

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Persetujuan Responden

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian yang di lakukan oleh
Maria Anjanette Cleonita Sitti Gadur
dengan judul:

“ Pengaruh Penggunaan Aplikasi Digital *Mytheraphy* Terhadap Kepatuhan
Minum Obat Pada Pasien TB Di Puskesmas Oebobo Kota Kupang ”

Saya bersedia untuk memberikan informasi terkait Penggunaan Aplikasi Digital
Mytheraphy Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien TB Di Puskesmas
Oebobo Kota Kupang sebagai bentuk informasi untuk mengingatkan pasien minum
obat sehingga tidak lupa minum obat sesuai dosis, Jenis, jadwal dan lamanya
berobat oleh penderita / keluarga, demi kepentingan pasien, penelitian dan untuk
kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini saya sampaikan, agar dapat dipergunakan
sebagaimana mestinya.

Kupang, 2026
Responden

(.....)

Lampiran 2. Kuesioner Penelitian

JUDUL PENELITIAN : PENGARUH PENGGUNAAN APLIKASI DIGITAL MYTHERAPHY TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN TB DI PUSKESMAS OEBOBO KOTA KUPANG.

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama Responden : _____
2. Umur : _____ tahun
3. Jenis Kelamin :
☐ Laki-laki ☐ Perempuan
4. Pendidikan Terakhir :
☐ SD ☐ SMP ☐ SMA ☐ Perguruan Tinggi
5. Lama Pengobatan TB :
☐ < 2 bulan ☐ 2–6 bulan ☐ > 6 bulan
6. Fase Pengobatan TB :
☐ Intensif ☐ Lanjutan

B. PENGOBATAN

(Isi sesuai dengan terapi yang sedang dijalani)

1. Nama Obat yang Dikonsumsi:
☐ Isoniazid (H)
☐ Rifampisin (R)
☐ Pirazinamid (Z)
☐ Etambutol (E)
☐ Lainnya: _____
2. Jumlah obat per hari : _____ tablet/kapsul
3. Frekuensi minum obat :
☐ 1 kali/hari
☐ 2 kali/hari
☐ Lainnya: _____
4. Lama penggunaan obat TB sampai saat ini : _____ bulan

C. LEMBAR OBSERVASI KEPATUHAN MINUM OBAT

(Diisi oleh peneliti / petugas kesehatan)

Petunjuk: Beri tanda ✓ pada kolom yang sesuai

No	Hari/Tanggal	Obat Diminum Tepat Waktu	Terlambat Minum Obat	Terlewat Tidak Minum Obat	Keterangan
1		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
2		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
3		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
4		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
5		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
6		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
7		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
8		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
9		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
10		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
11		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
12		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
13		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	
14		☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	☐ Ya ☐ Tidak	

D. RINGKASAN KEPATUHAN (Rekap Mingguan/Bulanan)

1. Jumlah hari minum obat tepat waktu : _____ hari
2. Jumlah hari terlambat minum obat : _____ hari
3. Jumlah hari terlewat minum obat : _____ hari
4. Tingkat kepatuhan berdasarkan observasi:
 - ☐ Tinggi
 - ☐ Sedang
 - ☐ Rendah

E. KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)

(Instrumen baku, valid dan reliable)

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut sesuai dengan kondisi Anda.

(Sumber (Hardianita et al., 2024))

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda pernah lupa minum obat TB?	☐	☐
2	Dalam 2 minggu terakhir, apakah ada hari Anda tidak minum obat TB?	☐	☐
3	Pernahkah Anda menghentikan minum obat TB tanpa sepengetahuan petugas kesehatan?	☐	☐
4	Pernahkah Anda lupa membawa obat TB saat bepergian?	☐	☐
5	Apakah Anda minum obat TB kemarin?	☐	☐
6	Ketika merasa kondisi membaik, apakah Anda pernah berhenti minum obat TB?	☐	☐
7	Pernahkah Anda merasa terganggu harus minum obat TB setiap hari?	☐	☐
8	Seberapa sering Anda kesulitan mengingat waktu minum obat TB?	☐ Tidak pernah ☐ Jarang ☐ Sering	☐ ☐ Kadang ☐ Selalu

(Sumber (Hardianita *et al.*, 2024))

2. PENGGUNAAN APLIKASI DIGITAL MYTHERAPY

(Adaptasi dari *tehnology acceptance Model & Health Adherence Tools*)

Petunjuk: Beri tanda ✓ sesuai pendapat Anda

Skala:

1 = Sangat Tidak Setuju

2 = Tidak Setuju

3 = Setuju

4 = Sangat Setuju

No	Pernyataan	1	2	3	4
1	Saya menggunakan aplikasi <i>MyTherapy</i> setiap hari	☐	☐	☐	☐
2	Aplikasi <i>MyTherapy</i> mengingatkan saya waktu minum obat	☐	☐	☐	☐
3	Notifikasi <i>MyTherapy</i> mudah dipahami	☐	☐	☐	☐
4	Aplikasi <i>MyTherapy</i> membantu saya tidak lupa minum obat	☐	☐	☐	☐
5	Aplikasi <i>MyTherapy</i> mudah digunakan	☐	☐	☐	☐
6	Saya merasa terbantu dengan fitur pengingat obat	☐	☐	☐	☐
7	Saya lebih disiplin minum obat sejak menggunakan <i>MyTherapy</i>	☐	☐	☐	☐
8	Saya berniat terus menggunakan aplikasi <i>MyTherapy</i>	☐	☐	☐	☐

Lampiran. 3 Pengisian Kuesioner dan Buku Pemantauan Minum Obat

E. KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)
(Instrumen baku, valid dan reliable)
Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut sesuai dengan kondisi Anda.

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Apakah Anda pernah lupa minum obat TB?	☐	☒
2	Dalam 2 minggu terakhir, apakah ada hari Anda tidak minum obat TB?	☐	☒
3	Pernahkah Anda menghentikan minum obat TB tanpa sepengetahuan petugas kesehatan?	☐	☒
4	Pernahkah Anda lupa membawa obat TB saat bepergian?	☐	☒
5	Apakah Anda minum obat TB kemarin?	☒	☐
6	Ketika merasa kondisi membaik, apakah Anda pernah berhenti minum obat TB?	☐	☒
7	Pernahkah Anda merasa terganggu harus minum obat TB setiap hari?	☒	☐
8	Seberapa sering Anda kesulitan mengingat waktu minum obat TB?	☐ Tidak pernah ☒ ☐ Jarang ☐ Kadang ☐ ☐ Sering ☐ Selalu	

F. PENGGUNAAN APLIKASI DIGITAL MY THERAPHY

(Adaptasi dari *tehnology acceptance Model & Health Adherence Tools*)

Petunjuk: Beri tanda ✓ sesuai pendapat Anda

Skala:

1 = Sangat Tidak Setuju

2 = Tidak Setuju

3 = Setuju

4 = Sangat Setuju

No	Pernyataan	1	2	3	4
1	Saya menggunakan aplikasi MyTherapy setiap hari	☐	☐	☐	☒
2	Aplikasi MyTherapy mengingatkan saya waktu minum obat	☐	☐	☐	☒
3	Notifikasi MyTherapy mudah dipahami	☐	☐	☐	☒
4	Aplikasi MyTherapy membantu saya tidak lupa minum obat	☐	☐	☐	☒
5	Aplikasi MyTherapy mudah digunakan	☐	☐	☒	☐
6	Saya merasa terbantu dengan fitur pengingat obat	☐	☐	☐	☒
7	Saya lebih disiplin minum obat sejak menggunakan MyTherapy	☐	☐	☐	☒
8	Saya berniat terus menggunakan aplikasi MyTherapy	☐	☐	☐	☒

081237 968 222

Ariq

Tanggal Perjanjian TB: 163.0m
Mengambil Obat, Konsultasi Dokter, Periksa Ulang Dahak
P.B. 150kg

Tanggal	Tahap Pengobatan	Jml OAT yang Diberikan	Tgl harus kembali
30/6/25	Awal	8 Dosis	5/11/25
5/11/25	-	14 Dosis	29/11/25
10/11/25	-	14 Dosis	4/12/25
24/2/25	-	14 Dosis	10/2/25
18/12/25	-	6 Dosis	20/12/25
24/1/26	lanjutan	15 Dosis	8/01/2026
8/1/2026	-	21 Dosis	29/1/2026
25/1/26	-	21 Dosis	16/2/2026
19/1/26	-	20 Dosis	11/3/2026
11/3/2026	-	22 Dosis	04/04/2026
1/4/26	-	14 Dosis	7/4/26
11/04/26	-	23 Dosis	30/4/26
30/4/26	-	20 Dosis	20/5/26
30/5/26	-	40 Dosis	8/7/26

Bila kartu ini sudah penuh dapat diganti dengan kartu baru
M: 9/3/2026

Tanggal Perjanjian P: 158
Mengambil Obat, Konsultasi Dokter, Periksa Ulang Dahak
P.B. 513 kg

Tanggal	Tahap Pengobatan	Jml OAT yang Diberikan	Tgl harus kembali
20/4/26	awal	10 Dosis	30/4/2026
30/4/26	-	14 Dosis	13/5/26
13/5/26	-	14 Dosis	26/5/26
26/5/26	-	19 Dosis	10/6/26
10/6/26	lanjutan	30 Dosis	14/7/2026
14/7/26	lanjutan	20 Dosis	15/8/2026

Bila kartu ini sudah penuh dapat diganti dengan kartu baru

Tanggal Perjanjian TB: 160
Mengambil Obat, Konsultasi Dokter, Periksa Ulang Dahak
P.B. 111.6

Tanggal	Tahap Pengobatan	Jml OAT yang Diberikan	Tgl harus kembali
24/5/26	TR 3HA	15 Dosis	7/4/26
8/4/26	TR 3HA	23 Dosis	30/4/26
30/4/26	TR 3HA	21 Dosis	21/5/26
22/5/26	TR 3HA	30 Dosis	30/5/26
30/5/26	TR 3HA	15 Dosis	17/6/2026

Bila kartu ini sudah penuh dapat diganti dengan kartu baru

KLASIFIKASI BERDASARKAN LOKASI ANATOMIS

☒ Paru ☐ Ekstra Paru
Lokasi: _____

KLASIFIKASI BERDASARKAN RIWAYAT PENGobatan SEBELUMNYA

☒ Baru
☐ Diobati setelah gagal
☐ Kambuh
☐ Diobati setelah putus berobat (loss to follow up)
☐ Riwayat pengobatan sebelumnya tidak diketahui

Tanggal Mulai Berobat:

Tanggal: 13 Bulan: 12 Tahun: 2025

Paduan OAT yang Diberikan: 100% DDT 1x3

Lihat halaman sebelah

INGAT:

1. Peliharalah kartu anda dan bawa selalu bila datang ke fasilitas kesehatan
2. Anda dapat sembuh jika mengikuti aturan pengobatan dengan menelan obat secara teratur
3. Penyakit TBC dapat menyebar ke orang lain bila tidak diobati teratur

Tanggal Perjanjian TB: 158
Mengambil Obat, Konsultasi Dokter, Periksa Ulang Dahak
P.B. 41.5

Tanggal	Tahap Pengobatan	Jml OAT yang Diberikan	Tgl harus kembali
12/1/26	-	4 Dosis	6/2/26
16/1/26	lanjutan	12 Dosis	10/2/26
18/2/26	lanjutan	21 Dosis	4/3/26
1/3/26	-	20 Dosis	1/4/26
15/4/26	-	14 Dosis	5/4/26
29/4/26	-	14 Dosis	29/4/26
29/4/26	-	14 Dosis	12/5/26

Bila kartu ini sudah penuh dapat diganti dengan kartu baru

Tanggal Perjanjian untuk periksa ulang dahak

Harap datang untuk pemeriksaan ulang dahak pada:

1. Tanggal: 02/2/26 (seminggu sebelum akhir bulan ke: 2)
2. Tanggal: 15/4/26 (seminggu sebelum akhir bulan ke: 5)
3. Tanggal: 19/5/26 (seminggu sebelum akhir bulan ke: 6 (ap))
4. Tanggal: (seminggu sebelum akhir bulan ke:)

Catatan penting:

Hasil Pengobatan: Kotak diisi dengan tanggal

Sembuh Pengobatan Lengkap Gagal
Meninggal Putus berobat (loss to follow up) Tidak dievaluasi

Tanda Tangan Petugas Fasyankes:

Lampiran 4. Surat Izin Penelitian Dari Satu Pintu



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
 Jalan Basuki Rahmat Nomor 1 – Naikolan
 (Gedung B Lantai I, II Kompleks Kantor Gubernur Lama)
 Telp. (0380) 821827, Fax. (0380) 821827 WA : 081236364466
 Website : www.dpmtsp.nttprov.id Email : dpmtsp.nttprov@gmail.com
 KUPANG 85117

SURAT IZIN PENELITIAN

NOMOR : 500.16.7.2-000.9.2/603/DPMTSP/2026

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Drs. Alexander Berthianus Koroh, MPM
 Jabatan : Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
 Provinsi Nusa Tenggara Timur

Dengan ini memberikan Izin Penelitian kepada :

Nama : Maria A. C. Sitti Gadur
 NIM : PO5303332230600

Jurusan/Prodi : D3 Farmasi
 Instansi/Lembaga : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

Untuk melaksanakan penelitian, dengan rincian sebagai berikut :

Judul Penelitian : PENGARUH PENGGUNAAN APLIKASI DIGITAL MYTHERAPY
 TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN TB DI
 PUSKESMAS OBOBO KOTA KUPANG

Lokasi Penelitian : Puskesmas Oebobo Kota Kupang

Waktu Pelaksanaan

- a. Mulai : 02 Maret 2026
- b. Berakhir : 04 Mei 2026

Dengan ketentuan yang harus ditaati, sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan kegiatan penelitian, terlebih dahulu melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota Cq. Kepala Kesbangpol/DPMTSP setempat yang akan dijadikan obyek penelitian;
2. Mematuhi ketentuan peraturan yang berlaku di daerah/wilayah/lokus penelitian;
3. Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang materinya bertentangan dengan topik/judul penelitian sebagaimana dimaksud diatas;
4. Peneliti wajib melaporkan hasil penelitian kepada Gubernur Nusa Tenggara Timur Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi NTT;
5. Surat Izin Penelitian dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian Izin Penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 25 Februari 2026

a.n. Gubernur Nusa Tenggara Timur
 Kepala Dinas Penanaman Modal
 dan PTSP Provinsi NTT,

 Drs. Alexander Berthianus Koroh, MPM
 Pembina Tk. I
 NIP. 197004271990031005

Tembusan :

1. Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang;
2. Wakil Gubernur Nusa Tenggara Timur di Kupang;
3. Pih. Sekretaris Daerah Provinsi Nusa Tenggara Timur di Kupang;
4. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi NTT di Kupang;
5. Pimpinan Instansi/Lembaga yang bersangkutan.



Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 5. Surat Izin Dinas Kesehatan

	PEMERINTAH KOTA KUPANG DINAS KESEHATAN Jalan S. K. Lerik, Kelapa Lima, Kupang, NTT, Kode Pos : 85228 Laman: www.dinkes-kotakupang.web.id Email: dinkeskotakupang46@gmail.com						
SURAT IZIN NOMOR : B-258/Dinkes.400.7.22.2/II/2025 TENTANG IZIN PENELITIAN							
Dasar	: Surat dari Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Nusa Tenggara Timur, Nomor : 500.16.7.2-000.9.2/603/DPMPTSP /2026 tanggal 25 Februari 2026, Hal : Surat Izin Penelitian, maka dengan ini :						
MEMBERI IZIN							
Kepada	: Nama : Maria A. C. Sitti Gadur NIM : PO5303332230600 Jurusan/Prodi : D-III Farmasi Instansi/Lembaga : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang Judul Penelitian : Pengaruh Penggunaan Aplikasi Digital Mytherapy Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien TBdi Puskesmas Oebobo Kota Kupang Waktu Penelitian : 2 Maret s/d 4 Mei 2026 Lokasi Penelitian : UPTD. Puskesmas Oebobo						
Demikian Izin Penelitian ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.							
Kupang, 25 Februari 2026 an.KEPALA DINAS KESEHATAN KOTA KUPANG Plt. Sekretaris							
 I G. A. Ngurah Suarnawa, SKM., M.Kes. Pembina NIP. 19691227-199303 1 007							
Tembusan : disampaikan dengan hormat kepada :							
1. Kepala UPTD. Puskesmas Oebobo;							
2. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Paraf Hierarki</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kasubbag Keuangan dan Perlengkapan</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Inspektur Sarana dan Prasarana Fasyankes</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>		Paraf Hierarki		Kasubbag Keuangan dan Perlengkapan		Inspektur Sarana dan Prasarana Fasyankes	
Paraf Hierarki							
Kasubbag Keuangan dan Perlengkapan							
Inspektur Sarana dan Prasarana Fasyankes							

Lampiran 6. Surat Keterangan Selesai Penelitian



PEMERINTAH KOTA KUPANG
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS OBOBO
Jl. Palapa, Kel. Oebobo, Kode Pos 85111
Telp. (0380) 8439352

Website: puskobb-kotakupang.web.id Email: puskesmasoebobo@yahoo.com

SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN

Nomor : B-20/PUSK.OBB.800/V/2026

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Helena Hani, S.Kep, Ns
NIP : 19820725 200604 2 019
Pangkat, Gol. : Penata Tk. I, III/d
Jabatan : Penanggung Jawab Klaster Manajemen
UPTD Puskesmas Oebobo

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Maria Anjenette C. Sitti Gadur
NIM : PO5303332230600
Pekerjaan : Mahasiswa
Fakultas/ Jurusan : D-3 Farmasi
Universitas/PT : Poltekkes Kupang Kemenkes

Yang bersangkutan benar – benar telah melakukan Penelitian

pada tanggal : 3 Maret s/d 4 Mei 2026
Dengan judul : “Pengaruh Penggunaan Aplikasi Digital My Therapy
Terhadap Kepatuhan Minum Obat pada Pasien TB
di UPTD Puskesmas Oebobo Kota Kupang”

Kupang, 6 Mei 2026

An. Plt. Kepala UPTD Puskesmas Oebobo,



Helena Hani, S.Kep, Ns
Penata Tk. I, III/d
NIP: 19820725 200604 2 019

Tembusan : disampaikan dengan hormat kepada :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang
2. Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang

Paraf Hierarki	
Perawat Ahli Muda	

Lampiran 7. Dokumentasi responden





Lampiran 8. Surat Bebas Plagiat

	Kementerian Kesehatan Poltekkes Kupang Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo, Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111 (0380) 8800256 https://poltekkeskupang.ac.id
PERPUSTAKAAN TERPADU https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/ ; e-mail: perpustakaanterpadu61@gmail.com SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI	
Dengan ini menerangkan bahwa	
Nama	: Maria Anjanette Cleonita Sitti Gadur
Nomor Induk Mahasiswa	: PO5303332230600
Dosen Pembimbing	: Faizal R. Soeharto, S.Si., M.KKK.
Penguji	: Maria Hilaria, S.Si., S.Farm., Apt., M.Si.
Jurusan	: D-III FARMASI
Judul Karya Ilmiah	: PENGARUH PENGGUNAAN APLIKASI DIGITAL MYTHERAPY TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PASIEN TB DI PUSKESMAS OBOBO KOTA KUPANG
Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar 19% Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.	
Kupang, Agustus 2026 Admin Strike Plagiarism  Murry Jermias Kale SST NIP.198507042010121002	

No	Inisial	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan terakhir	Lama Pengobatan	Fase Pengobatan	OAT	Jumlah 64 Tab/kapsul perhari	Frekuensi minum obat
1.	FA	50	P	PT	2	Intensif	HRZE	4	1 kali sehari
2.	A	32	L	PT	1	Intensif	HRZE	5	1 kali sehari
3.	P	45	P	PT	4	Lanjutan	2HR	3	1 kali sehari
4.	E	33	P	PT	3	Lanjutan	HR	4	1 kali sehari
5.	KK	33	L	SMA	3	Lanjutan	HR	3	1 kali sehari
6.	FD	18	L	PT	2	Intensif	HRZE	4	1 kali sehari
7.	MU	36	L	SMA	3	Lanjutan	HR	4	1 kali sehari
8.	HT	72	L	SMA	3	Lanjutan	HR	4	1 kali sehari
9.	SN	50	P	SMA	1	Intensif	HRZE	4	1 kali sehari
10.	BB	46	P	PT	2	Intensif	HRZE	3	1 kali sehari
11.	AS	54	P	PT	3	Lanjutan	HR	4	1 kali sehari
12.	JL	20	P	SMA	2	Intensif	HRZE	4	1 kali sehari
13.	MW	17	L	SMA	1	Intensif	HRZE	3	1 kali sehari
14.	RL	77	L	SMA	2	Intensif	HRZE	3	1 kali sehari
15.	DO	42	L	SMA	3	Lanjutan	HR	4	1 kali sehari
16.	PK	57	L	PT	2	Intensif	HRZE	3	1 kali sehari
17.	JH	20	L	PT	3	Lanjutan	HR	4	1 kali sehari
18.	SN	30 S	L	SMA	5	Lanjutan	HR	4	1 kali sehari

19.	JM	39	L	PT	4	Intensif	HR	4	1 kali sehari
20.	AB	43	L	SMA	2	Intensf	HRZE	3	1 kali sehari
21.	BU	70	L	SD	4	Lanjutan	HR	3	1 kali sehari
22.	YO	49	L	SMP	4	Lanjutan	HR	4	1 kali sehari
23.	YK	29	P	PT	1	Intensif	HRZE	4	1 kali sehari
24.	GO	19	P	SMA	5	Lanjutan	HR	3	1 kali sehari
25.	AM	44	L	PT	2	Intensif	HRZE	4	1 kali sehari
26.	MS	7	L	SMA	3	Lanjutan	HR	4	1 kali sehari
27.	MK	39	L	PT	1	Intensif	HRZE	5	1 kali sehari
28.	RP	25	L	SMA	2	Intensif	HRZE	4	1 kali sehari
29.	YS	37	L	SMA	2	Intensif	HRZE	4	1 kali sehari
30.	MT	37	P	PT	3	Lanjutan	HR	4	1 kali sehari

Lampiran pretest

No	Inisial	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Total
1	FA	0	0	1	0	1	1	0	0	3
2	A	1	1	1	1	1	1	1	1	8
3	P	1	1	1	1	1	1	1	0	7
4	E	1	1	1	1	1	1	0	1	7
5	KK	0	0	1	0	1	1	1	1	5
6	FD	1	1	0	0	0	0	1	0	3
7	MU	0	1	1	0	1	0	0	0	3
8	HT	1	0	1	0	1	1	0	1	5
9	SN	1	1	1	1	0	1	1	1	7
10	BB	1	0	1	0	1	1	0	0	4
11	AS	0	0	1	0	1	0	1	1	4
12	JL	0	0	1	0	1	1	0	0	3
13	MW	1	0	1	0	1	1	0	0	4
14	RL	1	0	1	0	1	0	1	0	4
15	DO	1	0	0	1	1	0	0	0	4
16	PK	0	1	1	0	1	1	0	0	4
17	JH	0	0	1	0	1	1	0	1	4
18	SN	0	0	1	0	1	1	0	0	3
19	JM	1	1	1	1	1	1	0	1	7
20	AB	1	0	1	0	1	0	0	0	3
21	BU	1	1	1	0	1	1	1	0	6
22	YO	1	1	1	1	1	1	1	1	8
23	YK	1	1	1	1	1	1	1	1	8
24	GO	0	0	1	0	1	1	0	0	3

25	AM	0	0	1	0	1	1	0	0	3
26	MS	1	0	1	1	1	1	1	0	6
27	MK	1	1	1	0	1	1	1	0	6
28	RP	1	1	1	1	1	1	1	1	8
29	YS	0	0	1	0	1	1	0	0	3
30	MT	0	0	1	0	0	0	0	0	1

Lampiran uji wilcoxon signed rank test menggunakan spss
Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest - Pretest	Negative Ranks	4 ^a	8.50	34.00
	Positive Ranks	22 ^b	14.41	317.00
	Ties	4 ^c		
	Total	30		

a. Posttest < Pretest

b. Posttest > Pretest

c. Posttest = Pretest

Test Statistics^a

Posttest - Pretest	
Z	-3.620 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.