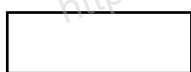


Gambar 2.2 : kerangka konseptual

Keterangan:



Tidak diteliti



Diteliti

2.5 Hipotesis Penelitian

Ho : Tidak terdapat hubungan antara karakteristik demografi dengan kepatuhan berobat pasien TB Paru di RS Paru Jember.

Ha : Terdapat hubungan antara karakteristik demografi dengan kepatuhan berobat pasien TB Paru di RS Paru Jember.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah dan tujuan penelitian, ada dua karakteristik dasar penelitian ini yaitu adanya analisis hubungan antar variabel, dan adanya pengukuran terhadap variabel subyek penelitian menurut keadaan ilmiah tanpa ada intervensi. Berdasarkan karakteristik tersebut maka penelitian ini termasuk penelitian *analitik*. Pendekatan dalam penelitian *analitik* yang digunakan adalah *crosssectional*, yaitu penelitian untuk mempelajari hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung dengan cara pengumpulan data sekaligus pada suatu saat atau pada waktu yang singkat (Soedarmayanti, 2002).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Paru Jember, hal ini dikarenakan ditempat tersebut terdapat sampel yang sesuai dengan kriteria yang akan dilakukan penelitian. Waktu pelaksanaan penelitian ini adalah bulan Maret sampai dengan bulan Juni 2011.

3.3 Identifikasi Variabel Penelitian

3.3.1 Variabel bebas

Variabel yang menjadi penyebab dari hubungan antar faktor yang dipermasalahkan dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi pasien TB Paru.

3.3.2 Variabel tergantung

Variabel yang menjadi akibat dari hubungan antar faktor penyebab dalam penelitian ini yaitu kepatuhan dalam berobat.

3.4 Definisi Operasional Variabel

3.4.1 Definisi Operasional Variabel Bebas

Adapun konsep-konsep yang di operasionalkan dalam penelitian ini adalah karakteristik demografi yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat penderita TB paru,yaitu:

a. Umur

Umur Responden dalam tahun, waktu dinyatakan sebagai penderita TB paru. Umur responden dikriteriakan sebagai berikut:

- 1) Diatas 45 tahun
- 2) 30 - 44 tahun
- 3) Kurang dari 30 tahun

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin yaitu laki-laki dan perempuan

c. Tempat tinggal

Jarak ini menyangkut jarak lingkungan tempat tinggal penderita dengan RS Paru. Pengukuran jarak dilakukan dengan menggunakan data rekam medis.

Kriteria jarak sebagai berikut: (Gani, 1994)

- 1) Dekat : kurang dari 3 km
- 2) Sedang : 3 - 5 km
- 3) Jauh : lebih dari 5 km.

3.4.2 Definisi Operasional Variabel Tergantung

Kepatuhan berobat adalah seorang pasien dalam mengikuti petunjuk kontrol dan minum obat dari seorang tenaga kesehatan dari BTA positif/terdiagnosa TB paru menjadi BTA negatif/sembuh, berdasar profil kemajuan dari hasil pengamatan. Kepatuhan dalam penelitian diukur dengan dua kategori, yaitu jika patuh dan jika tidak patuh (Sudoyo, 2007).

3.5 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah subyek pria/wanita dengan diagnosis TB Paru yang berobat di Rumah Sakit Paru Jember Pada tahun 2010.

Sampel dipilih dengan menggunakan metode pengambilan sampel secara acak sederhana (*Simple random sampling*) yaitu metode sampling dengan pengambilan sampel secara acak sederhana dengan syarat setiap anggota populasi mempunyai kesempatan yang sama sebagai sampel. Teknik pengambilan sampel secara acak sederhana yang di gunakan adalah dengan tabel random.

Besar sampel yang akan digunakan untuk penelitian ini menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan : N = besar populasi.

n = besar sampel.

d = tingkat kepercayaan yang diinginkan.

Berdasarkan rumus diatas, maka didapatkan jumlah sampel 135. Dengan pengambilan sample yang dilakukan secara acak menggunakan table (Notoatmodjo, 2003).

3.6 Alat Penelitian

Untuk mengumpulkan data penelitian akan menggunakan metode pengumpulan data rekam medis dengan diagnosis TB paru.

3.7 Prosedur Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada semua pasien TB paru yang patuh dan tidak patuh berobat di RS Paru Jember dengan cara sebagai berikut :

- a. Meminta salinan rekam medis pasien TB paru periode Januari 2010 - Desember 2010 di RS Paru Jember.

- b. Mendata pasien TB paru yang termasuk kategori patuh dan tidak patuh..
- c. Mengumpulkan semua data rekam medis untuk dianalisis.

3.8 Teknik Analisis Data

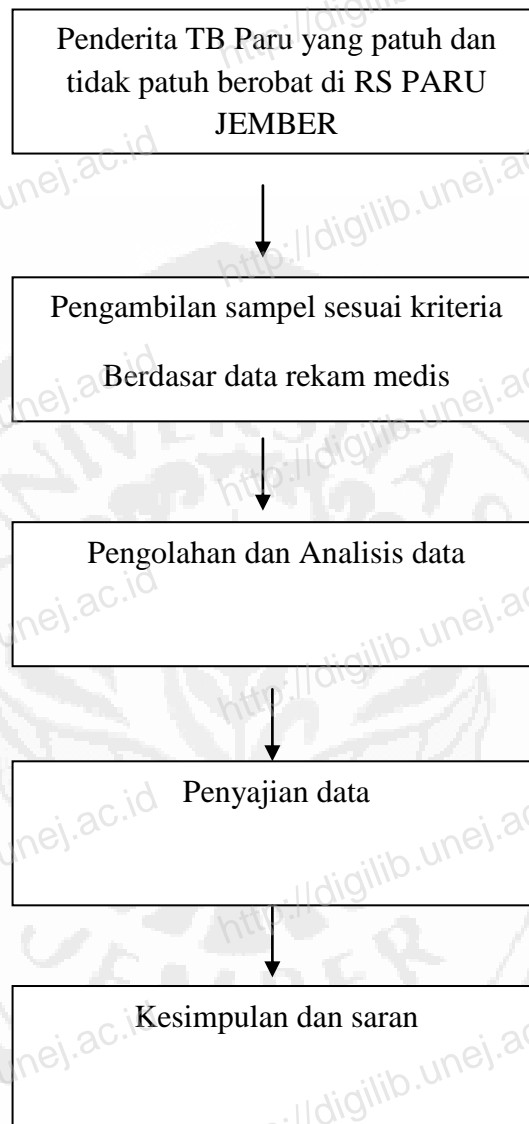
Pengolahan data dengan analisis bivariat yang terdiri dari umur, jenis kelamin dan tempat tinggal dengan kepatuhan berobat pasien TB paru menggunakan analisis data *Chi Square*, jika tidak memenuhi syarat uji *Chi square* maka dilakukan uji *Fisher*, apabila masih tidak memenuhi syarat dengan uji *Chi square* maka dilakukan uji Kolmogorov - Smirnov. Uji data bivariat ini diolah dengan bantuan program SPSS 16 (Dahlan, 2009).

Chi Square, *Fisher* dan Kolmogorov - Smirnov untuk uji independensi dua faktor bertujuan untuk menguji apakah terdapat atau tidak suatu kaitan antara dua faktor, jika ternyata tidak ada kaitan antara dua faktor, biasanya dikatakan bahwa faktor-faktor itu bersifat independen atau saling bebas.

Penggunaan uji tersebut untuk analisis data penelitian karena data penelitian merupakan data diskrit atau hasil penghitungan, dan variabel atau faktor dalam penelitian ini terbagi dalam beberapa kategori tingkatan atau golongan (Supadi, 2000).

Untuk pengolahan data dengan analisis multivariat yaitu karakteristik demografi dengan kepatuhan berobat pasien TB paru menggunakan analisis data dengan uji regresi logistik. Uji regresi logistik merupakan pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen kategorik yang bersifat dikotomik. Variabel kategorik dikotomik adalah variabel yang mempunyai dua nilai variasi, misalnya: patuh dan tidak patuh. (Soetrisno, 2007).

3.9 Alur Penelitian



Bagan 3.1 Alur Penelitian

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret – Juni 2011 dengan mengumpulkan data sekunder pasien TB paru. Sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah pria/wanita dengan diagnosis TB Paru dan tercatat dalam rekam medis Rumah Sakit Paru Jember pada tahun 2010. Jumlah sampel sebanyak 135 orang.

4.1.1 Karakteristik demografi responden

Karakteristik demografi responden merupakan penjelasan dari identitas yang dimiliki responden. Penjelasan identitas yang dimaksud adalah jenis kelamin, usia serta jarak tempat tinggal responden terhadap tempat berobat. Karakteristik perlu dijelaskan guna mempermudah peneliti dalam menggambarkan keadaan responden pasien TB paru.

4.1.1.1 Jenis kelamin

Jenis kelamin pasien TB paru yang dibedakan secara fisik dikategorikan menjadi jenis kelamin perempuan dan laki-laki. Pada tabel 4.1 diperoleh distribusi frekuensi jenis kelamin responden pasien TB paru.

Tabel 4.1 Distribusi pasien TB Paru berdasar jenis kelamin pada kelompok patuh berobat dan *drop out* dalam berobat

no	Jenis Kelamin Pasien TB Paru	Patuh berobat		<i>Drop out</i> berobat		Total	
		N	%	n	%	N	%
1	Laki-laki	37	50,7%	43	69,36%	80	59,26%
2.	Perempuan	36	49,3%	19	30,64%	55	40,74%
Total		73	100%	62	100%	135	100%

Sumber: Data sekunder terolah (2011)

Pada tabel 4.1 dapat dilihat jumlah penderita TB terbanyak pada jenis kelamin laki-laki yaitu 80 orang (59,26%), sedang penderita perempuan sebanyak 55 orang (40,74%). Bila dilihat sebaran jenis kelamin pasien TB paru pada

masing-masing kelompok, diketahui bahwa pada kelompok patuh berobat, penderita terbanyak berjenis kelamin laki-laki yaitu 37 orang (50,7%) dengan jumlah selisih sedikit dengan penderita perempuan sebanyak 36 orang (49,3%), sedang pada kelompok *drop out* berobat penderita terbanyak juga pada jenis kelamin laki-laki yaitu 43 orang (69,36%).

4.1.1.2 Usia

Pada tabel 4.2 dapat dilihat distribusi frekuensi usia responden pasien TB paru pada kelompok patuh berobat dan *drop out* dalam berobat.

Tabel 4.2 Distribusi pasien TB paru berdasar usia pada kelompok patuh berobat dan *drop out* dalam berobat

no	Usia Pasien TB Paru	Patuh berobat		Drop out berobat		Total	
		N	%	n	%	N	%
1	<30 tahun	29	39,73%	18	29,04%	47	34,81%
2.	30-44 tahun	27	36,99%	15	24,19%	42	31,11%
3.	>45 tahun	17	23,28%	29	46,77%	46	34,08%
	Total	73	100%	62	100%	135	100%

Sumber: Data sekunder terolah (2011)

Pada table 4.2 dapat dilihat bahwa kelompok usia terbanyak adalah kelompok usia kurang dari 30 tahun sebanyak 47 orang (34,81%). Sebaran usia pasien TB paru pada masing-masing kelompok diketahui bahwa pada kelompok patuh berobat, usia penderita terbanyak yaitu pada penderita yang berusia kurang dari 30 tahun sebanyak 29 orang (39,73%). Sedangkan pada kelompok drop out dalam berobat terbanyak pada usia lebih dari 45 tahun sebanyak 29 orang (46,77%).

4.1.1.3 Tempat Tinggal

Pada tabel 4.3 dapat dilihat distribusi frekuensi jarak tempat tinggal responden pasien TB Paru dengan Rumah sakit Paru Jember pada kelompok patuh berobat dan *drop out* dalam berobat.

Table 4.3 Distribusi pasien TB paru berdasar golongan jarak tempat tinggal dengan RS Paru jember pada kelompok patuh berobat dan *drop out* dalam berobat.

no	Jarak tempat tinggal Pasien TB Paru	Patuh berobat		<i>Drop out</i> berobat		Total	
		N	%	n	%	N	%
1	<3 Km	17	23,29%	6	9,68%	23	17,04%
2.	3-5 Km	35	47,94%	19	30,64%	54	40%
3.	>5 Km	21	28,77%	37	59,68%	58	42,96%
	Total	73	100%	62	100%	135	100%

Sumber: data sekunder terolah (2011)

Pada tabel 4.3 dapat dilihat bahwa kelompok tempat tinggal terbanyak pada kelompok tempat tinggal berjarak lebih dari 5 Km sebanyak 58 orang (42,96%). Bila dilihat sebaran tempat tinggal pasien TB paru pada masing-masing kelompok, diketahui pada kelompok patuh berobat jarak tempat tinggal terbanyak berjarak 3 - 5 Km sebanyak 35 orang (47,94%). Sedangkan pada kelompok *drop out* dalam berobat penderita terbanyak tempat tinggal berjarak lebih dari 5 Km sebanyak 37 orang (59,68%).

4.1.2 Hubungan antara karakteristik Demografi pasien TB Paru dengan kepatuhan berobat pada pasien TB Paru.

Untuk mengetahui hubungan antara karakteristik demografi dengan kepatuhan berobat pasien TB Paru RS Paru Jember, digunakan analisis data *Chi Square*. Analisis data *Chi Square* digunakan untuk mencari hubungan antara

variabel karakteristik demografi pasien TB paru dengan variabel kepatuhan berobat pasien TB paru. Karakteristik demografi pasien TB paru terdiri atas usia, jenis kelamin dan tempat tinggal.

a. Usia

Tingkat signifikansi (probabilitas) adalah sebesar 0,004. Tingkat signifikansi tersebut lebih kecil dari pada $\alpha = 0,05$

Hasil analisis tersebut menunjukkan bahwa secara statistik H_0 ditolak dan hipotesis penelitian (H_a) diterima, artinya variabel usia berhubungan secara signifikan dengan kepatuhan berobat pada pasien TB paru.

b. Jenis kelamin

Tingkat signifikansi (probabilitas) adalah sebesar 0,028 tingkat signifikansi tersebut lebih kecil dari pada $\alpha = 0,05$

Hasil analisis tersebut menunjukkan bahwa secara statistik H_0 ditolak dan hipotesis penelitian (H_a) diterima, artinya variabel jenis kelamin berhubungan dengan kepatuhan berobat pada pasien TB paru.

c. Tempat tinggal

Tingkat signifikansi (Probabilitas) adalah sebesar 0,000. Tingkat signifikansi tersebut lebih kecil dari pada $\alpha = 0,05$

Hasil analisis tersebut menunjukkan bahwa secara statistik H_0 ditolak dan hipotesis penelitian (H_a) diterima, artinya variabel tempat tinggal berhubungan secara signifikan dengan kepatuhan berobat pasien TB Paru.

4.2 Pembahasan

Pembahasan penelitian ini disesuaikan dengan hasil penelitian, sehingga pembahasan juga dikelompokkan dalam jumlah yang sama dengan hasil penelitian, yaitu dikelompokkan menjadi karakteristik demografi responden pasien TB paru, hubungan antara karakteristik demografi pasien TB Paru dengan kepatuhan berobat pada pasien TB Paru.

4.2.1 Karakteristik Demografi Responden

Karakteristik demografi responden merupakan salah satu hal yang penting dalam penelitian ini karena menurut de Zalduondo dalam Sedyaningsih (1999) karakteristik individu merupakan salah satu penentu perilaku seseorang, termasuk dalam penelitian ini berupa perilaku berobat pada pasien TB paru. Karakteristik demografi merupakan ciri khas penentu perilaku seseorang yang menggambarkan riwayat alam dan sosial dari individu tersebut. Berdasarkan teori tersebut maka peneliti berusaha mengkaji karakteristik demografi responden pasien TB paru yang berobat di RS Paru Jember. Karakteristik demografi responden pasien TB paru yang di kaji dalam penelitian ini meliputi usia, Jenis kelamin dan tempat tinggal.

a. Usia responden

Hiswani (2003) menyatakan bahwa usia merupakan variabel yang selalu diperhatikan didalam penelitian epidemiologi. Pola kesakitan atau kematian akan lebih mudah membacanya bila dikelompokkan berdasarkan golongan usia. Beberapa alasan yang dapat menerangkan hubungan suatu keadaan kesehatan seseorang dengan usia antara lain: perkembangan fisiologis dan imunitas tubuh. Notoatmojo (2003) juga mengatakan bahwa usia memiliki hubungan derajat tingkat keterpaparan, besarnya resiko serta resistensi terhadap penyakit. Berdasar teori tersebut maka peneliti berusaha mengkaji usia responden pasien TB paru yang berobat ke RS Paru Jember.

Persebaran usia TB Paru di tempat penelitian menunjukkan bahwa kelompok usia penderita TB paru adalah usia kurang dari 30 tahun yaitu

sebanyak 47 orang (34,81%). Berdasar hasil tersebut maka dapat diketahui bahwa penyakit TB paru terjadi pada kelompok usia kurang dari 30 tahun yang merupakan kelompok usia yang sangat produktif. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Depkes (2007), yang menyatakan bahwa mayoritas penderita TB Paru adalah kelompok usia produktif. Hasil penelitian ini juga diperkuat dengan pendapat Hiswani (2003) yang menyatakan bahwa penyakit TB umumnya terjadi pada kelompok usia produktif. Faktor utama terjadinya penyakit ini adaya keberadaan kuman di dalam tubuh seseorang. Seseorang yang terkena penyakit TB paru ini biasanya sudah terinfeksi lama sebelum ia merasakan keluhan batuk lebih dari 3 minggu. Kondisi tubuh yang menurun akibat aktifitas berlebih pada usia produktif ini akan memicu kuman tersebut untuk aktif dalam tubuh sehingga gejalanya biasanya muncul pada usia produktif.

Persebaran usia pasien TB paru dalam penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok yang *drop out* dalam berobat adalah usia lebih dari 45 tahun sebanyak 29 orang (46,77%). Berdasar hasil tersebut maka dapat diketahui bahwa golongan usia lebih dari 45 tahun cenderung lebih tidak teratur dalam menjalankan pengobatan di bandingkan usia yang lebih muda. Hasil penelitian ini diperkuat dengan pendapat Erawatyningsih(2009) yang menyatakan usia lebih dari 45 tahun lebih tidak teratur menjalankan pengobatan karena kurangnya motivasi yang kuat untuk sehat dan memperhatikan kesehatanya sedangkan usia kurang dari 45 tahun lebih cenderung memiliki motivasi yang kuat untuk sehat.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin adalah kategori biologis perempuan atau laki-laki yang berhubungan dengan kromosom, pola genetik dan struktur genital. Jenis kelamin merupakan sesuatu yang dibawa sejak lahir yang merupakan kodrat dari tuhan sehingga tidak dapat dirubah satu dengan lainnya. Jenis kelamin juga dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan berobat seorang pasien.

Menurut Gani (1994) perempuan lebih taat dan teratur berobat daripada laki-laki.

Persebaran jenis kelamin pasien TB paru di tempat penelitian menunjukkan bahwa jumlah penderita TB paru terbanyak baik kelompok patuh berobat maupun kelompok *drop out* dalam berobat adalah pada jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 80 orang (59,26%), sedangkan penderita perempuan sebanyak 55 orang (40,74%). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Notoatmojo (2007) yang menyebutkan bahwa perempuan lebih memperhatikan kesehatannya dibandingkan laki-laki. Oleh karena itu perempuan lebih jarang terserang TB Paru dibanding laki-laki.

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa jumlah penderita TB paru terbanyak adalah pada jenis kelamin laki-laki juga sesuai dengan hasil penelitian yang di lakukan di makasar tahun 2003 oleh Komisi Penanggulangan AIDS (Astuti, 2008) yang menyebutkan bahwa ada pengaruh antara jenis kelamin terhadap kejadian TB hal ini terjadi karena seorang laki-laki memiliki aktifitas yang lebih banyak dengan tingkat mobilitas yang tinggi. Selain itu, kaum laki-laki adalah konsumen rokok dan alkohol. Hal ini berpengaruh pada kondisi fisik serta ketahanan tubuh. Apabila ia terinfeksi oleh kuman TB maka akan cepat menimbulkan gejala karena sistim imun yang lemah.

Pada persebaran jenis kelamin pasien TB paru dalam penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok *dropout* dalam berobat adalah jenis kelamin laki-laki yaitu 43 orang (69,36%). Berdasar hasil tersebut maka dapat diketahui bahwa jenis kelamin laki-laki cenderung lebih tidak teratur dalam menjalankan pengobatan di bandingkan jenis kelamin perempuan. Hasil peneliatian ini di perkuat dengan pendapat Erawatyningsih (2009) yang menyatakan bahwa pada pengobatan TB laki- laki cenderung lebih tidak patuh dan tidak teratur dalam meminum obat di banding perempuan di karenakan laki-laki cenderung memiliki aktifitas yang lebih tinggi sehingga cenderung tidak memperhatikan kesehatanya.

c. Tempat tinggal

Persebaran jenis kelamin pasien TB paru di tempat penelitian menunjukkan bahwa jumlah penderita TB paru yang *drop out* berobat terbanyak pada kelompok tempat tinggal lebih dari 5 km dari RS Paru Jember yaitu sebesar 37 orang (59,68%). Berdasar hasil tersebut maka dapat diketahui bahwa tempat tinggal responden lebih dari 5 km dari RS Paru Jember cenderung tidak patuh menjalankan pengobatan. Hasil penelitian ini di perkuat dengan pendapat Masniari (2007) yang menyatakan bahwa semakin jauh tempat tinggal penderita TB paru dengan pelayanan kesehatan semakin tidak taat penderita untuk berobat. Hal ini disebabkan oleh faktor biaya yang di keluarkan untuk transportasi dan lamanya perjalanan ke tempat pengobatan .

Hasil penelitian ini juga di dukung oleh pendapat WHO, menyatakan bahwa jarak tempat tinggal penderita dan tempat pengobatan harus diusahakan sedekat mungkin (tiga sampai lima kilometer).

4.2.2 Hubungan Antara Karakteristik Demografi pasien TB Paru dengan Kepatuhan Berobat Pada Pasien TB Paru.

Karakteristik demografi pasien TB paru merupakan ciri khas yang menggambarkan riwayat alam, sosial dari manusia dan mempelajari perubahan tingkah laku yang dialaminya (Supadi, 2000). Karakteristik Demografi meliputi tiga aspek yaitu jenis kelamin, usia dan tempat tinggal. Tiga aspek tersebut mempengaruhi kepatuhan berobat pasien TB paru menghasilkan perubahan tingkah laku dalam pengobatan baik patuh oleh anjuran pihak medis atau tidak mematuhi anjuran tersebut.

Hubungan antara karakteristik demografi dengan kepatuhan berobat pasien TB paru di RS Paru Jember di ketahui dengan menggunakan analisis uji *chi Square*. Analisis uji *Chi Square* untuk mencari hubungan antara variabel karakteristik demografi dengan kepatuhan berobat pasien TB paru, antara lain:

a. Usia

Menunjukkan bahwa variabel usia pasien TB paru berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru ($p=0,004$). Hasil penelitian tersebut sesuai yang di kemukakan oleh Lagrace menyatakan bahwa usia dan status perkembangan merupakan faktor penting yang menentukan kepatuhan dalam pengobatan (Smet,1994). Artinya dalam penelitian ini umur pasien TB paru merupakan faktor yang penting dalam menentukan perilaku pengobatan. Golongan umur yang lebih tua lebih cenderung tidak teratur dalam menjalankan pengobatannya dan pada puncaknya umur 40 - 90 tahun. (Evaluasi puskesmas istambul dalam gani, 1994). Hal senada juga dikemukakan oleh Niven (2002) bahwa orang yang sudah tua akan menjadi lebih terisolasi saat mereka semakin tua, serta terdapat penurunan fungsi sosial seperti intelektual, memori dan kemampuan memecahkan masalah. Selain itu Cumming dan Henry (1961) dalam Niven (2002) pada teori pemisahan menyatakan bahwa lansia secara bertahap akan mengurangi kontak sosialnya, menyerah terhadap peran sosialnya dan merasa paling senang jika mampu melakukannya.

Menurut kusnanto dkk (2004) kepatuhan dalam pengobatan TB paru dipengaruhi pula oleh adanya faktor kerja sama atau dukungan keluarga. Syahminan dalam Djaswadi dkk (2004) menunjukkan bahwa penderita membutuhkan dorongan orang lain atau keluarga uuntuk menjadi patuh dalam pengobatan penyakit tuberkulosa paru. Noviandi dalam Djaswadi dkk (2004) menekankan mengenai dorongan atau peran keluarga yang dapat dilakukan adalah pengawasan menelan obat, pengawasan menampung dahak, pengawasan dan membantu membersihkan alat-alat makan dan minum penderita, serta mengantar untuk menepati jadwal kontrol. Rusmani dalam Kusnanto dkk (2004) meneliti beberapa faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat menunjukkan bahwa sumbangan terbesar untuk kepatuhan dalam pengobatan tubekulosis adalah dorongan keluarga.

Berdasar teori tersebut dapat diketahui bahwa dikarenakan lansia tersebut mengurangi kontak sosialnya dan merasa paling senang apabila

terisolasi maka dorongan untuk patuh berobat dari keluarganya dalam pengobatan tuberkulosis akan menjadi berkurang.

b. Jenis kelamin

Menunjukkan bahwa variabel jenis kelamin pasien TB paru berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru ($p=0,028$). Hasil penelitian ini didukung penelitian yang dilakukan Asani (2006) yang membuktikan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dan kepatuhan pasien TB Paru. Hal senada juga di jelaskan oleh Gani (1998), yang menyatakan bahwa 30 responden penelitiannya, 26 responden adalah laki-laki dan 4 orang merupakan perempuan serta menyatakan adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat kepatuhan pasien yaitu sebagian besar penderita yang putus berobat adalah laki-laki. Hal ini di sebabkan karena beban kerja yang berat, istirahat yang kurang dan gaya hidup yang tidak sehat (Erawatyningsih, 2009). Hasil ini juga dikuatkan dengan penelitian yang dilakukan Heryanto dkk (2004), yang menyatakan proporsi kematian penderita TB jenis kelamin laki-laki lebih besar (54,5%) bila dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan (45,5%). Dari hasil ini dapat disimpulkan bahwa jenis kelamin perempuan akan lebih patuh dan taat serta rajin dalam menjalankan pengobatan karena perempuan lebih memiliki kecenderungan rajin dan tabah termasuk dalam pencarian pengobatan.

c. Tempat tinggal

Menunjukkan bahwa variabel jarak tempat tinggal pasien TB paru dengan RS Paru jember berhubungan secara signifikan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru ($p=0,000$). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa penderita dengan jarak lebih dari 5 Km lebih cenderung drop out dalam berobat, sehingga jarak tempat tinggal pasien TB Paru dengan pelayanan kesehatan memiliki hubungan yang bermakna dengan kepatuhan berobat. Hasil penelitian ini juga di dukung oleh penelitian yang dilakukan Heriyono (2004) yang membuktikan adanya hubungan signifikan antara jarak tempat tinggal

pasien TB paru dengan pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan pernyataan WHO (Dinkes Propinsi Dati I Jatim 1986) yang menyatakan jarak tempat tinggal penderita dengan tempat pengobatan harus diusahakan sedekat mungkin (tiga sampai lima kilometer). Evaluasi puskesmas istanbul dalam Gani (1994) juga menyatakan bahwa makin jauh tempat tinggal penderita dengan pelayanan kesehatan makin tidak patuh penderita untuk berobat. Gani (1994) mengatakan bahwa hal ini dikarenakan biaya transportasi dan jarak yang sangat jauh juga menyebabkan sulitnya transportasi.

4.2.3 Derajat Hubungan Antara Karakteristik Demografi pasien TB Paru dengan Kepatuhan Berobat Pada Pasien Tb Paru

Hasil penelitian menggunakan uji regresi logistik sederhana memiliki persamaan $y = - 0,658 \text{ jenis kelamin} + 0,025 \text{ umur} + 0,103 \text{ jarak} - 1,058$. Uji regresi logistik menunjukkan bahwa karakteristik demografi yaitu jenis kelamin pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru memiliki nilai signifikansi sebesar 0,096 OR 0,512 , umur pasien dengan kepatuhan berobat pasien TB paru memiliki nilai signifikansi sebesar 0,019 OR 1,028 , tempat tinggal pasien dengan kepatuhan berobat TB paru memiliki nilai signifikansi sebesar 0,002 OR 1,109. Dari hasil pengolahan dengan uji regresi logistik tersebut dapat disimpulkan variabel tempat tinggal memiliki nilai signifikansi lebih tinggi yaitu 0,002 OR 1,109 dibandingkan variabel umur yaitu 0,019 OR 1,028 dan variabel jenis kelamin sebesar 0,096 OR 0,512. Tingginya nilai tersebut menunjukkan jarak sangat berpengaruh terhadap kepatuhan berobat pasien TB paru. Semakin jauh tempat tinggal penderita TB paru dengan pelayanan kesehatan semakin tidak taat penderita untuk berobat. Hal ini disebabkan faktor biaya dan lama perjalanan ke tempat pengobatan (Masniari,2007).

Tempat tinggal penderita TB paru memiliki pengaruh yang lebih besar dari variabel jenis kelamin dan umur pada kepatuhan berobat pasien TB paru. Hasil penelitian ini didukung oleh pernyataan oleh WHO bahwa jarak tempat tinggal penderita TB paru harus diusahakan sedekat mungkin dengan unit pelayanan kesehatan yaitu 3 - 5 kilometer (Dinkes Jatim ,1986).

4.2.4 Faktor Lain yang Mempengaruhi Kepatuhan Berobat pasien TB paru

a. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi kepatuhan berobat pasien TB paru ialah pekerjaan dan penghasilan. Pekerjaan seseorang akan mempengaruhi kesempatan untuk datang ke rumah sakit untuk berobat. Penderita TB paru sebagian besar dari golongan sosial ekonomi rendah, maka mereka lebih mementingkan pekerjaan daripada berobat ke rumah sakit. Penderita TB paru paling banyak dari masyarakat berpenghasilan rendah, sehingga dalam pengobatan TB paru selain penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan pokok sehari-hari mereka masih mengeluarkan biaya transport berobat ke puskesmas. Hal tersebut menyebabkan penderita TB paru tidak patuh dalam berobat (Erawatyningsih, 2009).

b. Faktor Pendidikan

Tinggi rendah pendidikan menentukan patuh tidaknya seseorang terhadap pengobatan. Semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin teratur untuk berobat. Pasien TB paru sebagian besar berpendidikan rendah, maka penjelasan petugas kesehatan sulit untuk dimengerti. Karena rendahnya pendidikan seseorang mempengaruhi daya serap dan menerima informasi, sehingga mempengaruhi tingkat pemahaman tentang penyakit TB paru, cara pengobatan dan resiko tidak meminum obat secara teratur. Semakin rendah pendidikan seseorang semakin tidak patuh dalam berobat (Erawatyningsih, 2009).

c. Faktor Berobat

Pengaruh berobat yang mempengaruhi kepatuhan pasien TB paru dalam menjalani pengobatannya adalah efek samping obat, pelayanan dan peran PMO (Pengawas Menelan Obat). Terdapat hubungan negatif bermakna antara efek samping obat dengan kepatuhan berobat. Hubungan negatif

bermakna artinya semakin banyak keluhan yang dirasakan oleh penderita, maka semakin tidak patuh penderita dalam berobat. Gejala efek samping obat seperti sakit kepala, mual, muntah dan sakit tulang sendi dapat terjadi pada fase intensif atau awal pengobatan membuat penderita malas untuk minum obat.

Pelayanan petugas kesehatan dapat menentukan kepatuhan berobat penderita TB paru. Kemampuan petugas dalam memberikan penyuluhan tentang banyak obat yang harus diminum dan efek samping obat menentukan kepatuhan berobat pasien TB paru.

Peran PMO sangat penting dalam menentukan kepatuhan berobat penderita TB paru. Dukungan masyarakat dan keluarga sebagai pengawas dan pemberi semangat kepada penderita TB paru mempunyai peran yang sangat besar dalam peningkatan pengobatan. Anggota keluarga sebagai PMO akan lebih efisien dan efektif dalam melakukan pengawasan dalam pengobatan.

Faktor sosial ekonomi, pendidikan dan pengobatan merupakan faktor pengganggu dalam penelitian dan tidak dapat dikendalikan oleh penulis, karena data yang digunakan ialah data sekunder rekam medis berupa data demografi. Oleh sebab itu, penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan dan timbul bias.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari hasil penelitian yang telah di bahas pada bab sebelumnya adalah sebagai berikut:

- a. Sampel pasien TB paru di tempat penelitian ini mayoritas berada pada kelompok umur kurng dari 30 tahun, berjenis kelamin laki-laki, memiliki tempat tinggal dengan jarak lebih dari 5 Km dari unit pelayanan kesehatan
- b. Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik demografi berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru.
- c. Hubungan karakteristik demografi dengan kepatuhan berobat pasien TB Paru di RS Paru Jember menunjukkan bahwa variabel tempat tinggal penderita TB paru berhubungan secara signifikan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru.

5.2 Saran

Berdasar hasil penelitian, nampak bahwa karakteristik demografi berhubungan dengan kepatuhan berobat pasien TB paru terutama tempat tinggal penderita TB paru berhubungan secara signifikan atau nyata dengan kepatuhan berobat pasien TB paru. Berdasar hasil penelitian tersebut hendaknya:

- a. Pemerintah dan swasta di harapkan rajin berperan dalam memberikan informasi kepada semua lapisan masyarakat terutama pada kelompok karakteristik demografi yang cenderung tidak patuh dalam menjalani pengobatan. Informasi tersebut meliputi gejala penyakit TB paru dan penyebabnya, penyakit TB paru dapat menularkan orang lain, penyakit TB paru dapat membahayakan dirinya bila tidak diobati secara teratur, penyakit TB paru dapat diobati.
- b. Pemerintah dan swasta diharapkan dapat memberikan jangkauan pelayanan kesehatan terhadap penderita TB paru dengan membangun unit pelayanan kesehatan yang lebih merata dan terjangkau, karena jarak tempat tinggal penderita TB dengan unit pelayanan kesehatan berperan

penting dalam kepatuhan berobat pasien TB paru. Selain jarak, waktu tempuh agar dipertimbangkan oleh pemerintah dan swasta maka penderita dapat sembuh dan mengurangi tingkat penularan.

- c. Peneliti lain diharapkan dapat memperjelas definisi operasional umur dan melakukan penelitian mengenai faktor lain yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pada pasien TB paru.



DAFTAR PUSTAKA

- Anonim.2005. WHO Report 2005 *Global Tuberculosis Control Surveillance, Planning, Financing*.(online).(<http://who.int>, diakses 8 April 2010).
- Astuti. 2008. *Pria Lebih Berpeluang Terkena*. (Serial online). <http://www2.kompas.com/kompas-cetak/0403/11/humaniora/9068.htm>. [8 april 2010].
- Alsagaff, Hood. 2002. *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Dahlan, Sopiudin. 2009. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dahlan, Zul. 2002. *Diagnosis dan Penatalaksanaan Tuberkulosis*. Jurnal Ilmu Penyakit Dalam No.137 : 8-12.
- Dahlan, Zul. 2002. *Management of Multi drug resistant Tuberculosis*. Jurnal Ilmu Penyakit Dalam No.137 : 13-17.
- Departemen Kesehatan RI.2007. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Lembar Fakta Tuberkulosis*. Jakarta : Sub Direktorat TB Depkes RI.
- Dinkes Propinsi Dati I Jawa Timur.1986. *Hasil Kegiatan Tahunan P2TB-Paru Propinsi Jawa Timur*, Surabaya.
- Dinkes Jember. 2005. *Laporan Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI.
- Djaswadi dkk. 2004. "Hubungan Presepsi Orang tua Tentang Penyakit TB Dengan Kepatuhan Berobat Balita di RSUD Kabupaten Purworejo Jawa Tengah". Yogyakarta: SAINS Kesehatan 17 (3).
- Erawatyingsih, Erni. 2009. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakepatuhan Berobat Pada Penderita Tuberkulosis Paru*. Berita Kedokteran Masyarakat Vol 25 No 3.
- Gani. H. A. 1994. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Penderita TB Paru Putus Berobat dalam Pengobatan Jangka Panjang*. Jember: Lemlit Unej

- Hamzah, Asiah. 2009. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan TB Strategi DOTS*. The Indonesian Journal of Public Health Vol 1. No 1.
- Herryanto, Dede A. M., dan Freddy M. K. 2004. *Riwayat Pengobatan TB Paru Meninggal di Kabupaten Bandung (Penelitian)*. Bandung: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Dalam http://www.ekologi.litbang.depkes.go.id/data/vol%203/Herryanto_1.pdf (06 Januari2008).
- Heriyono. 2004. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Paru Melakukan Pemeriksaan Ulang Dahak Pada Akhir Pengobatan Tahap Intensif di Puskesmas Wonosobo I Kabupaten Wonosobo*. Semarang: UNDIP.
- Hiswani.2003. *Tuberkulosis Merupakan Penyakit Infeksi Yang Masih Menjadi Masalah Kesehatan Masyarakat*. Medan: Universitas Sumatra Utara.
- Jewetz. 2006. *Mikrobiologi Kedokteran*. Jakarta : EGC.
- Asanni,, Johan. 2006. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Paru Dalam Menyelesaikan Pengobatan di Puskesmas Kecamatan Brebes Kabupaten Brebes Tahun 2005*. Semarang: UNDIP.
- Kusnanto dkk. 2004. "Pengaruh Gender Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Dengan menggunakan Program DOTS di Kabupaten Purworrejo". Yogyakarta: SAINS Kesehatan, 17 (4).
- Lolong, Dina B.2006. *Analisis Lanjut Survei Prevalensi Tuberculosis 2004 Investigasi Faktor Lingkungan dan Faktor Resiko Tuberculosis Indonesia*. Jakarta: Depkes RI.
- Masniari,Linda. 2007. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesembuhan Penderita TB Paru*. Journal Respir Indo Vol 27 No 3.
- Niven, N.2002. *Psikolog Kesehatan Pengantar untuk Perawat dan Profesional Kesehatan lain*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, Soekidjo.2003. *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Price, Sylvia A (2006). *Patofisiologi Volume 2*. Jakarta: EGC.

Purwandarminto.1997.*Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Penerbit Balai Pustaka.

Rasad, Sjahriar. 1999. *Radiologi Diagnostik*. Jakarta : FKUI.

RS Paru Jember.2006. *Laporan Tahunan RS Paru Jember*. Jember: Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember.

Soedarmayanti et al. 2002 *Metodelogi Penelitian*. Bandung: Mandar Maju.

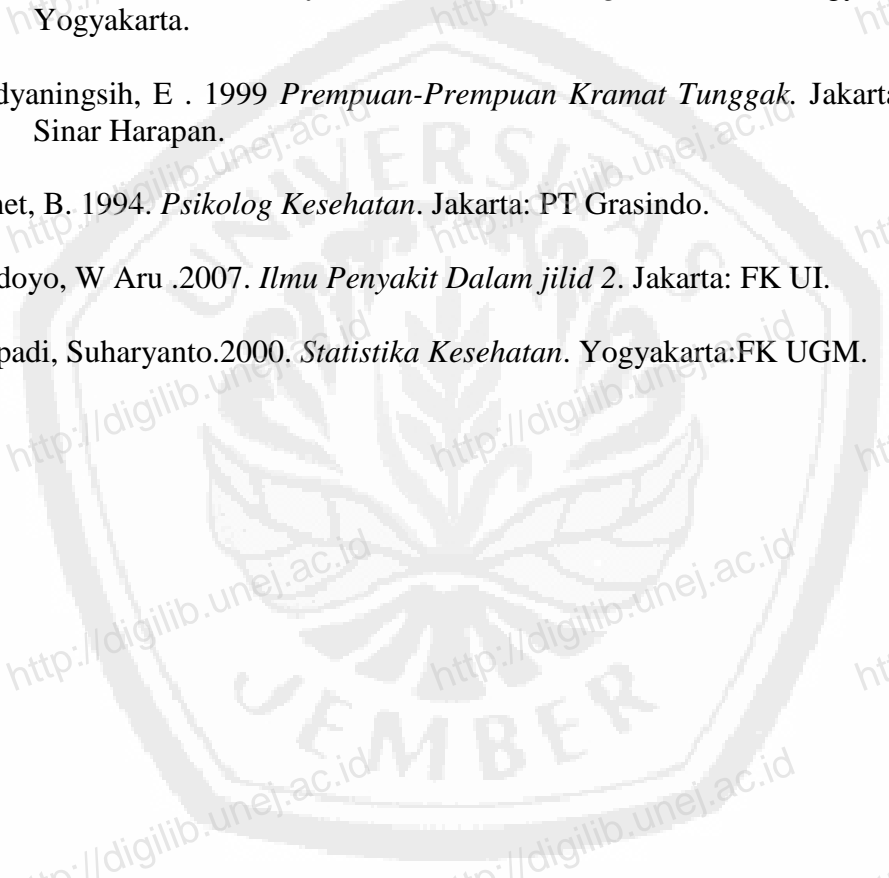
Soetriono dkk. 2007. *Filsafat Ilmu dan Metodelogi Penelitian*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta.

Sedyaningsih, E . 1999 *Prempuan-Prempuan Kramat Tunggak*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

Smet, B. 1994. *Psikolog Kesehatan*. Jakarta: PT Grasindo.

Sudoyo, W Aru .2007. *Ilmu Penyakit Dalam jilid 2*. Jakarta: FK UI.

Supadi, Suharyanto.2000. *Statistika Kesehatan*. Yogyakarta:FK UGM.



LAMPIRAN A. DATA PENELITIAN

no	Subjek	Jenis kelamin (P/L)	Umur (tahun)	Jarak tempat tinggal dengan UPK (RS Paru Jember)	Status pengobatan (patuh/DO)	Proba- bilitas
1	rrn	P	42	6,75 Km	Patuh	0,39229
2	Slm	P	36	4 Km	Patuh	0,29738
3	hsttk	P	65	6 Km	Patuh	0,51624
4	Sni	P	37	5,25 Km	DO	0,32932
5	hlfh	P	34	10,5 Km	Patuh	0,43343
6	Sept	P	17	5,25 Km	Patuh	0,22921
7	sun	P	19	2 Km	Patuh	0,18487
8	smsl	L	27	4,75 Km	DO	0,39267
9	dans	P	01	3,75 Km	Patuh	0,14651
10	rj	L	29	2 Km	Patuh	0,34127
11	Msnwat	P	35	19,5 Km	DO	0,65618
12	Agus L	L	28	3 Km	Patuh	0,35803
13	b	L	50	4,5 km	DO	0,52896
14	S	L	27	3,75 Km	DO	0,36937
15	S	L	58	11,25 Km	DO	0,72778
16	D	L	61	12 Km	DO	0,75634
17	ati	P	55	20 Km	DO	0,76804
18	i	P	32	3 Km	DO	0,25752
19	l	L	21	3 Km	DO	0,31876
20	la	P	33	2 Km	Patuh	0,24368
21	lil	P	60	3 km	Patuh	0,41175
22	fii	L	60	3,375 Km	Patuh	0,56355
23	ah	P	27	3 Km	Patuh	0,23428
24	ad	L	38	15 Km	DO	0,70105
25	set	L	40	16,5 Km	DO	0,74090
26	ih	P	22	10,5 Km	Patuh	0,36152

27	el	L	11	3 Km	Patuh	0,26693
28	ati	P	35	28,5 Km	DO	0,82280
29	ul	L	08	10,5 Km	Patuh	0,41470
30	Deni	L	09	10,5 Km	Patuh	0,42080
31	hlwti	P	29	2 Km	DO	0,22567
32	bdlgfu	L	21	10 Km	DO	0,48302
33	So	L	38	3,375 Km	Patuh	0,42651
34	Smrt	L	57	6,75 Km	DO	0,62569
35	Ri	L	10	3Km	Patuh	0,26206
36	Lix	P	38	9 km	Patuh	0,42172
37	Mn	L	36	16,5 km	Patuh	0,72118
38	djr	L	73	4,5 km	Patuh	0,66658
39	imn	L	45	12 km	DO	0,67513
40	sh	P	54	4 km	Patuh	0,39929
41	nto	L	29	2 km	Patuh	0,34127
42	ra	L	21	5,25 km	DO	0,36884
43	t	L	25	3 km	DO	0,34093
44	jat	L	44	2 km	Patuh	0,43009
45	ni	P	16	2 km	Patuh	0,17380
46	ea	P	33	2 km	Patuh	0,24368
47	dn	L	70	20km	Patuh	0,89555
48	S	L	58	7,5km	DO	0,64861
49	cr	L	24	5 km	DO	0,38068
50	Sto	L	57	3 km	DO	0,53577
51	sn	L	60	3 km	DO	0,55442
52	dk	L	39	2,75km	DO	0,41757
53	ti	P	17	3 km	Patuh	0,19231
54	Er	L	33	9,75 km	Patuh	0,55188
55	sh	L	36	9,5km	DO	0,56435
56	jo	L	27	4,75 km	DO	0,39267

57	as	L	17	20 km	Patuh	0,69416
58	ih	P	54	4 km	Patuh	0,39929
59	sa	P	36	4 km	Patuh	0,29738
60	r	L	28	10,5 km	Patuh	0,53917
61	rt	L	38	2,95 km	Patuh	0,41627
62	sn	L	50	2,8 km	Patuh	0,48701
63	an	L	70	5,25 km	DO	0,66632
64	yan	L	60	6 km	DO	0,62596
65	kun	L	75	19,5 km	DO	0,90245
66	ik	P	65	3 km	Patuh	0,44241
67	ti	P	28	3 km	DO	0,23881
68	Ek	L	23	2 km	Patuh	0,30830
69	ri	L	25	30 km	Patuh	0,88165
70	ah	L	52	6,75km	DO	0,59589
71	sti	P	32	9,75 km	DO	0,40321
72	ya	P	08	2 km	Patuh	0,14685
73	sami	P	52	11,75km	DO	0,57616
74	Ho	P	30	2km	Patuh	0,23008
75	H	P	17	3km	DO	0,19231
76	i s	p	28	6,75km	Patuh	0,31243
77	na	p	25	9,7km	Patuh	0,36064
78	ur	L	33	10,5km	Patuh	0,57013
79	ti	p	34	11,25km	DO	0,45171
80	bi	L	69	3km	DO	0,60927
81	ui	p	38	9km	DO	0,42172
82	Jm	L	27	4,75km	DO	0,39267
83	Sa	L	60	3km	DO	0,55442
84	sh	L	39	6,75km	DO	0,51559
85	Ko	L	23	5km	Patuh	0,37479
86	br	L	66	3km	DO	0,59122

87	so	L	46	2,9km	DO	0,46446
88	St	p	21	4,75 km	DO	0,23832
89	dik	L	39	2,75 km	DO	0,41757
90	As	L	40	3,5 km	Patuh	0,44186
91	ah	p	29	5 km	DO	0,28159
92	an	L	67	6,75 km	DO	0,68234
93	En	L	70	3 km	DO	0,61522
94	if	p	34	10,5 km	Patuh	0,43343
95	di	L	67	2 km	Patuh	0,57329
96	Ot	L	60	3 km	Patuh	0,55442
97	hm	L	47	4 km	Patuh	0,49783
98	hal	L	36	3 km	Patuh	0,40533
99	ia	p	05	3,7 km	Patuh	0,15884
100	ri	L	50	13.5km	DO	0,73205
101	Mis	p	35	19,5 km	Patuh	0,65618
102	miq	L	37	1,5 km	Patuh	0,37604
103	Ad	L	48	3km	Patuh	0,47942
104	Si	p	45	2,25km	DO	0,30853
105	Sat	p	55	20 km	DO	0,76804
106	Hi	L	60	15 km	DO	0,80282
107	dk	L	34	3,75	Patuh	0,41111
108	isi	p	24	7,5km	Patuh	0,30683
109	Na	p	35	3km	Patuh	0,27216
110	abas	L	44	4 km	patuh	0,47904
111	Ru	p	46	3km	Patuh	0,33008
112	lli	p	60	3km	Patuh	0,41175
113	nal	L	01	2,75km	Patuh	0,21658
114	aro	L	70	9 km	DO	0,74308
115	AR	p	36	4km	Patuh	0,29738
116	Ed	L	28	15,5 km	DO	0,65722

117	sid	L	55	25km	DO	0,90606
118	nlla	p	05	3km	Patuh	0,14982
119	sn	L	40	2 km	Patuh	0,40570
120	YJ	P	29	5km	DO	0,28159
121	Y	p	29	5km	Patuh	0,28159
122	sti	p	22	32km	DO	0,82566
123	Ri	L	17	9,75km	DO	0,45191
124	Rl	L	60	3,75km	Patuh	0,57264
125	Ya	L	42	20km	DO	0,80947
126	ati	p	30	7,5km	Patuh	0,33972
127	Ad	L	48	15km	DO	0,75084
128	Hu	L	30	3km	Patuh	0,36964
129	Il	p	45	3km	Patuh	0,32456
130	Jo	L	44	4km	Patuh	0,47904
131	As	L	53	19,1km	DO	0,83665
132	Mi	p	60	17,5km	DO	0,74567
133	ah	p	16	2km	DO	0,17380
134	ji	L	29	2km	Patuh	0,34127
135	en	L	35	12km	DO	0,61792

LAMPIRAN B. HASIL ANALISIS BIVARIATE DEBGAN CHI-SQUARE

USIA

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikasi umur * kepatuhan	135	96.4%	5	3.6%	140	100.0%

klasifikasi umur * kepatuhan Crosstabulation

		kepatuhan		Total
		patuh	DO	
klasifikasi umur 1.00	Count	56	33	89
	Expected Count	48.1	40.9	89.0
2.00	Count	17	29	46
	Expected Count	24.9	21.1	46.0
Total	Count	73	62	135
	Expected Count	73.0	62.0	135.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	8.233 ^a	1	.004		
Continuity Correction ^b	7.220	1	.007		

Likelihood Ratio	8.281	1	.004		
Fisher's Exact Test				.006	.004
Linear-by-Linear Association	8.172	1	.004		
N of Valid Cases	135				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,13.

b. Computed only for a 2x2 table

JENIS KELAMIN

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
jenis kelamin * kepatuhan berobat	135	100.0%	0	.0%	135	100.0%

jenis kelamin * kepatuhan berobat Crosstabulation

		kepatuhan berobat		Total
		patuh	DO	
jenis kelamin laki-laki	Count	37	43	80
	Expected Count	43.3	36.7	80.0
perempuan	Count	36	19	55
	Expected Count	29.7	25.3	55.0
Total	Count	73	62	135

jenis kelamin * kepatuhan berobat Crosstabulation

		kepatuhan berobat		Total
		patuh	DO	
jenis kelamin laki-laki	Count	37	43	80
	Expected Count	43.3	36.7	80.0
perempuan	Count	36	19	55
	Expected Count	29.7	25.3	55.0
Total	Count	73	62	135
	Expected Count	73.0	62.0	135.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.840 ^a	1	.028		
Continuity Correction ^b	4.098	1	.043		
Likelihood Ratio	4.895	1	.027		
Fisher's Exact Test				.035	.021
Linear-by-Linear Association	4.805	1	.028		
N of Valid Cases	135				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,26.

b. Computed only for a 2x2 table

TEMPAT TINGGAL (JARAK)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
klasifikasi jarak2 * kepatuhan berobat	135	100.0%	0	.0%	135	100.0%

klasifikasi jarak2 * kepatuhan berobat Crosstabulation

			kepatuhan berobat		Total
			patuh	DO	
klasifikasi jarak2	1.00	Count	52	25	77
		Expected Count	41.6	35.4	77.0
	2.00	Count	21	37	58
		Expected Count	31.4	26.6	58.0
Total		Count	73	62	135
		Expected Count	73.0	62.0	135.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	13.072 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	11.841	1	.001		
Likelihood Ratio	13.246	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	12.975	1	.000		
N of Valid Cases	135				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,64.

b. Computed only for a 2x2 table



LAMPIRAN C. HASIL ANALISIS MULTIVARIATE DENGAN REGRESI

LOGISTIK

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a	N	Percent
Included in Selected Cases	135	100,0
Missing Cases	0	,0
Total	135	100,0
Unselected Cases	0	,0
Total	135	100,0

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

Dependent Variable

Encoding

Original Value	Internal Value
patuh	0
DO	1

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

	Observed	Predicted		
		kepatuhan berobat		Percentage
		patuh	DO	Correct
kepatuhan patuh		73	0	100,0
Step 0 berobat DO		62	0	,0
	Overall Percentage			54,1

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	-,163	,173	,894	1	,344	,849

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
kelamin	4,840	1	,028
Step 0 Variables umur	9,263	1	,002
jarak	12,103	1	,001
Overall Statistics	21,870	3	,000

Block 1: Method = Backward Stepwise (Likelihood Ratio)

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step	23,575	3	,000
Step 1 Block	23,575	3	,000
Model	23,575	3	,000

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	162,677 ^a	,160	,214

a. Estimation terminated at iteration number 4

because parameter estimates changed by less than ,001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	10,342	8	,242

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

	kepatuhan berobat = patuh		kepatuhan berobat = DO		Total
	Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1 1	12	11,664	2	2,336	14
2	9	10,549	5	3,451	14
3	10	9,648	4	4,352	14

4	8	9,473	7	5,527	15
5	11	8,329	3	5,671	14
6	10	7,539	4	6,461	14
7	7	6,201	7	7,799	14
8	2	4,994	12	9,006	14
9	2	3,545	12	10,455	14
10	2	1,058	6	6,942	8

Classification Table^a

	Observed		Predicted		
			kepatuhan berobat		Percentage
			patuh	DO	Correct
Step 1	kepatuhan	patuh	59	14	80,8
	berobat	DO	25	37	59,7
	Overall Percentage				71,1

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
kelamin	-,658	,395	2,770	1	,096	,518	,239	1,124
umur	,028	,012	5,540	1	,019	1,028	1,005	1,052
jarak	,103	,033	9,551	1	,002	1,109	1,039	1,184
Constant	1,058	,808	1,714	1	,190	,347		

a. Variable(s) entered on step 1: kelamin, umur, jarak.



Model if Term Removed

Variable	Model Log Likelihood	Change in -2 Log Likelihood	df	Sig. of the Change
kelamin	-82,744	2,811	1	,094
umur	-84,252	5,827	1	,016
jarak	-87,107	11,537	1	,001