

Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian *Drop Out* Penderita TB Paru di Puskesmas Kota Sorong

Analysis of Factors Associates to the Incidence of Pulmonary TB Patients Drop Out in Primary Healthcare Centers in Sorong Papua Barat

Lopulalan Octovianus¹, Suhartono², Tjahjono Kuntjoro²

¹ *Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong, Jl. Basuki Rahmat km. XI, Sorong*

² *Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang*

ABSTRAK

Data Dinas Kesehatan Propinsi Papua Barat tentang kasus baru TB Paru dari tahun ke tahun terus meningkat, walau pelaksanaan program pemberantasan TB Paru terus ditingkatkan. Dari data BP2PL Dinas Kesehatan Propinsi Papua Barat tahun 2009 ditemukan 2462 penderita baru BTA positif. Dari jumlah tersebut yang drop out 337 penderita, dan pada tahun 2010 ditemukan 2476 kasus BTA Positif dan dari jumlah tersebut drop out 441 penderita. Berdasarkan hasil survey pendahuluan yang dilakukan pada puskesmas di kota sorong, pada tahun 2008 ditemukan jumlah penderita baru TB Paru BTA positif 87 penderita. Dari jumlah tersebut yang diobati hingga sembuh sebanyak 20 penderita, yang drop out sebanyak 64 penderita. Tahun 2009 ada peningkatan penderita baru yakni sebanyak 108 penderita, yang sembuh 28 penderita yang drop out 61 penderita. Dan tahun 2010 ditemukan sebanyak 103 penderita baru BTA positif, yang sembuh 27 penderita dan yang drop out 55 penderita. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang ada hubungannya dengan kejadian drop out pada penderita TB Paru yang sedang menjalani pengobatan.

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data melalui metode wawancara dengan bantuan kuisisioner terstruktur pada semua penderita yang berobat pada puskesmas kota Sorong. Jumlah sampel 50 penderita yang drop out dan 50 penderita yang berobat teratur dan sembuh di Puskesmas Kota Sorong. Analisis univariat dilakukan dengan deskriptif frekwensi, analisis bivariat dengan uji *Chi Square*.

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan kejadian DO ($p=0,001$). Ada hubungan antara Motivasi dengan kejadian DO ($p=0,001$). Ada hubungan antara peran PMO dengan kejadian DO ($p=0,001$). Ada hubungan antara Akses dengan kejadian DO ($p=0,001$). Ada hubungan dukungan keluarga dengan kejadian DO ($p=0,001$) Tidak ada hubungan antara umur dengan kejadian DO ($p=0,356$). Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian DO ($p=0,156$). Tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kejadian DO ($p=0,453$).

Dapat disimpulkan variabel yang ada hubungan dengan kejadian drop out adalah pengetahuan, motivasi, peran PMO, Akses serta dukungan keluarga. Saran bagi Dinas Kesehatan meningkatkan frekwensi penyuluhan, pemutaran film dokumenter tentang penyakit menular, dan jangka panjang pengadaan puskesmas pembantu serta pengaktifan kembali kader kesehatan desa.

Kata kunci : *Drop Out*, TB Paru

ABSTRACT

Data from health office of West Papua province regarding new cases of tuberculosis (TB) indicated that the number of cases increased although lung TB control program was improved. Data from

BP2PL of West Papua health office in 2009 showed that 2462 new cases of positive fast acid bacilli (BTA) were found; among them, 337 patients were dropout. In 2010, 2476 cases with positive BTA were found, and among them 441 patients were dropout. Based on preliminary survey done in Sorong city primary healthcare centers, in 2008, 87 new lung TB cases with positive BTA were found. Among them, 20 patients were treated and cured, 64 patients were dropout. In 2009, there was an increase in the number of new cases, which were 108 patients. Among them, 28 patients were cured, and 61 patients were dropout. In 2010, 103 new cases with positive BTA were found; among them, 27 patients were cured, and 55 patients were dropout. The objective of this study was to identify factors related to the occurrence of drop out among lung TB patients who were in the treatment program.

This was a quantitative study with cross sectional approach. Data were collected using interview method supported by structured questionnaire. Study population was all patients visited in the Sorong city primary healthcare centers. Study samples were 50 dropout patients and 50 patients who sought for medication regularly and cured in primary healthcare centers in Sorong city. Frequency distributions were presented for univariate analysis, and chi square test was applied for bivariate analysis.

Results of the study showed that there was association between knowledge and dropout occurrence ($p= 0.001$). Motivation was associated with dropout occurrence ($p= 0.001$). The role of PMO was associated with drop out occurrence ($p= 0.001$). Accessibility was associated with dropout occurrence ($p= 0.001$). Family support was associated with dropout occurrence ($p= 0.001$). No association between age and dropout occurrence ($p= 0.356$), between sex and dropout occurrence ($p= 0.156$), between education and dropout occurrence ($p= 0.453$).

In conclusion, variables related to dropout occurrence are knowledge, motivation, roles of PMO, accessibility, and family support. Suggestions for district health office are to increase education frequency, playing documentary movies about infectious diseases. Long term suggestions are to build supporting primary health care center, and to reactivate village health cadres.

Keywords : Dropout, lung TB

PENDAHULUAN

Tuberkulosis sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia, terutama di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. Penyakit ini merupakan ancaman besar bagi pembangunan sumber daya manusia sehingga perlu mendapatkan perhatian yang lebih serius dari semua pihak.

Tuberkulosis adalah adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia. Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat pula mengenai organ tubuh yang lainnya. Pada tahun 1993, *World Health Organization (WHO)* mencanangkan keduratan global penyakit TB (*Global Health Emergency*) yang bertujuan untuk menyadarkan bahwa masyarakat dunia sedang menghadapi ancaman serius penyakit TB Paru, dimana jumlah kasus TB meningkat dan

tidak terkendali khususnya pada negara yang dikelompokkan dalam 22 negara dengan masalah TB besar. (*higt burden countries*).¹

Pada tahun 2006, terdapat sekitar 9,2 juta kasus baru secara global, dan diperkirakan 1,7 juta orang (25/100.000) meninggal karena TB termasuk mereka yang juga memperoleh infeksi HIV (200.000) pada tahun 2008.²

Munculnya pandemic HIV/AIDS di dunia menambah permasalahan TB Paru. Koinfeksi dengan HIV akan meningkatkan resiko kejadian TB paru secara signifikan. Pada saat yang sama, kekebalan ganda kuman TB Paru terhadap obat anti TB (*multidrug resistance=MDR*) semakin menjadi masalah akibat kasus yang tidak berhasil disembuhkan. Keadaan tersebut pada akhirnya akan menyebabkan epidemic TB Paru yang sulit ditangani.¹

Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 menunjukkan bahwa

penyakit TB menduduki ranking ketiga sebagai penyebab kematian (9,4% dari total kematian) setelah penyakit sistem sirkulasi dan sistem pernapasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi. Hasil survey Prevalensi TB Paru di Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa angka prevalensi Basil Tahan Asam (BTA) positif secara nasional 110 per 100.000 penduduk. Secara regional prevalensi TB Paru BTA positif di Indonesia dikelompokkan dalam tiga wilayah, yaitu: 1) wilayah Sumatera 160 per 100.000 penduduk; 2) wilayah Jawa dan Bali 110 per 100.000 penduduk; 3) wilayah Indonesia timur 210 per 100.000 penduduk.⁵

Pada tahun 1994 pemerintah Indonesia bekerja sama dengan WHO melaksanakan suatu evaluasi bersama (*WHO-Indonesi Joint Evaluation*) yang menghasilkan rekomendasi perlunya segera dilakukan perubahan mendasar pada strategi penanggulangan TB Paru di Indonesia yang kemudian disebut “Strategi DOTS (*Directly Observed treatment-Shortcours*)” yang menandai era baru pemberantasan TB Paru di Indonesia. Bank Dunia menyatakan strategi DOTS sebagai salah satu intervensi kesehatan yang paling efektif. Integrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar dianjurkan demi efisiensi dan efektivitasnya.⁴

Prinsip DOTS adalah menentukan pelayanan pengobatan terhadap penderita agar secara langsung dapat mengawasi keteraturan minum obat. Strategi ini diawasi oleh petugas Puskesmas, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dan pihak-pihak lain yang paham tentang program DOTS. Di samping itu, keluarga sangat perlu keterlibatannya dalam pengawasan dan perawatan penderita TB paru.⁴

Untuk mencapai kesembuhan diperlukan keteraturan dan kepatuhan berobat bagi setiap penderita. Paduan OAT jangka pendek dan peran Pengawas Minum Obat (PMO) merupakan strategi untuk menjamin kesembuhan penderita. Walaupun paduan obat yang digunakan baik, tetapi apabila penderita tidak berobat dengan teratur, maka umumnya hasil pengobatan akan mengecewakan.⁵

Menurut Aditama,⁶ kalau pengobatan tidak tuntas malah menyebabkan kuman menjadi kebal

obat dan tentu akan muncul kuman yang lebih ganas. Setelah makan obat dua atau tiga bulan, tidak jarang keluhan pasien hilang tetapi belum berarti sembuh total. Padahal saran WHO, dengan strategi DOTS dijalankan dengan baik, pada tahun 2010 sedikitnya 70% kasus TB Paru dapat terdiagnosa dan terobati.

Menurut WHO, bila 70% dari perkiraan penderita baru yang ada dapat ditemukan dan diobati dengan angka kesembuhan 80% dapat dikatakan bahwa program ini berhasil. Dengan kata lain indikator keberhasilan dapat dilihat dari kesembuhan penderitanya.

Kepatuhan berobat penderita TB Paru juga ditentukan oleh perhatian tenaga kesehatan untuk memberikan penyuluhan, penjelasan kepada penderita kalau perlu mengunjungi kerumah. Keteraturan pengobatan tetap merupakan tanggung jawab petugas kesehatan.⁴

Pada negara berkembang terjadi gagal berobat karena hilangnya motivasi penderita, informasi mengenai penyakitnya, efek samping obat problem ekonomi, sulitnya transportasi, faktor sosiopsikologis, alamat yang salah, komunikasi yang kurang baik antara penderita TB Paru dengan petugas kesehatan.

O’Boyle dkk⁷ melaporkan di kota Kinibalu Sabah Malaysia, bahwa kepatuhan dapat ditingkatkan dengan peningkatan edukasi penderita dan keluarga, mengurangi biaya transportasi dan lamanya perjalanan.

Untuk meminimalkan angka putus berobat, diperlukan upaya untuk menjamin agar program pengobatan penderita TB Paru dapat berlangsung maksimal. Salah satu hal yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan dukungan dan bantuan secara penuh kepada penderita sejak pertama kali melakukan pengobatan hingga sembuh. Kegagalan dalam pengobatan TB paru akibat putus berobat, dapat berdampak negatif, misalnya kuman menjadi resisten, penularan yang lebih meluas dan angka kematian karena TB Paru, menjadi lebih tinggi. Salah satu upaya yang dapat dilakukan bersama dalam memperkecil masalah TB Paru adalah dengan berperan aktif menjamin program pengobatan penderita TB Paru dan menekan faktor yang mempengaruhi kegagalan dalam pengobatan tersebut.²⁸

Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan menyebutkan bahwa angka kematian akibat TB Paru tahun 2001 tercatat 140.000 orang. Salah satu kendala dalam pemberantasan TB adalah kuman TB yang kebal terhadap segala macam obat. (*multidrug resistance*).³

Di Indonesia sebanyak 1,8 persen dari kasus TB Paru disebabkan kuman kebal obat. Salah satu penyebab kuman kebal obat adalah perilaku penderita TB sendiri, seperti tidak disiplin minum obat atau minum obat tidak sesuai ketentuan.²

Data penderita TB Paru di Propinsi Papua Barat dari tahun ke tahun cenderung meningkat, walau pelaksanaan program pemberantasan TB Paru terus ditingkatkan. Berdasarkan data kasubdin BP2PL Dinas Kesehatan propinsi Papua Barat tahun 2009 ditemukan 2462 penderita TB Paru BTA Positif. Dari jumlah kasus tersebut yang tidak melaksanakan pengobatan dengan benar/putus berobat atau drop out adalah sebanyak 337 penderita atau 14,17%, sedangkan pada tahun 2010 ditemukan kasus sebanyak 2476 penderita TB Paru BTA Positif, dan dari jumlah tersebut terdapat yang putus berobat atau drop out sebanyak 441 penderita atau 18,43%.¹⁹

Berdasarkan survey kepada tiga orang pengawas minum obat (PMO) diperoleh informasi bahwa mereka lelah berusaha mengingatkan sambil member penjelasan kepada setiap penderita yang mereka damping, sebab ketika memberi penjelasan-penjelasan kepada mereka, umumnya mereka mendengar dan bersikap menrima, namun kenyataannya mereka tidak melaksanakannya.

Kemudian informasi dari dua orang petugas

pelaksana program pada dua Puskesmas diperoleh informasi dimana mereka membenarkan bahwa OAT yang dikonsumsi penderita TB mempunyai efek samping seperti yang dikeluhkan penderita tersebut.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang Faktor-faktor apa yang berhubungan dengan kejadian drop out pada penderita TB Paru di Puskesmas kota Sorong yang dapat dilihat dari aspek umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, motivasi, peran pendamping minum obat, akses serta dukungan keluarga.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kualitatif yang disajikan secara *deskriptif* melalui wawancara mendalam dengan bantuan kuisioner terstruktur. Pendekatan waktu pengumpulan data adalah *cross sectional* dimana pengumpulan semua jenis data dilakukan pada waktu yang bersamaan.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien TB Paru yang berobat di Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong yang terdiri dari 50 orang responden yang berobat teratur dan sembuh serta 50 responden yang drop out atau putus berobat.

Teknik pengolahan data menggunakan metode analisis isi (*content analysis*)

HASIL

Pada pra penelitian bulan September 2010 yang dilakukan di Kota Sorong pada Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong, ditemukan data penderita TBC BTA (+) seperti pada tabel 1.2 dibawah ini.

Dari tabel 1.2. tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa penemuan penderita baru dengan BTA (+) tahun ketahun cukup tinggi, begitu pula dengan angka kegagalan (drop out)

Tabel 1.1 Data Rekapitulasi Penderita TB Paru BTA (+) Putus Obat Tahun 2009 dan 2010, Dinas Kesehatan Propinsi Papua Barat.

No	Tahun	Jumlah Kasus	Di Obati		Putus Obat	
			Σ	%	Σ	%
1	2009	2462	2378	96,58%	337	14,17%
2	2010	2476	2392	96,60%	441	18,43%

Sumber : Laporan Tahunan Dinkes Papua barat Tahun 2009 dan 2010.

Tabel 1.2. Realisasi Penanganan Penderita TB Paru di Puskesmas Kota sorong, Tahun 2008, 2009 dan 2010.

No	Tahun	Bta (+)	Diobati		Sembuh		Putus Obat		Meninggal
			Σ	%	Σ	%	Σ	%	
1	2008	87	85	97,7%	20	23,6%	64	75,2%	1 (1,2%)
2	2009	108	97	89,8%	28	28,9%	61	62,9%	8 (8,2%)
3	2010	103	86	83,4%	27	31,4%	55	64,0%	4 (4,6%)

Sumber : Data Laporan Tahunan Puskesmas 2008, 2009 2010.

yang walaupun terlihat ada kecenderungan menurun dari tahun ke tahun, namun tetap berada pada persentase yang cukup tinggi, yakni diatas 50% dari total penderita TB Paru yang diketemukan.

Tingginya angka drop out ini menyebabkan setiap tahunnya jumlah kasus TB Paru dengan BTA positif di Kota Sorong terus meningkat seperti pada tabel diatas.

Pada survey pendahuluan yang dilakukan di bulan September 2010 pada delapan orang penderita TB Paru yang telah putus berobat, hasilnya diketahui bahwa empat orang penderita mengatakan setelah mengkonsumsi OAT selama satu bulan, mereka merasakan telah sembuh karena sudah tidak batuk lagi, dengan demikian tidak perlu kembali ke Puskesmas untuk mengambil obat, apalagi letak rumah jauh dari Puskesmas. Selanjutnya tiga orang penderita mengatakan ketika mengkonsumsi OAT, mereka merasa sangat tidak nyaman karena seluruh kulit tubuh terasa gatal dan tampak kemerah-merahan disertai rasa panas. Keluhan lain yang mereka rasakan ketika minum obat adalah terjadi ketulian (gangguan pendengaran) disertai rasa mual, serta satu orang mengatakan sangat sibuk bekerja ditambah rumah yang jauh dari Puskesmas, menyebabkan rasa malas kembali ke Puskesmas untuk mengambil obat.

PEMBAHASAN

Aspek Umur, Jenis Kelamin dan Pendidikan dengan kejadian drop out penderita TB Paru.

Ketiga aspek tersebut diatas, yakni umur, jenis kelamin dan pendidikan tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian drop out

1. Aspek Umur dengan kejadian drop out penderita TB Paru

Terkait hubungan antara umur dengan kejadian drop diketahui bahwa dari 100 responden yang diteliti golongan umur terbanyak adalah 21-30 tahun (36,0%) dan terkecil diatas 50 tahun (12,0%). Kemudian setelah golongan umur dikonversi sesuai yang diklasifikasikan menurut Badan Statistik Kota Sorong yakni kurang dari 45 tahun dan lebih dari 45 tahun, diketahui golongan umur lebih dari 45 tahun lebih banyak mengalami drop out (63,2%) dibanding golongan umur kurang dari 45 tahun (46,9%).

Hasil analisa Bivariat juga didapatkan bahwa golongan umur tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian drop out. Melalui uji chy square didapatkan nilai continuity correction=0,852, dan nilai $p=0,356$ ($p>0,05$).

2. Aspek Jenis kelamin dengan kejadian drop out penderita TB Paru

Terkait hubungan jenis kelamin dengan drop out diketahui bahwa dari 100 responden yang diteliti, jenis kelamin laki-laki lebih banyak (58,0%) dibanding jenis kelamin perempuan (42,0%).

Hasil analisa Bivariat diketahui jenis kelamin tidak mempunyai hubungan dengan kejadian drop out. Hasil perhitungan *Chy square* didapatkan nilai *continuity correction* =2,011 dengan nilai $p=0,156$ ($p>0,05$), serta jenis kelamin laki-laki yang paling banyak drop out (56,9%) dibanding perempuan (40,5%)

3. Aspek Pendidikan dengan kejadian drop out penderita TB Paru.

Terkait hubungan antara pendidikan dengan kejadian drop out diketahui bahwa dari 100 responden yang diteliti, tingkat pendidikan

terbanyak adalah SMP (44,0%) dan yang terkecil ada perguruan tinggi (1,0%). Kemudian hasil analisa bivariat didapatkan bahwa tingkat pendidikan tidak mempunyai hubungan dengan kejadian drop out. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji *Chi Square* nilai *continuity correction* = 0,563 dan nilai $p=0,453$ ($p>0,05$), serta tingkat pendidikan dasar lebih banyak drop out (52,5%) dibanding dengan tingkat pendidikan lanjutan (40,0%).

4. Aspek Pengetahuan dengan kejadian drop out penderita TB paru.

Terkait hubungan pengetahuan dengan kejadian drop out diketahui tingkat pengetahuan kurang lebih banyak (58,0%) dibanding dengan pengetahuan baik (42,0%). Kemudian hasil analisa bivariat didapatkan bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian drop out. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji *Chi Square* nilai *continuity correction* = 39,45 dan nilai $p=0,0001$ ($p<0,05$). Selain itu tingkat pengetahuan yang kurang banyak mengalami drop out (77,6%) dibanding tingkat pengetahuannya yang baik (11,9%).

5. Aspek Motivasi dengan kejadian drop out penderita TB Paru

Terkait aspek motivasi dengan kejadian drop out diketahui bahwa responden dengan tingkat motivasi yang kurang lebih besar (55,0%) dibanding motivasi baik (45,0%). Kemudian hasil analisa bivariat diketahui bahwa motivasi mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian drop out, hal mana dibuktikan dengan uji *Chi Square* didapatkan nilai *continuity correction* 52,364 dan nilai $p=0,0001$ ($p<0,05$). Kemudian responden dengan motivasi yang kurang lebih banyak mengalami drop out (83,6%) dibanding motivasi baik (8,9%).

6. Aspek PMO dengan kejadian drop out penderita TB Paru

Hubungan dukungan PMO dengan kejadian drop out diketahui bahwa peran dukungan PMO baik lebih besar (53,0%) dibanding yang kurang (47,0%). Kemudian hasil analisa bivariat didapatkan dukungan PMO mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian drop out, dibuktikan dengan hasil uji *Chi Square* nilai *Continuity correction* = 5,781 dan nilai $p=0,0001$ ($p<0,05$). Kemudian dukungan PMO kurang

lebih banyak drop out (63,8%) dibanding yang baik (37,7%).

7. Aspek Persepsi Akses dengan kejadian drop out Penderita TB Paru

Aspek persepsi akses dengan kejadian drop out diketahui bahwa persepsi akses yang kurang lebih besar (74,4%) dibanding yang baik (31,6%). Hasil analisa bivariat membuktikan bahwa persepsi tentang akses mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian drop out. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji *Chi Square* didapatkan nilai *continuity correction* = 16,320 dan nilai $p=0,0001$ ($p<0,05$). Kemudian persepsi akses yang kurang lebih banyak mengalami drop out (74,4%) dibanding persepsi akses yang baik (31,6%).

8. Aspek dukungan keluarga dengan kejadian drop out Penderita TB paru

Aspek dukungan keluarga dengan kejadian drop out diketahui bahwa dukungan keluarga kurang lebih besar (89,4%) dibanding dukungan yang baik (15,1 %). Kemudian hasil analisa bivariat diketahui bahwa dukungan keluarga mempunyai hubungan signifikan dengan kejadian drop out, hal mana dibuktikan dengan hasil perhitungan dengan *Chi Square* didapatkan nilai *continuity correction* = 52,027 dan nilai $p=0,0001$ ($p<0,05$). Kemudian juga diketahui bahwa dukungan keluarga yang kurang lebih banyak mengalami drop out (89,4%) dibanding yang baik yaitu (15,1%).

KESIMPULAN

1. Aspek Umur, Jenis Kelamin dan Pendidikan dengan kejadian drop out penderita TB Paru.

Ketiga aspek tersebut diatas, yakni umur, jenis kelamin dan pendidikan tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian drop out, dibuktikan dengan hasil uji *Chi square* masing-masing umur $p=0,308$ ($p>0,05$), jenis kelamin $p=0,156$ ($p>0,05$) dan pendidikan $p=0,453$ ($p>0,05$). Hal ini berarti bahwa aspek umur, jenis kelamin dan pendidikan bukanlah satu-satunya penyebab yang dapat mengakibatkan kejadian drop out bagi penderita TB Paru yang menjalani pengobatan di Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong.

2. Aspek Pengetahuan, Motivasi, Peran PMO, Persepsi Akses dan Dukungan Keluarga

Kelima aspek tersebut diatas masing-masing mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian drop out penderita TB Paru. Dibuktikan dengan hasil uji *Chi Square* didapatkan nilai p dari masing-masing aspek adalah $p=0,0001$ ($p < 0,05$).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa aspek pengetahuan, motivasi, peran PMO, persepsi akses dan dukungan keluarga yang kurang memadai akan dapat menyebabkan kejadian drop out terhadap penderita TB Paru yang menjalani pengobatan di Puskesmas dalam wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong.

DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes RI. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Cetakan kedelapan. Jakarta. 2002
2. Depkes RI. *Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi 2. Jakarta: 2010.
3. Genis Ginanjar Wahyu. TBC dan Tantangan Pencapaian MDGs di Bidang Kesehatan di Indonesia. Dowload 17 April 2011. Available Form: <http://beritasore.com/2009/03/17/sosialisasi-mdgs/htm>.
4. Aditama T. *Tuberkulosis, Diagnosis, Terapi dan Masalahnya*. Edisi ke empat. Jakarta: Penerbit Yayasan IDI; 2002.
5. Depkes RI. *Pedoman Nasional Program Penanggulangan Tuberkulosis*. Edisi ke dua. Jakarta: 2008.
6. Anna, Lusia Kus. *Kematian Per tahun Akibat TB Paru*, <http://file:///D:/Kematian TB pertahun.htm>, Jakarta: 2011.
7. Direktorat Jenderal PPM&L Departemen Kesehatan. *Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Disampaikan pada Seminar Sehari TB Paru Dalam rangka Peringatan Hari TB Sedunia ke 117. Jakarta. 1999
8. Green, L.W. *Health Promotion Planing and Educational and Environmental Approach*, Second Edition. Landon: Mayfield publishing Company; 1991.
9. Dinkes. *Profil Kesehatan Manokwari*. 2009.
10. Dinkes Kota Sorong. *Profil Kesehatan Sorong*. 2009.
11. Murti, B. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Gajah Mada Press; 1997.
12. Karolina. *Karakteristik Penderita Tuberkulosis Paru BTA Positif (Tesis)*. Medan: USU; 2007
13. Aditama, T. *Tuberkulosis Paru: Masalah dan Penanggulangannya*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia; 2002.
14. Murti, B. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Cetakan Pertama. Yogyakarta: Gajah Mada Press; 1997.
15. Nursalam. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Penerbit salemba Medika; 2008
16. Abednego, H.M.M. *Kebijakan baru dalam penanggulangan tuberkulosis di Indonesia*. Disampaikan pada Kongres VI Perhimpunan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia (PPTI). Ciloto Nopember 1996.