

SKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN PASIEN TUBERKULOSIS PARU DENGAN KEPATUHAN PELAKSANAAN PROGRAM DOTS DI PUSKESMAS PEGIRIAN SURABAYA

PENELITIAN DESKRIPTIF

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

TITY PUTRI ANGGUN PRATIWI

NIM. 010610142 B

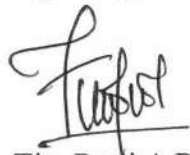
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2010

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 26 Juli 2010
Yang Menyatakan



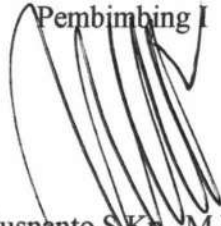
Tity Putri A.P
010610142B

LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL JULI 2010

Oleh

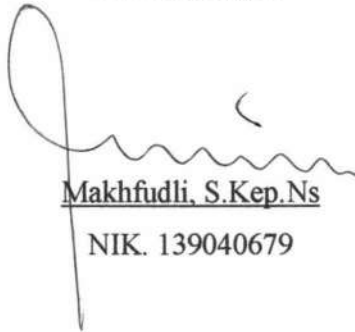
Pembimbing I



Kusnanto S.Kp., M.Kes

NIP. 196808291989031002

Pembimbing II



Makhfudli, S.Kep.Ns

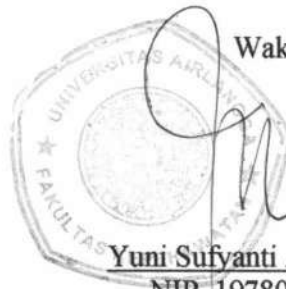
NIK. 139040679

Mengetahui,

a.n Dekan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes

NIP. 197806062001122001

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Telah Diuji

Pada Tanggal 02 Agustus 2010

PANITIA PENGUJI

Ketua : Harmayetty, S.Kp., M.Kes
NIP. 197004102000122001

Anggota : 1. Kusnanto S.Kp., M.Kes
NIP. 196808291989031002

2. Makhfudli, S.Kep.Ns
NIP 139040679

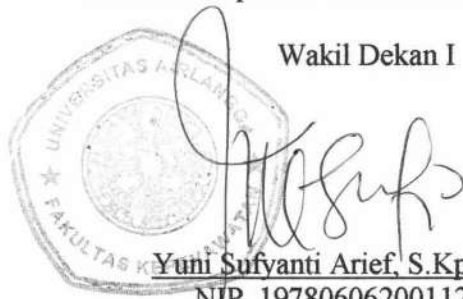

(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui,

a.n Dekan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan I



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes
NIP. 197806062001122001

MOTTO

*Orang yang berakal tidak akan bosan
menerima manfaat pendapat, tidak putus asa
dalam kondisi apa pun, dan tidak akan
berhenti berpikir dan berusaha*

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan bimbingannya sehingga kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KEPATUHAN DALAM MELAKSANAKAN PROGRAM DOTS PADA PASIEN TUBERKULOSIS PARU DI PUSKESMAS PEGIRIAN SURABAYA”** ini tepat pada waktunya. Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Berbagai kesulitan timbul pada penyusunan skripsi ini, untuk itu perkenankanlah peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Dr. Nursalam M.Nurs (Hons), selaku penjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Fakultas Keperawatan di Universitas Airlangga, Surabaya.
2. Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes, selaku wakil dekan I Fakultas keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya.
3. Kusnanto S.Kp., M.Kes, selaku penguji dan pembimbing yang juga telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Makhfudli, S.Kep. Ns, selaku penguji dan pembimbing yang juga telah memberikan dukungan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Harmayetty, S.Kp.,M.Kes, selaku penguji ketua yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
6. dr. Henky TK, selaku Kepala Puskesmas Pegirian Surabaya yang memberikan fasilitas penelitian dan staf Puskesmas di Puskesmas Pegirian Surabaya.

7. Dosen Staf pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
8. Orangtuaku dan kakakku tersayang yang telah memberikan dukungan, tenaga, waktu, pikiran serta do'a restu dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
9. Suamiku Mirta Wisdama Solikh yang kucinta selalu, terima kasih atas perhatian dan semua yang tak pernah habis kau berikan padaku, dukungan, dan motivasi yang tiada henti
10. Sahabatku yang kusayang selalu setia memberikan bantuan dan dukungan secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini
11. Teman-teman seangkatan dan seperjuangan yang telah mendukung skripsi ini.
12. Seluruh responden beserta keluarga dalam penelitian ini atas partisipasinya dan kerjasamanya selama ini
13. Seluruh pihak yang tidak dapat kami sebutkan namanya satu persatu atas bantuannya yang diberikan dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Kami menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi profesi keperawatan

Surabaya, Juli 2010

Penulis

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN LUNG TUBERCULOSIS PATIENT KNOWLEDGE AND DOTS PROGRAM IMPLEMENTATION COMPLIANCE IN PUSKESMAS PEGIRIAN SURABAYA

Descriptive Research

By: Tity Putri A.P

Lung Tuberculosis disease occurrence level is increase from year to year. Government has implemented DOTS program to prevent lung Tuberculosis, but in fact, it occurrence level is more increase and there is still lack of knowledge level in understanding over lung Tuberculosis. The knowledge can configure new behaviour which appropriate with knowledge gained. This research objective is to analyse relationship between knowledge level and therapy program implementation compliance behaviour over lung tuberculosis patient.

Study used is analytic descriptive method. Technical sampling used is total *sampling* method with sample size is amounting to 27 respondents. This research correlates knowledge as independent variable and compliance as dependent variable. Research instrument used are questionnaire and check list. Data are analyse using *spearman rho* with signification level $\alpha \leq 0.05$.

Research results using *rho spearman* conclude that $p=0.000 < \alpha=0.05$, so that the hypothesis is accepted, it means that there is relationship between knowledge level and DOTS program implementation compliance over lung tuberculosis patient. While positive value 0.697 addressing strong correlation.

Conclusion of this research reveal there is strong relation between knowledge level about lung tuberculosis and compliance to followed DOTS program in lung tuberculosis patient, so required participate for all health provider to giving counselling/ information concern lung tuberculosis therapy.

Keywords : Tuberculosis Disease

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
Daftar Singkatan.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan umum.....	4
1.3.2 Tujuan khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Teoritis.....	5
1.4.2 Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Perilaku.....	6
2.1.1 Definisi perilaku	6
2.1.2 Bentuk perilaku.....	6
2.1.3 Klasifikasi perilaku kesehatan	7
2.1.4 Perubahan perilaku.....	9
2.1.5 Pengukuran perilaku.....	11
2.1.6 Bentuk-bentuk perubahan perilaku.....	11
2.1.7 Determinan perilaku.....	12
2.1.8 Proses perubahan perilaku.....	19
2.1.9 Strategi perubahan perilaku.....	19
2.2 Pengetahuan.....	21
2.2.1 Definisi pengetahuan.....	21
2.2.2 Tingkat pengetahuan.....	21
2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan.....	22
2.2.4 Cara memperoleh pengetahuan.....	25
2.3 Kepatuhan	31
2.3.1 Definisi kepatuhan	31
2.3.2 Faktor yang mempengaruhi kepatuhan.....	32
2.3.3 Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan.....	33

2.4 Tuberkulosis Paru.....	36
2.4.1 Definisi Tuberkulosis Paru.....	36
2.4.2 Karakteristik kuman <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	36
2.4.3 Faktor resiko	37
2.4.4 Manifestasi klinik	38
2.4.5 Komplikasi	39
2.4.6 Pemeriksaan diagnostik.....	40
2.4.7 Cara penularan tuberkulosis paru.....	42
2.4.8 Pengobatan tuberkulosis paru	43
2.4.9 Pengawas Menelan Obat.....	48
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	51
3.1 Kerangka Konseptual	51
3.2 Hipotesis Penelitian.....	52
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	53
4.1 Desain Penelitian.....	53
4.2 Populasi, Besar Sampel, Tehnik Sampling.....	54
4.2.1 Populasi.....	54
4.2.2 Besar sampel.....	54
4.2.3 Tehnik sampling.....	54
4.3 Variabel Penelitian	55
4.3.1 Variabel independen.....	55
4.3.2 Variabel dependen.....	55
4.4 Definisi Operasional.....	55
4.5 Instrumen.....	56
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	57
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	57
4.8 Kerangka Operasional.....	59
4.9 Cara Analisis data.....	60
4.10 Etika Penelitian.....	62
4.11 Keterbatasan.....	63
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	64
5.1 Hasil Penelitian.....	64
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	64
5.1.2 Data umum.....	65
5.1.3 Data khusus.....	67
5.1.1 Hasil penilaian antara pengetahuan dengan kepatuhan.....	68
5.2 Pembahasan.....	69
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	74
6.1 Kesimpulan.....	74
6.2 Saran.....	74
Daftar Pustaka.....	76
Lampiran.....	79

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian.....	56
Tabel 5.1 Tingkat pengetahuan pasien Tuberkulosis paru dengan kepatuhan pelaksanaan program DOTS di Puskesmas Pegirian Surabaya dari tanggal 1-22 Juni 2010.....	68

Daftar Gambar

1. Gambar 2.1 Determinan Terbentuknya Perilaku.....	13
2. Gambar 2.2 <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	37
3. Gambar 2.3 Cara penularan Tuberkulosis paru.....	43
4. Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Hubungan Pengetahuan Pasien Tuberkulosis Paru dengan Kepatuhan Pelaksanaan Program DOTS di Puskesmas Pegirian Surabaya tanggal dari 1-22 Juni 2010.....	51
5. Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian Hubungan Pengetahuan Pasien Tuberkulosis Paru dengan Kepatuhan Pelaksanaan Program DOTS di Puskesmas Pegirian Surabaya dari tanggal 1-22 Juni 2010.....	59
6. Gambar 5.1 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya Tanggal 1-22 Juni 2010..	65
7. Gambar 5.2 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya Tanggal 1-22 Juni 2010..	66
8. Gambar 5.3 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya Tanggal 1-22 Juni 2010.....	66
9. Gambar 5.4 Hasil Penilaian Berdasarkan Pekerjaan di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya Tanggal 1-22 Juni 2010.....	67
10. Gambar 5.5 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pengetahuan di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya Tanggal 1-22 Juni 2010.....	67
11. Gambar 5.6 Hasil Penilaian Berdasarkan Kepatuhan di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya Tanggal 1-22 Juni 2010.....	68

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Permohonan menjadi Responden.....	81
Lampiran 2	Pernyataan Bersedia Menjadi Responden.....	82
Lampiran 3	Kuesioner.....	83
Lampiran 4	<i>Check List</i> Daftar Minum Obat	87
Lampiran 5	Hasil Tabulasi	89
Lampiran 6	Hasil Uji Statistik.....	91

DAFTAR SINGKATAN

1. BTA : Basil Tahan Asam
2. Depkes RI: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
3. Dinkes : Dinas Kesehatan
4. DOTS : *Directly Observed Treatment Shortcourse*
5. Gerdunas : Gerakan terpadu nasional
6. KDT : Kombinasi Dosis Tetap
7. OAT : Obat Anti Tuberkulosis
8. P2 : Pemberantasan penyakit
9. PMO : Pengawas Menelan Obat
10. PPMK : Program Pemberdayaan Masyarakat Kelurahan
11. WHO : *World Health Organization*

BAB I
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu penyakit penyebab kematian utama yang disebabkan oleh infeksi adalah Tuberkulosis paru. Penyakit Tuberkulosis paru merupakan penyakit kronis dan menular serta dapat kambuh, sehingga perawatan dan terapinya membutuhkan waktu yang lama. Diperkirakan sebagian besar 75% penderita Tuberkulosis paru adalah penduduk yang berusia produktif yaitu 15-50 tahun, dan penyakit ini merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan penyakit pernafasan akut pada seluruh kalangan usia (Depkes RI, 2009). Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2006 sekitar 8 juta penduduk dunia terserang Tuberkulosis paru dengan angka kematian 3 juta orang pertahun. Jumlah penderita Tuberkulosis paru propinsi Jawa Timur menduduki peringkat kedua setelah propinsi Jawa Barat (Hasan, 2010).

Puskesmas Pegirian merupakan salah satu puskesmas Kota Surabaya yang telah menerapkan program *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) dalam penanggulangan Tuberkulosis paru di wilayahnya, namun angka keberhasilan kesembuhan Tuberkulosis paru hanya mencapai 78% sedangkan standart nasional angka minimal yang harus dicapai adalah 85% (Dinkes Kota Surabaya, 2009). Berdasarkan laporan program Pemberantasan Penyakit (P2) Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian penduduk yang banyak datang ke puskesmas adalah penderita Tuberkulosis paru, bahkan bagian P2 Tuberkulosis paru terkadang menolak menerima pengobatan penderita Tuberkulosis paru

karena penyediaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) tidak memenuhi jumlah penderita yang datang berobat. Hasil interview dari studi pendahuluan di Puskesmas Pegirian tanggal 24 April 2010 pukul 08.00 delapan dari sepuluh penderita Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian tanggal dari pertanyaan yang diberikan didapatkan bahwa mereka tidak memahami pengetahuan dan pentingnya pengobatan Tuberkulosis paru sampai selesai. Berdasarkan hasil laporan bagian P2 Tuberkulosis mengatakan bahwa masih ada penderita Tuberkulosis paru yang tidak mengambil obat sesuai jadwal yang telah disepakakati. Dalam hal ini, hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan dalam melaksanakan program DOTS di wilayah kerja Puskesmas Pegirian belum terdiskripsikan dengan jelas, sehingga menjadi salah satu faktor pendukung terjadinya peningkatan kegagalan pengobatan Tuberkulosis paru di wilayah tersebut.

Indonesia tercatat sebagai penyandang penyakit Tuberkulosis paru peringkat tiga terbesar di dunia dan jumlah kematian ketiga terbesar setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan serta nomor satu terbesar dalam kelompok penyakit infeksi (WHO, 2009). Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009 menyebutkan terdapat sekitar 528.000 kasus Tuberkulosis paru baru di Indonesia. Di Jawa Timur pada tahun 2008 dilaporkan jumlah penderita Tuberkulosis paru sebanyak 22.312 orang. Jumlah penderita Tuberkulosis paru di Kota Surabaya 1,832 orang (Dinkes Kota Surabaya, 2008). Berdasarkan hasil di Puskesmas Pegirian tahun 2008 jumlah penderita Tuberkulosis paru pasien baru dengan Basil Tahan Asam (BTA) positif terdapat 62 penderita. Di Puskemas Pegirian pada tahun 2009 jumlah penderita

Tuberkulosis paru dengan pasien baru meningkat dengan BTA positif terdapat 66 penderita yang sebagian besar berusia 40-50 tahun dan sebagian besar tidak bekerja dengan mayoritas berpendidikan tingkat dasar. Menurut Hurlock usia 40-50 tahun adalah usia dimana seseorang memasuki suatu periode dengan perilaku yang baru sehingga mudah melakukan sesuatu tanpa memikirkan akibat yang terjadi. Penderita Tuberkulosis paru tahun 2008 berjumlah 62 dan tahun 2009 berjumlah 66 penderita. Penderita Tuberkulosis paru dari bulan januari sampai bulan mei tahun 2010 berjumlah 27 penderita. Puskesmas Pegirian Surabaya telah melaksanakan program DOTS sejak tahun 2003 dan telah memberikan penyuluhan kepada pasien Tuberkulosis paru secara perorang saat mengambil obat.

Puskesmas Pegirian telah melakukan upaya dengan kunjungan ke rumah jika penderita Tuberkulosis paru tidak melakukan kontrol kembali dan pemberian obat secara gratis. Namun demikian masih ada penderita Tuberkulosis paru yang tidak patuh dalam melaksanakan pengobatan sampai dengan selesai. Pada umumnya penderita Tuberkulosis paru menganggap penyakit Tuberkulosis paru tidak membutuhkan pengobatan yang lama. Mereka tidak memahami bahwa pengobatan Tuberkulosis paru yang tidak dilakukan sampai selesai akan berkembang menjadi penyakit yang berat dan semakin membutuhkan waktu pengobatan yang semakin lama (Puskesmas Pegirian, 2010).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan diantaranya tingkat pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, kurangnya informasi tentang terapi, sarana kesehatan serta dukungan dari profesional kesehatan (Notoadmodjo, 2003). Pengetahuan merupakan sesuatu yang penting dalam

membangun kesadaran untuk melakukan kepatuhan penderita. Oleh karena itu dalam penanggulangan Tuberkulosis paru diperlukan suatu penyuluhan bagi penderita Tuberkulosis paru dalam menyampaikan informasi tentang Tuberkulosis paru dan pengobatannya (Depkes RI, 2009). Dengan demikian diharapkan kepatuhan terhadap pengobatan Tuberkulosis paru dapat terlaksana secara maksimal dan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia.

1.2 Rumusan Masalah

Adakah hubungan pengetahuan pasien Tuberkulosis paru dengan kepatuhan dalam pelaksanaan program DOTS di Puskesmas Pegirian Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan hubungan pengetahuan pasien Tuberkulosis paru dengan perilaku kepatuhan dalam pelaksanaan program DOTS di Puskesmas Pegirian Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengukur pengetahuan pasien Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian Surabaya.
2. Mengukur tingkat kepatuhan dalam pengobatan Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian Surabaya.
3. Menganalisis hubungan pengetahuan pasien Tuberkulosis paru dengan kepatuhan dalam pelaksanaan program DOTS di Puskesmas Pegirian Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai informasi ilmiah tentang hubungan pengetahuan dengan kepatuhan dalam pelaksanaan program DOTS pada penderita Tuberkulosis paru dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam Ilmu Keperawatan Kesehatan Komunitas.

1.4.2 Praktis

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan di bagian pemberantasan penyakit menular untuk melakukan penyuluhan bagi penderita Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian Surabaya.
2. Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi di Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang berkaitan dengan hubungan pengetahuan dengan kepatuhan dalam melaksanakan program DOTS untuk penanggulangan penderita Tuberkulosis paru.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan konsep tentang: 1) perilaku, 2) pengetahuan, 3) konsep kepatuhan, dan 4) Tuberkulosis paru.

2.1 Perilaku

2.1.1 Definisi perilaku

Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan aktivitas organisme yang bersangkutan. Perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri. Oleh sebab itu perilaku manusia mempunyai bentangan yang sangat luas mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian, dan sebagainya. Bahkan kegiatan internal seperti berpikir, persepsi dan emosi yang juga merupakan perilaku manusia. Perilaku adalah apa yang dikerjakan organisme tersebut baik dapat diamati secara langsung atau tidak langsung (Notoatmodjo, 2003). Menurut Skinner dikutip oleh Notoatmodjo (2003), perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar.

2.1.2 Bentuk perilaku

Berdasarkan bentuk respons terhadap stimulus, perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2003) yaitu:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada

perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut serta belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Perilaku tertutup akan terjadi apabila respons seseorang terhadap rangsangan tersebut masih belum dapat diamati oleh orang lain (dari luar) secara jelas. Bentuk "*unobservable behavior*" atau "*covert behavior*" yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain (*observable behavior*) misalnya, ibu hamil datang ke puskesmas atau ke pelayanan kesehatan lainnya (dokter kandungan atau bidan praktik) untuk memeriksakan kehamilannya. Seorang ahli psikologi pendidikan, Benyamin Bloom (1908) dalam Azwar (2008) membedakan adanya terdapat tiga ranah atau domain perilaku, yakni kognitif, afektif dan psikomotor.

2.1.3 Klasifikasi perilaku kesehatan

Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, yaitu (Notoatmodjo, 2003):

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan

Perilaku pemeliharaan kesehatan adalah perilaku atau usaha-usaha untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.

2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan. Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri sampai mencari pengobatan ke luar negeri

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Perilaku kesehatan adalah bagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Perkataan lain, bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatan sendiri, keluarga, atau masyarakatnya. Menurut Becker (1979) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) membuat klasifikasi tentang perilaku kesehatan ini, yaitu:

- a) Perilaku hidup sehat

Perilaku hidup sehat adalah perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya.

- b) Perilaku sakit (*illness behavior*)

Perilaku sakit ini mencakup respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit, pengobatan penyakit, dan sebagainya.

c) Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*)

Berdasarkan segi sosiologi, orang sakit (pasien) mempunyai peran, yang mencakup hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang sakit sendiri maupun orang lain (terutama keluarganya), yang selanjutnya disebut perilaku peran orang sakit (*the sick role*). Perilaku ini meliputi:

- 1) Tindakan untuk memperoleh kesembuhan
- 2) Mengenal atau mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan atau penyembuhan penyakit yang layak
- 3) Mengetahui hak dan kewajiban orang sakit

2.1.4 Perubahan perilaku

Lewin (1951) yang dikutip oleh Nursalam (2002) mengungkapkan bahwa proses perubahan perilaku melalui tiga tahap:

1. Pencairan (*unfreezing*) yaitu adanya motivasi kuat untuk beranjak dari keadaan semula dan berubahnya keseimbangan yang ada.
2. Bergerak (*moving*) yaitu bergerak menuju keadaan yang baru
3. Pembekuan (*refreezing*) yaitu mencapai tingkat atau tahap yang baru atau mencapai keseimbangan yang baru

Sedangkan Roger (1962) yang dikutip oleh Nursalam (2002) mengembangkan teori Lewin dengan menekankan pada latar belakang individu yang terlihat dalam perubahan dan lingkungan dimana perubahan tersebut dilaksanakan yang terdiri lima tahap perubahan yaitu, 1) kesadaran, 2) keinginan, 3) evaluasi, 4) mencoba, dan 5) menerima. Perubahan menurut Rusmi (1999)

yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) adalah perubahan perilaku melalui proses yang merupakan kunci dalam bentuk tingkah laku manusia, belajar memegang peranan penting dalam aspek hampir disemua kehidupan, perubahan tingkah laku hasil pengalaman dan latihan serta bersifat relatif permanen.

Pendidikan secara umum adalah upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, masyarakat hingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidik. Berdasarkan batasan ini terdapat unsur-unsur pendidikan yaitu input adalah sarana pendidikan (individu, kelompok, masyarakat), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), output (melakukan apa yang diharapkan atau pelaku) sedangkan pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Aplikasi atau penerapan pendidikan kesehatan yang dimaksud adalah suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditunjukkan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Perkataan lain pendidikan kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Intervensi atau upaya tersebut agar efektif, maka sebelum diintervensi perlu dilakukan analisis terhadap masalah perilaku tersebut.

Reilly dan Oberman (2002) mengemukakan pembelajaran merupakan suatu proses perubahan perilaku yang berasal dari pengalaman yang prosesnya dengan urutan pengalaman, pembelajaran kemudian perilaku.

Proses pengalaman dikonsepsikan sebagai suatu keterlibatan seseorang secara utuh melalui kegiatan terus menerus dalam kehidupan. Mereka mengajukan suatu hirarki perilaku yang terdiri dari berbagai tahapan perkembangan yang harus

dilalui untuk memenuhi tujuan pembelajaran dari pengalaman yaitu tahap pemamparan, partisipasi, identifikasi, penguatan dan tahap penyebaran (Notoatmodjo, 2003).

Pembelajaran merupakan suatu proses individu dan merupakan pengalaman yang aktif, holistik serta melibatkan manusia dan lingkungan seutuhnya. Pembelajaran juga merupakan proses integratif untuk memasukkan pembelajaran baru keadaan bidang persepsi, sehingga menyebabkan reorganisasi bidang tersebut, dan ini menyebabkan peralihan pengetahuan atau ketrampilan apabila terdapat relevansi antara makna pengalaman yang lama dengan makna pengalaman baru (Notoatmodjo, 2003).

2.1.5 Pengukuran perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003) dalam Azwar (2008), pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan.

2.1.6 Bentuk-bentuk perubahan perilaku

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Di bawah ini diuraikan bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut WHO. Menurut WHO dalam Notoatmodjo (2003), perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga:

1. Perubahan alamiah (*natural change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

2. Perubahan terencana (*planned change*)

Perubahan perilaku ini memang direncanakan sendiri oleh subjek.

3. Kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*)

Apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya), dan sebagian lagi sangat lambat menerima inovasi atau perubahan tersebut. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda-beda.

2.1.7 Determinan perilaku

Determinan perilaku adalah faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua yaitu (Notoatmodjo, 2003):

1. Faktor internal

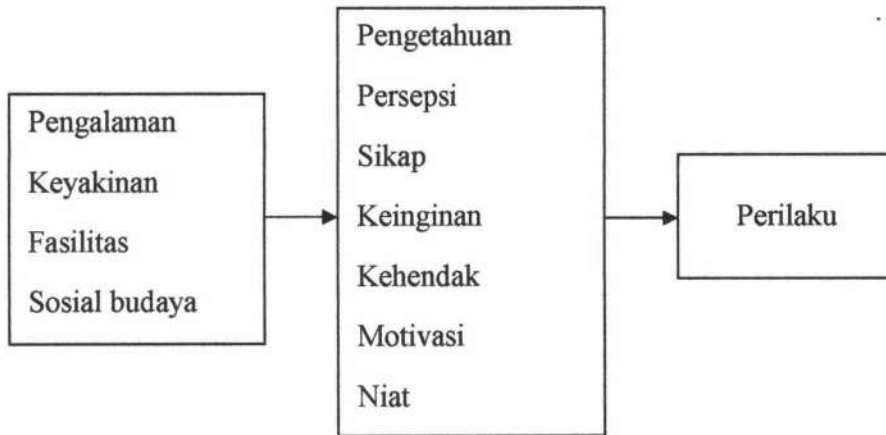
Faktor internal yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yakni tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin.

2. Faktor eksternal

Faktor eksternal yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik.

Asumsi determinan perilaku yang lain mendasarkan kepada teori kepribadian dari Spranger. Spranger membagi kepribadian manusia menjadi enam macam nilai kebudayaan yang dominan pada diri orang tersebut. Selanjutnya kepribadian tersebut akan menentukan pola dasar perilaku manusia yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2003).

Secara rinci perilaku sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minta, motivasi, persepsi, sikap, dan sebagainya. Namun demikian realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan tersebut di pengaruhi oleh faktor lain diantaranya adalah pengalaman, keyakinan, sarana atau fasilitas, sosial budaya dan sebagainya. Proses terbentuknya perilaku dapat diilustrasikan pada gambar berikut (Notoatmodjo, 2003).



Gambar 2.1 Determinan terbentuknya perilaku (Notoatmodjo, 2003)

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap faktor penentu yang dapat mempengaruhi perilaku khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain (Notoatmodjo, 2003)

1) Teori Lawrence Green (1980)

Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia berasal dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavioral causes*) dan diluar perilaku (*non behavioral causes*). Faktor perilaku ditentukan atau dibentuk oleh:

a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor-faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, dan tingkat sosial ekonomi. Faktor-faktor ini terutama yang positif mempengaruhi terwujudnya perilaku sehingga sering disebut faktor mempermudah (Notoatmodjo, 2003).

b. Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya puskesmas, posyandu, rumah sakit, tempat pembuangan sampah, tempat olahraga, makanan bergizi, uang, dan sebagainya. Dalam Berperilaku sehat, masyarakat perlu sarana dan prasarana yang memungkinkan untuk berperilaku sehat. Fasilitas yang tersedia pada hakikatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan, maka faktor ini disebut faktor pemungkin (Notoatmodjo, 2003).

c. Faktor pendorong (*reinforcing factor*)

Faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang, meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. Dalam hal ini untuk berperilaku sehat memerlukan contoh dari para tokoh masyarakatnya. Sikap dan perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat, dan dukungan keluarga juga merupakan faktor pendorong dalam perilaku kesehatan. Termasuk juga

Undang-Undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun daerah yang terkait dengan kesehatan. Dalam berperilaku sehat, masyarakat kadang bukan hanya perlu pengetahuan, sikap positif, dan dukungan fasilitas saja, melainkan diperlukan acuan dari tokoh masyarakat, tokoh agama, para petugas kesehatan. Disamping itu undang-undang juga diperlukan untuk memperkuat perilaku masyarakat tersebut (Notoatmodjo, 2003).

2) Teori Kar (1983) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003)

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan bertitik tolak bahwa perilaku merupakan fungsi dari:

- a) Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya
- b) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya
- c) Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan
- d) Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan
- e) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak

3) Teori WHO (1984) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003)

WHO menganalisa bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu adalah:

- (a) Pemikiran dan perasaan yaitu dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian seseorang terhadap objek (objek kesehatan)
 - (1) Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain

- (2) Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek .
Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu
- (3) Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek.
Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat. Sikap membuat orang menjauhi atau mendekati orang lain. Sikap positif terhadap tindakan-tindakan kesehatan tidak selalu terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu, sikap akan diikuti oleh tindakan mengacu kepada pengalaman orang lain, sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang

(b) Orang penting sebagai referensi

Perilaku orang lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk di contoh.

- (c) Sumber daya (*resources*), mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya. Semua itu berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat. Pengaruh sumber daya terhadap perilaku dapat bersifat positif maupun negatif

- (d) Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola kehidupan yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama dan selalu berubah, baik lambat maupun cepat sesuai dengan peradaban umat manusia

4) Sunaryo (2004) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang antara lain:

1) Faktor genetik/ endogen

Faktor genetik merupakan modal dasar untuk kelanjutan perkembangan perilaku makhluk hidup. Yang termasuk faktor genetik/ endogen yaitu:

a) Jenis ras

Setiap ras didunia memiliki perilaku yang spesifik, saling berbeda satu dengan lainnya

b) Jenis kelamin

Perbedaan perilaku antara pria dan wanita dapat dilihat dari cara berpakaian dan melakukan pekerjaan sehari-hari. Pria berperilaku atas dasar pertimbangan rasional atau akal, sedangkan wanita atas dasar pertimbangan emosional atau perasaan

c) Sifat kepribadian

Perilaku individu adalah manifestasi dari kepribadian yang dimilikinya sebagai perpaduan antara faktor genetik dan lingkungan. Perilaku individu tidak ada yang sama karena adanya perbedaan kepribadian yang dimiliki individu, dipengaruhi oleh beberapa aspek kehidupan seperti pengalaman, usia, watak, tabiat, system norma, nilai, dan kepercayaan yang dianutnya

d) Sifat fisik

Kalau diamati perilaku akan berbeda-beda karena sifat fisiknya, misalnya perilaku individu yang pendek dan gemuk berbeda dengan individu yang memiliki sifat tinggi kurus

e) Intelegensi

Intelegensi sangat berpengaruh terhadap perilaku individu. Individu yang inteligen yaitu individu yang dalam mengambil keputusan dapat bertindak tepat, cepat, dan mudah. Sebaliknya individu yang memiliki inteligen rendah dalam mengambil keputusan akan bertindak lambat.

2) Faktor eksogen

a) Faktor lingkungan

Lingkungan berpengaruh terhadap perilaku karena lingkungan merupakan lahan untuk perkembangan perilaku

b) Pendidikan

Kegiatan pendidikan formal maupun informal berfokus pada proses belajar mengajar dengan tujuan agar terjadi perubahan perilaku yaitu dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti, dan dari tidak dapat menjadi dapat

c) Agama

Agama sebagai suatu keyakinan hidup untuk masuk ke dalam kepribadian seseorang sangat berpengaruh dalam cara berpikir, bersikap, bereaksi, dan berperilaku individu

d) Sosial ekonomi

Sosial ekonomi akan berpengaruh terhadap perilaku individu yang ada dalam keluarga tersebut. Keluarga yang status ekonominya cukup akan mampu menyediakan segala fasilitas yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sebaliknya keluarga dengan sosial ekonomi rendah akan mengalami kesulitan di dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

2.1.8 Proses perubahan perilaku

Penelitian Rogers (1974) dikutip dalam Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. *Awareness* (kesadaran) yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu
2. *Interest* yakni orang mulai tertarik kepada stimulus
3. *Evaluation* yaitu baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial* yakni orang telah mulai mencoba perilaku baru
5. *Adoption* yaitu subjek berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus

Penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2003).

2.1.9 Strategi perubahan perilaku

Di dalam program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkrit dan positif. Beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga (Notoatmodjo, 2003) yaitu:

1. Menggunakan kekuatan/ kekuasaan atau dorongan

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Misalnya dengan adanya peraturan-peraturan/ perundang-undangan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat, cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum disadari oleh kesadaran sendiri.

2. Pemberian informasi

Pemberian semua informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka sendiri.

3. Diskusi partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara yang kedua diatas yang dalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Pengetahuan-pengetahuankesehatan sebagai dasar perilaku yang diperoleh secara mantap dan lebih mendalam, pada akhirnya merupakan referensi perilaku bagi orang lain.

2.2 Pengetahuan

2.2.1 Definisi pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2003). Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh proses pembelajaran. Proses pembelajaran sendiri dipengaruhi oleh kondisi subyek belajar yaitu intelegensi, daya tangkap, ingatan, motivasi dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003). Menurut Mc Ghine (1996) dalam Notoatmodjo (2003) pendidikan tidak hanya sekedar mengenalkan orang pada fakta-fakta baru, tetapi juga membantu mereka untuk tidak terlalu kaku dalam asumsi dan cara berfikir mereka. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*)

2.2.2 Tingkat pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

- 1) Tahu, yang diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.
- 2) Memahami, diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

- 3) Aplikasi, diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi.
- 4) Analisis, adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satusama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti menggambarkan (membuat bagan), memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.
- 5) Sintesis, menunjukkan kepada suatu bentuk keseluruhan yang baru. Misalnya dapat menyusun teori atau rumusan- rumusan yang telah ada.
- 6) Evaluasi, berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan *justifikasi* terhadap suatu materi atau obyek.

2.2.3 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Pengetahuan dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga individu berperilaku sesuai keyakinan tersebut. Notoatmodjo (2003) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan resultan dari akibat proses penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan pendengaran. Pengukuran atau penilaian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuesioner berisi materi yang akan diukur dari responden.

Menurut Tobing (2005) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) yang mengatakan bahwa pendidikan dan lingkungan mempengaruhi *attitude*, cara pandang, pengetahuan dan orientasi hidup seseorang. Informasi yang diperoleh dari berbagai sumber akan mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang.

Seseorang yang memperoleh banyak informasi maka ia cenderung mempunyai pengetahuan lebih luas (Notoatmodjo, 2003).

Beberapa faktor yang mempengaruhi terbentuknya pengetahuan yaitu:

1. Intelegensi

Dalam memecahkan masalah baik secara cepat atau lambat, faktor yang menentukan adalah intelegensi dari individu yang bersangkutan. Intelegensi dikaitkan dengan kemampuan memecahkan masalah, kemampuan belajar atau kemampuan berpikir abstrak (Walgito, 2002).

Menurut Burt dalam Poerwanto (1999), intelegensi merupakan kemampuan mengadakan sintesis. Kemampuan intelektual adalah relasi-relasi logis melalui sintesis. Sintesis sendiri menunjukkan pada tingkatan pengetahuan dimana seseorang mampu menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

2. Pendidikan

Pendidikan merupakan proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu menjadi tahu dan dari tidak mampu mengatasi masalah sendiri menjadi mandiri. Pendidikan kesehatan merupakan usaha atau kegiatan membantu individu, kelompok dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuan baik pengetahuan sikap maupun ketrampilan untuk mencapai hidup sehat secara optimal (Niven, 1995).

3. Pengalaman

Pengetahuan ini dipengaruhi oleh pengalaman. Ada dua macam pengalaman yaitu pengalaman yang datang dari penginderaan (*sensation*) dan yang datang dari refleksi (*reflection*). Ide atau pengertian yang datang dari

penginderaan adalah *sensory* input, langsung dari obyek fisik yang datang dari lingkungan dan merupakan *impression* yang sederhana. Operasional dalam otak atas dasar penginderaan merefleksikan ide. Fungsi kognitif berkaitan dengan refleksi sebagai sumber dari ide atau pengertian bergantung pada pengalaman sensoris, pengalaman melalui alat indera (Walgito, 2002).

4. Informasi

Informasi secara tetap masuk pikiran kita melalui indera kita. Informasi penting bagi terbentuknya persepsi seseorang. Persepsi yang keliru akan menyebabkan sikap dan perilaku yang keliru pula. Individu harus mampu menyerap informasi yang diterima secara baik. Untuk dapat menyerap informasi diperlukan kemampuan menalar yang baik. Jika kemampuan menalar baik maka pengolahan, penyusunan serta pemahaman informasi akan baik pula.

Informasi diperoleh melalui pengalaman baik secara langsung dan tidak langsung, Pengalaman langsung berarti pengalaman itu dialami sendiri oleh individu yang bersangkutan. Pengalaman tidak langsung artinya individu memperoleh informasi dari buku atau dari sumber lain seperti teman, pakar dan sebagainya (Satiadarma, 2001).

5. Lingkungan

Kita belajar dari berbagai pengetahuan, ketrampilan, sikap atau norma-norma tertentu dari lingkungan sekitar kita. Lingkungan tersebut disebut sumber-sumber belajar, karena dengan lingkungan tersebut memungkinkan kita berubah dari tidak tahu menjadi tahu dari tidak mengerti menjadi mengerti dan dari tidak terampil menjadi terampil (Rohani, 1997).

2.2.4 Cara memperoleh pengetahuan

Sumber pengetahuan adalah pengalaman dan pengamatan panca indera yang memberi data atau fakta bagi pengetahuan, semua konsep dan ide yang kita anggap benar sesungguhnya bersumber dari pengalaman dengan objek yang ditangkap melalui panca indera, dan pengetahuan yang didasarkan pada pengenalan langsung dengan objek mempunyai tingkat objektivitas yang cukup tinggi (Keraf, 2001).

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin di ukur dari subjek penelitian atau responden. Sumber pengetahuan adalah pengalaman dan pengamatan pancaindera yang memberi data dan fakta bagi pengetahuan (Keraf, 2001). Adapun sumber pengetahuan manusia antara lain:

1. Tradisi

Tradisi adalah suatu dasar pengetahuan dimana setiap orang tidak dianjurkan untuk memulai mencoba memecahkan masalah. Akan tetapi, tradisi mungkin terdapat kendala untuk kebutuhan manusia karena beberapa tradisi begitu melekat sehingga validitas, manfaat, dan kebenarannya tidak pernah diteliti (Nursalam & Siti Pariani, 2001).

2. Pengalaman seseorang

Kita semua memecahkan suatu permasalahan berdasarkan observasi dan pengalaman sebelumnya, dan ini merupakan pendekatan yang paling penting serta bermanfaat. Kemampuan untuk menyimpulkan, mengetahui aturan, dan membuat prediksi berdasarkan observasi adalah penting bagi pola penalaran manusia. Akan tetapi, pengalaman individu tetap mempunyai keterbatasan

pemahaman: sikap pengalaman seseorang mungkin terbatas untuk membuat kesimpulan yang valid tentang situasi, dan pengalaman seseorang diwarnai dengan penilaian yang bersifat subjektif (Nursalam & Siti Pariani, 2001).

Pengetahuan didasarkan pada pengenalan pribadi yang langsung dengan objek artinya bahwa yang disebut pengetahuan memang benar didasarkan pada pengenalan dan pengalaman langsung dari objek. Selain itu pengetahuan adalah dimana subjek mampu membuat penilaian tertentu atas objeknya karena pengenalan dan pengalaman pribadi yang bersifat langsung dari objek. Artinya subjek benar-benar tahu tidak hanya dari luar namun dari dalam juga (Keraf, 2001).

Keraf (2001) menyebutkan bahwa pengalaman yang bisa mempengaruhi pengetahuan adalah pengalaman yang terjadi melalui dan berkat bantuan panca indera khususnya yang bersifat spontan dan langsung. Dengan kata lain pengalaman, percobaan, pengamatan, penelitian langsung di lapangan untuk mengumpulkan data dan fakta itulah merupakan titik tolak dari pengetahuan manusia karena pada dasarnya kita tahu tentang sesuatu hanya berdasarkan dengan titik tolak pengalaman indera kita.

3. Pendidikan

Suwarno (2001) yang dikutip oleh Nursalam (2001) menyebutkan bahwa pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi, misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan, sehingga meningkatkan kualitas hidup.

Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang dan perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan kesehatan (Nursalam & Siti Pariani, 2003).

Kuncoroningrat (1997) yang dikutip dalam Notoatmodjo (2003) menyebutkan bahwa makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

4. Pekerjaan

Thomas (1996) dikutip oleh Nursalam (2001) mengatakan bahwa pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan keluarganya. Markum (1991) yang dikutip oleh Nursalam (2001) menyebutkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga.

5. Umur

Menurut Hurlock (1995) dikutip dalam Nursalam (2001) mengatakan bahwa usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari orang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Menurut Hurlock (2002) mengemukakan pembagian periode perkembangan umur manusia yaitu umur 13-17 tahun atau periode remaja yaitu

masa terjadinya perubahan-perubahan yang cepat termasuk perubahan aspek kognitif, emosi, sosial, dan pencapaian. Sebagian remaja mampu mengatasi transisi ini dengan baik, namun beberapa remaja bisa jadi mengalami penurunan pada kondisi psikis, fisiologis dan sosial. Umur 18-40 tahun atau periode dewasa awal adalah masa pencarian kemandirian dan suatu masa yang penuh dengan masalah dan ketegangan emosional, periode isolasi sosial periode komitmen dan masa ketergantungan, perubahan nilai-nilai, kreativitas dan penyesuaian diri pada pola hidup yang baru. Umur 41-60 tahun atau periode dewasa madya adalah Masa dewasa madya merupakan masa transisi, dimana pria dan wanita meninggalkan ciri-ciri jasmani dan perilaku masa dewasanya dan memasuki suatu periode dalam kehidupan dengan ciri-ciri jasmani dan perilaku yang baru serta menerima dan menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik dan fisiologi. Umur lebih dari 60 tahun atau periode usia lanjut adalah periode penutup dalam rentang hidup seseorang. Masa ini dimulai dari umur enam puluh tahun sampai mati, yang ditandai dengan adanya perubahan yang bersifat fisik dan psikologis yang semakin menurun.

Pengetahuan individu biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, misalnya media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Menurut Notoatmodjo (2002) banyak yang digunakan untuk memperoleh, namun sepanjang sejarah cara mendapatkan pengetahuan dikelompokkan menjadi dua, yakni:

1) Cara tradisional atau non ilmiah

Cara tradisional terdiri dari empat cara, yaitu:

a. *Trial dan Error*

Cara ini dipakai orang sebelum ada kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Pada waktu itu bila seseorang menghadapi persoalan atau masalah, upaya yang dilakukan hanya dengan coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain sampai berhasil. Oleh karena itu cara ini disebut dengan metode *trial* (coba) dan *error* (gagal atau salah) atau metode ini telah banyak jelasnya terutama dalam menemukan teori-teori dalam berbagai ilmu pengetahuan. Hal ini juga merupakan pencerminan dari upaya memperoleh pengetahuan, Hal ini merupakan pencerminan dari upaya memperoleh pengetahuan, walaupun pada taraf yang masih primitif. Di samping itu pengalaman yang diperoleh melalui penggunaan metode ini banyak membantu perkembangan berpikir dan kebudayaan manusia kearah lebih sempurna.

b. Kekuasaan atau otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari banyak sekali kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan itu baik atau tidak. Kebiasaan ini tidak hanya terjadi pada masyarakat tradisional saja melainkan juga terjadi pada masyarakat modern. Kebiasaan-kebiasaan ini seolah-olah diterima dari sumbernya sebagai kebenaran yang mutlak. Sumber pengetahuan ini dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun informal sebagai

misal ahli agama, pemegang pemerintahan, dan sebagainya. Dengan kata lain pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan baik tradisi, otoritas pemerintahan, otoritas pemimpin agama, maupun ahli pengetahuan.

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Adapun pepatah mengatakan “Pengalaman adalah guru yang terbaik”. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan

d. Jalan pikiran

Sejalan dengan perkembangan kebudayaan umat manusia, cara berpikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dan memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menjalankan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi. Induksi dan deduksi pada dasarnya adalah cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pertanyaan-pertanyaan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungannya sehingga dapat dibuat suatu kesimpulan. Apabila proses pembuatan kesimpulan ini melalui pertanyaan-pertanyaan khusus kepada yang umum dinamakan induksi. Deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pertanyaan-pertanyaan umum kepada khusus.

2) Cara ilmiah atau cara modern

Dalam memperoleh pengetahuan dewasa ini menggunakan cara yang lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian.

2.3 Kepatuhan

2.3.1 Definisi kepatuhan

Patuh adalah sikap positif yang ditunjukkan dengan adanya perubahan secara berarti sesuai tujuan pengobatan yang ditetapkan (Carpenito, 2000). Kepatuhan adalah suatu perilaku dari seseorang yang secara tetap dan periodik untuk melakukan aktivitasnya. Perilaku kelengkapan/kepatuhan berobat seseorang pada dasarnya merupakan respon seseorang atau masyarakat terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakitnya, sistem pelayanan kesehatan dan pengobatannya (Notoatmodjo, 2003). Menurut Sackett (1976) yang dikutip oleh Niven (1995), kepatuhan pasien diartikan sebagai sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan.

Menurut Feldman (2003), kepatuhan mempunyai arti perubahan perilaku yang ditunjukkan dalam merespon perintah dari seseorang. Kepatuhan berasal dari kata *obedience* sebagai salah satu bentuk *compliance*, yang terjadi ketika individu mengikuti perintah langsung (*direct commands*) yang umumnya diberikan oleh seseorang dalam posisi berkuasa atau memiliki otoritas (Matsumoto & Juang, 2004). Dalam kamus besar bahasa Indonesia tahun 2002, kepatuhan adalah taat pada aturan atau suka menurut pada perintah yang diberikan padanya. Dapat disimpulkan kepatuhan merupakan sebagai perilaku mengikuti perintah secara langsung dari seseorang yang memiliki *figure* otoritas atau kekuasaan.

2.3.2 Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Menurut Feurstein (1986) yang dikutip oleh Niven (1995) terdapat lima faktor yang mendukung kepatuhan pasien yaitu:

1. Pendidikan

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku- buku dan kaset oleh pasien secara mandiri.

2. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Sebagai contoh, pasien yang lebih mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan, sementara pasien yang lebih mengalami ansietas dalam menghadapi sesuatu harus diturunkan dahulu tingkat ansietasnya dengan cara menyakinkan dia dengan teknik teknik lain sehingga ia termotivasi untuk mengikuti anjuran pengobatan.

3. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman- teman. Kelompok- kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program-program pengobatan seperti pengurangan berat badan, berhenti merokok, dan menurunkan konsumsi alkohol.

4. Perubahan model terapi

Program-program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin, dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut. Dengan cara ini komponen-

komponen sederhana dalam program pengobatan dapat diperkuat, untuk selanjutnya dapat mematuhi komponen-komponen yang lebih kompleks.

5. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien

Hal ini penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis.

2.3.3 Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian menurut Niven (2002) antara lain:

1. Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorangpun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Ley dan Spelman (1967) yang dikutip oleh Niven (2002) menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti instruksi yang diberikan pada mereka. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap. Penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat pasien.

2. Kualitas interaksi

Riset tentang faktor-faktor interpersonal yang mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan menunjukkan pentingnya sensitifitas dokter terhadap komunikasi verbal dan non verbal pasien dan empati terhadap perasaan pasien akan menghasilkan suatu kepatuhan sehingga akan menghasilkan suatu kepuasan.

3. Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial secara negatif berhubungan dengan kepatuhan (Baekeland & Luddwall, 1975 dikutip oleh Niven, 2002). Anggota-anggota jaringan individu seringkali mempengaruhi seseorang mencari pelayanan kesehatan.

4. Keyakinan, sikap dan kepribadian

Kepribadian secara benar dibedakan antara orang yang patuh dengan yang gagal. Orang-orang yang tidak patuh adalah orang yang lebih mengalami depresi, ansietas, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan yang kehidupannya lebih memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lemah ditandai dengan kekurangan dalam hal pengendalian diri sendiri dan kurangnya penguasaan terhadap lingkungan. Pemusatan terhadap diri sendiri dalam lingkungan mengukur tentang bagaimana kenyamanan seseorang berada dalam situasi sosial. Blementhal (1982) mengatakan bahwa cirri-ciri kepribadian tersebut menyebabkan seseorang cenderung tidak patuh dari program pengobatan.

Berbagai strategi telah dicoba untuk meningkatkan kepatuhan seperti misalnya meningkatkan ketrampilan komunikasi para perawat, memberikan informasi yang jelas pada pasien mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya, keterlibatan lingkungan sosial (misalnya keluarga), dan beberapa pendekatan perilaku.

Menurut Taylor (1990), Sarafino (1990) dan Ley (1992) yang dikutip oleh Smet (1994) menyatakan bahwa peranan para ahli di dalam perilaku kepatuhan sering diremehkan. Salah satu strategi untuk meningkatkan kepatuhan adalah memperbaiki komunikasi antara perawat dengan pasien. Dengan adanya komunikasi pasien bisa mendapatkan informasi sehingga tingkat pengetahuan pasien akan meningkat. Hal ini dapat menciptakan kepatuhan pada pasien. Dukungan sosial juga menjadi suatu faktor yang penting yang mempengaruhi kepatuhan, tenaga kesehatan seharusnya juga mencoba untuk mempertinggi dukungan sosial. Jika perawat dapat memperoleh jalan masuk kekeluarga pasien, ketidakpatuhan bisa lebih jauh lagi dikurangi. Riset telah mempertunjukkan bahwa jika kerja sama anggota keluarga diperoleh, kepatuhan menjadi lebih tinggi (Taylor, 1991). Lebih lanjut banyak pendekatan perilaku telah dicoba untuk kelompok pasien yang berbeda (Sarafino, 1990; Taylor, 1991).

Kepatuhan pasien program kesehatan dapat ditinjau dari berbagai perspektif teoritis: 1) biomedis yang mencakup demografi pasien, keseriusan penyakit dan kompleksitas program pengobatan; 2) teori perilaku/ pembelajaran sosial yang menggunakan pendekatan behavioristik dalam hal *reward*, petunjuk, kontrak dan dukungan sosial; 3) perputaran umpan balik komunikasi dalam hal mengirim, menerima, memahami, menyimpan dan penerimaan; 4) teori keyakinan rasional, yang menimbang manfaat pengobatan dan risiko penyakit melalui penggunaan logika *cost benefit*; dan 5) sistem pengaturan diri, pasien dilihat sebagai pemecah masalah yang mengatur perilakunya berdasarkan persepsi atas penyakit, ketrampilan kognitif, dan pengalaman masa lalu yang mempengaruhi kemampuan

mereka untuk membuat rencana dan mengatasi penyakit (Eraderet al, 1984; Levanthal & Cameron, 1987 dalam Niven, 1995).

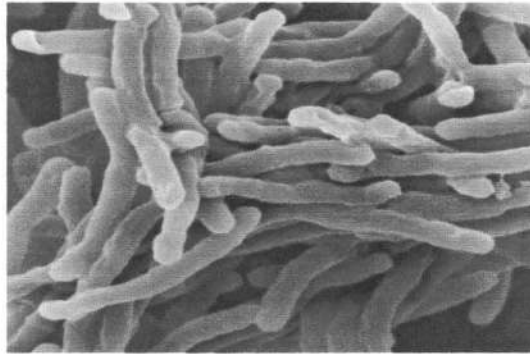
2.4 Tuberkulosis Paru

2.4.1 Definisi Tuberkulosis paru

Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dengan gejala yang sangat bervariasi (Mansyoer, 1999). Tuberkulosis paru adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*, dan Tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit saluran pernapasan bagian bawah (Alsagaff, 2005).

2.4.2 Karakteristik kuman *Mycobacterium tuberculosis*

Jenis kuman yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1- 4 μm dan tebal antara 0,3- 0,6 μm . Sebagian besar kuman berupa lemak atau lipid sehingga kuman ini tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap fisik dan kimiawi. Sifat lain dari kuman ini adalah aerob yang menyukai daerah yang banyak oksigen, dalam hal ini lebih menyukai daerah yang tinggi kandungan oksigennya yaitu daerah apikal paru, daerah ini menjadi prediksi pada penyakit paru (Asril, 2001). Kuman *Mycobacterium tuberculosis* mudah mati pada air mendidih dan sinar matahari, tetapi bertahan hidup berbulan-bulan pada suhu kamar yang lembab bahkan bertahun-tahun dalam lemari es. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat *dormant*, yaitu dapat bangkit kembali dan menjadikan Tuberkulosis paru aktif lagi, serta hidup sebagai parasit intra seluler yakni dalam sitoplasma *makrofag* karena banyak mengandung *lipid* (Soeparman, 1990).



Gambar 2.2 Bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (www.medicastore.com/tbc)

2.4.3 Faktor resiko Tuberkulosis paru

Menurut Smeltzer dan Bare (2001) Individu yang beresiko tertular Tuberkulosis paru adalah:

1. Mereka yang kontak dekat dengan seseorang yang mempunyai Tuberkulosis paru aktif.
2. Individu immunosupresif (lansia, penderita kanker, penderita HIV, mereka yang dalam terapi kortikosteroid).
3. Pengguna obat-obat yang mengandung kadar alkohol baik melalui oral/Intra Vena.
4. Imigran dari Negara dengan insiden Tuberkulosis paru yang tinggi (Asia tenggara, Afrika, Karibia, Amerika Latin).
5. Individu yang tinggal di institusi dengan fasilitas perawatan jangka panjang, institusi psikiatrik, penjara.
6. Individu yang tinggal didaerah kumuh.
7. Petugas kesehatan.

Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup kedalam saluran pernafasan. Setelah kuman Tuberkulosis paru masuk kedalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman Tuberkulosis paru tersebut dapat menyebar dari paru

kebagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya. Daya penularan dari seseorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Semakin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, semakin menular penderita tersebut. Kemungkinan seseorang terinfeksi Tuberkulosis paru ditentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

2.4.4 Manifestasi klinis Tuberkulosis paru

Beberapa manifestasi klinis Tuberkulosis paru menurut Alsagaff (2005), yaitu:

1. Gejala awal yaitu batuk terus menerus selama 3 minggu atau lebih. Sifatnya dari batuk kering (non produktif) kemudian menjadi produktif (menghasilkan sputum).
2. Dahak
3. Batuk darah
4. Nyeri dada.
5. Wheezing
6. Dispneu

Menurut Asril (2001) pada stadium dini penyakit Tuberkulosis paru biasanya tidak tampak dan gejala yang khas. Biasanya keluhan yang muncul adalah:

- 1) Demam: 40-41° hilang timbul
- 2) Batuk: batuk ini membuang atau mengeluarkan produksi radang, dimulai dari batuk kering sampai batuk *purulent* (menghasilkan sputum)

- 3) Sesak nafas: terjadi bila sudah lanjut dimana infiltrasi radang sampai setengah paru
- 4) Nyeri dada: ini jarang ditemukan, nyeri timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis
- 5) Malaise: ditemukan berupa anoreksia, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot dan keringat di waktu malam hari

2.4.5 Komplikasi Tuberkulosis paru

Menurut Depkes RI (2009), Komplikasi yang sering terjadi pada penderita Tuberkulosis paru antara lain:

1. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.
2. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial.
3. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
4. Pneumotorak (adanya udara didalam rongga pleura) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
5. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya
6. Insufisiensi Kardio Pulmoner

Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu dirawat inap di rumah sakit. Menurut Asril (2001) penyakit Tuberkulosis paru bila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi. Komplikasi dibagi atas komplikasi dini dan komlikasi lanjut. Komplikasi dini pleuritis, efusi pleura, empiema,

laryngitis, menjalar keorgan lain. Komplikasi lanjut obstruksi jalan nafas *Sindrom Obtruksi Pasca Tuberkulosis* (SOPT), kerusakan parenkim berat (fibrosis paru, kor pulmonal), amiloidosis, karsinoma paru dan sindrome gagal nafas dewasa.

2.4.6 Pemeriksaan diagnostik Tuberkulosis paru

Menurut Depkes RI (2009) pemeriksaan diagnostik Tuberkulosis paru yaitu:

1. Diagnosis Tuberkulosis paru dengan cara:

a. Pemeriksaan dahak mikroskopis

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak atau sputum untuk penegakkan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan tiga spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa:

- 1) Dahak S (sewaktu): dahak dikumpulkan pada saat suspek tuberculosi datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi pada hari kedua.
- 2) Dahak P (pagi): dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Penampung dahak/ pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di Unit Pelayanan Kesehatan (UPK).
- 3) Dahak S (sewaktu): dahak dikumpulkan di Unit Pelayanan kesehatan (UPK) pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi.

b. Pemeriksaan biakan

Peran biakan dan identifikasi *Mycobacterium tuberculosis* pada penanggulangan Tuberkulosis paru khususnya untuk mengetahui apakah pasien yang bersangkutan masih peka terhadap OAT yang digunakan. Selama fasilitas memungkinkan, biakan dan identifikasi kuman serta bila dibutuhkan tes resistensi dapat dimanfaatkan dalam beberapa situasi:

- (1) Pasien Tuberkulosis paru yang masuk dalam tipe pasien kronis
- (2) Pasien Tuberkulosis ekstra paru dan pasien Tuberkulosis anak
- (3) Petugas kesehatan yang menangani pasien dengan kekebalan ganda

c. Pemeriksaan tes resistensi

Tes resistensi tersebut hanya bisa dilakukan di laboratorium yang mampu melaksanakan biakan, identifikasi kuman serta tes resistensi sesuai standar internasional, dan telah mendapatkan pemantapan mutu (*quality assurance*) oleh laboratorium suprasional Tuberkulosis paru. Hal ini bertujuan agar hasil pemeriksaan tersebut memberikan simpulan yang benar sehingga kemungkinan kesalahan dalam pengobatan *Multi Drug Resisten* (MDR) dapat dicegah.

d. Pemeriksaan foto thoraks

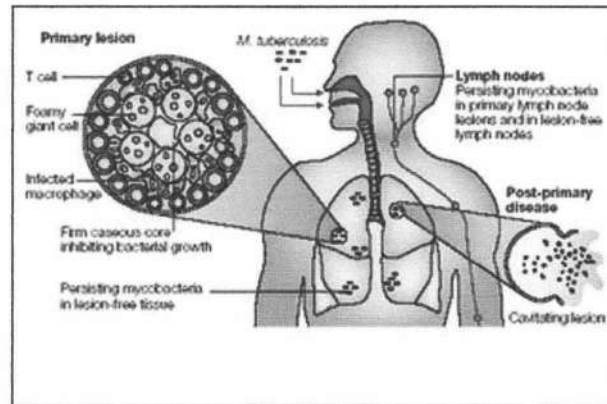
Pada sebagian besar Tuberkulosis paru, diagnosis terutama ditegakkan dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis dan tidak memerlukan foto thoraks. Namun pada kondisi tertentu pemeriksaan foto thoraks perlu dilakukan sesuai dengan indikasi klasifikasi penyakit dan tipe pasien. Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien Tuberkulosis paru memerlukan suatu definisi kasus yang meliputi 4 hal, yaitu:

1. Lokasi atau organ tubuh yang sakit paru atau ekstra paru
 2. Bakteriologi (hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis): BTA positif atau BTA negatif
 3. Tingkat keparahan penyakit yakni ringan atau berat
 4. Riwayat pengobatan Tuberkulosis paru sebelumnya: baru atau sudah pernah dioabati
2. Diagnosis Tuberkulosis ekstra paru
- a. Gejala dan keluhan tergantung organ yang terkena, misalnya kaku kuduk pada meningitis Tuberkulosis, nyeri dada pada Tuberkulosis pleura (pleuritis). Pembesaran kelenjar limfe superfisialis pada limfadenitis tuberkulosis dan deformitas tulang belakang (gibbus) pada spondilitis tuberkulosis dan lain- lainnya.
 - b. Diagnosis pasti sering sulit ditegakkan sedangkan diagnosis kerja dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinis Tuberkulosis paru yang kuat (presumtif) dengan menyingkirkan kemungkinan penyakit lain. Ketepatan diagnosis tergantung pada metode pengambilan bahan pemeriksaan dan ketersediaan alat-alat diagnostik, misalnya uji mikrobiologi, patologi anatomi, serologi, foto thoraks dan lain- lain.

2.4.7 Cara penularan Tuberkulosis paru

Sumber penularan adalah penderita Tuberkulosis paru BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). *Droplet* yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau *droplet* tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Setelah kuman Tuberkulosis paru

masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman Tuberkulosis paru tersebut dapat menyebar dari paru kebagian tubuh lainnya melalui system peredaran darah, sistem saluran limfa, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya.



Gambar 2.3 Cara penularan Tuberkulosis paru (www.medicastore.com)

2.4.8 Pengobatan Tuberkulosis paru

Sejak tahun 1995 program pemberantasan penyakit Tuberkulosis paru dilaksanakan dengan strategi DOTS yang direkomendasikan oleh WHO. Di Indonesia diruangkan dalam bentuk Gerakan Terpadu Nasional (GERDUNAS) Tuberkulosis paru (Hasan, 2010). Strategi DOTS antara lain:

1. Komitmen politis dari para pengambil keputusan, termasuk dukungan dana
2. Diagnosis Tuberkulosis paru dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis
3. Pengobatan dengan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO)
4. Kesiambungan persediaan OAT jangka pendek dengan mutu terjamin
5. Pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan Tuberkulosis paru.

1) Tujuan pengobatan

Pengobatan Tuberkulosis paru bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Depkes RI, 2009).

2) Prinsip pengobatan

Pengobatan Tuberkulosis paru dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut (Depkes RI, 2009):

- a. OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
- b. Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung oleh seorang PMO
- c. Pengobatan Tuberkulosis paru diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan

(1) Tahap awal (Intensif)

- a) Pada tahap intensif (awal) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat.
- b) Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.

- c) Sebagian besar pasien Tuberkulosis BTA positif menjadi BTA negatif dalam 2 bulan.

(2) Tahap Lanjutan

- a) Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama
- b) Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persister* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

3) Panduan OAT yang digunakan di Indonesia:

- a) Paduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis paru di Indonesia (Depkes RI, 2009):

1. Kategori 1: 2HRZE/ 4H3R3

Panduan OAT ini diberikan untuk pasien:

- a. Pasien baru Tuberkulosis paru BTA positif
- b. Pasien Tuberkulosis paru BTA negatif foto thoraks positif
- c. Pasien Tuberkulosis ekstra paru

2. Kategori 2: 2HRZES/ HRZE/ 5H3R3E3

Panduan OAT ini diberikan untuk pasien BTA positif yang telah diobati sebelumnya:

- a. Pasien kambuh
- b. Pasien gagal
- c. Pasien dengan pengobatan setelah putus berobat

3. Disamping kategori di atas, disediakan paduan obat sisipan (HRZE)

Paket sisipan adalah sama seperti paduan paket untuk tahap intensif kategori 1 yang diberikan selama 28 hari

- b) Panduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket berupa OAT-KDT, sedangkan kategori anak sementara ini disediakan dalam bentuk OAT kombipak. Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Panduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien (Depkes RI, 2009)
- c) Paket Kombipak adalah paket obat lepas yang terdiri dari Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol yang dikemas dalam bentuk blister. Panduan OAT ini disediakan program untuk digunakan dalam pengobatan pasien yang mengalami efek samping OAT KDT. Panduan OAT disediakan dalam bentuk paket, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai. Satu paket untuk satu pasien dalam satu masa pengobatan. KDT mempunyai beberapa keuntungan dalam pengobatan Tuberkulosis paru:
1. Dosis obat dapat disesuaikan dengan berat badan sehingga menjamin efektifitas obat dan mengurangi efek samping.
 2. Mencegah penggunaan obat tunggal sehingga menurunkan resiko terjadinya resistensi obat ganda mengurangi kesalahan penulisan resep.

3. Jumlah tablet yang ditelan jauh lebih menjadi sederhana dan meningkatkan (Depkes RI, 2009).

4) Panduan minum OAT

Obat Tuberkulosis paru diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termasuk kuman persister) dapat dibunuh. Apabila panduan obat yang digunakan tidak adekuat (jenis, dosis dan jangka waktu pengobatan), kuman Tuberkulosis akan berkembang menjadi kuman tebal obat (resisten). Dalam meminum OAT, penderita perlu diberikan informasi tentang cara penggunaan obat sesuai dengan tahapan atau fase yang dialami (Depkes RI, 2005)

1) Tahap intensif

Pada tahap intensif, aturan minum OAT (Depkes RI, 2009) antara lain:

- (a) OAT diminum setiap hari. Bila lupa satu hari, jangan meminum dua kali pada hari berikutnya
- (b) OAT diminum sesuai jadwal yang diberitahukan oleh dokter atau petugas kesehatan lain, misalnya pada pagi hari
- (c) OAT diminum sebelum makan atau perut dalam keadaan kosong (1 jam sebelum makan atau 2 jam sesudah makan)
- (d) OAT diminum sesuai dosis (OAT-KDT)
- (e) OAT harus diminum sampai selesai sesuai dengan kategori penyakit
- (f) Pengambilan OAT diambil sesuai jadwal (satu kali seminggu)

2) Tahap lanjutan

Pada tahap lanjutan, aturan minum OAT (Depkes RI, 2009) antara lain:

- (a) OAT diminum tiga kali dalam seminggu
- (b) OAT diminum sesuai jadwal yang diberitahukan oleh dokter atau petugas kesehatan lain, misalnya pagi hari
- (c) OAT diminum sebelum makan atau perut dalam keadaan kosong (1 jam sebelum makan atau 2 jam sesudah makan)
- (d) OAT diminum sesuai dosis (OAT-KDT)
- (e) OAT harus diminum sampai selesai sesuai dengan kategori penyakit
- (f) Pengambilan OAT diambil sesuai jadwal.

2.4.9 Pengawas Menelan Obat (PMO)

Salah satu dari komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Menjamin adanya keteraturan dalam pengobatan diperlukan seseorang PMO. PMO adalah seseorang yang bertugas mengawasi, member dorongan dan memastikan penderita Tuberkulosis paru agar minum OAT secara teratur sampai selesai masa pengobatan (Depkes RI, 2008). PMO sebaiknya yang dekat dan disegani oleh pasien Tuberkulosis paru, misalnya keluarga, tetangga, atau kader kesehatan. Menurut Depkes RI (2008) PMO bertanggung jawab untuk memastikan pasien Tuberkulosis paru meminum obat sesuai anjuran petugas Puskesmas/UPK (Unit Pelayanan Kesehatan).

1. Persyaratan PMO

Persyaratan PMO menurut Depkes RI (2008) antara lain:

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

2. Peran PMO

Adapun definisi peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial yang berhubungan dengan fungsi individunya dalam masyarakat (Notoatmodjo, 2003). Sedangkan Peran dari PMO adalah:

- a) Mengawasi penderita Tuberkulosis paru agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan
- b) Memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat teratur
- c) Mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu-waktu yang telah ditentukan

3. Informasi penting yang perlu difahami PMO (Depkes RI, 2008)

- (a) Tuberkulosis paru bukan penyakit keturunan atau kutukan
- (b) Tuberkulosis paru dapat disembuhkan dengan berobat teratur
- (c) Tata laksana pengobatan penderita pada tahap intensif dan lanjutan
- (d) Pentingnya berobat secara teratur, karena itu pengobatan perlu diawasi

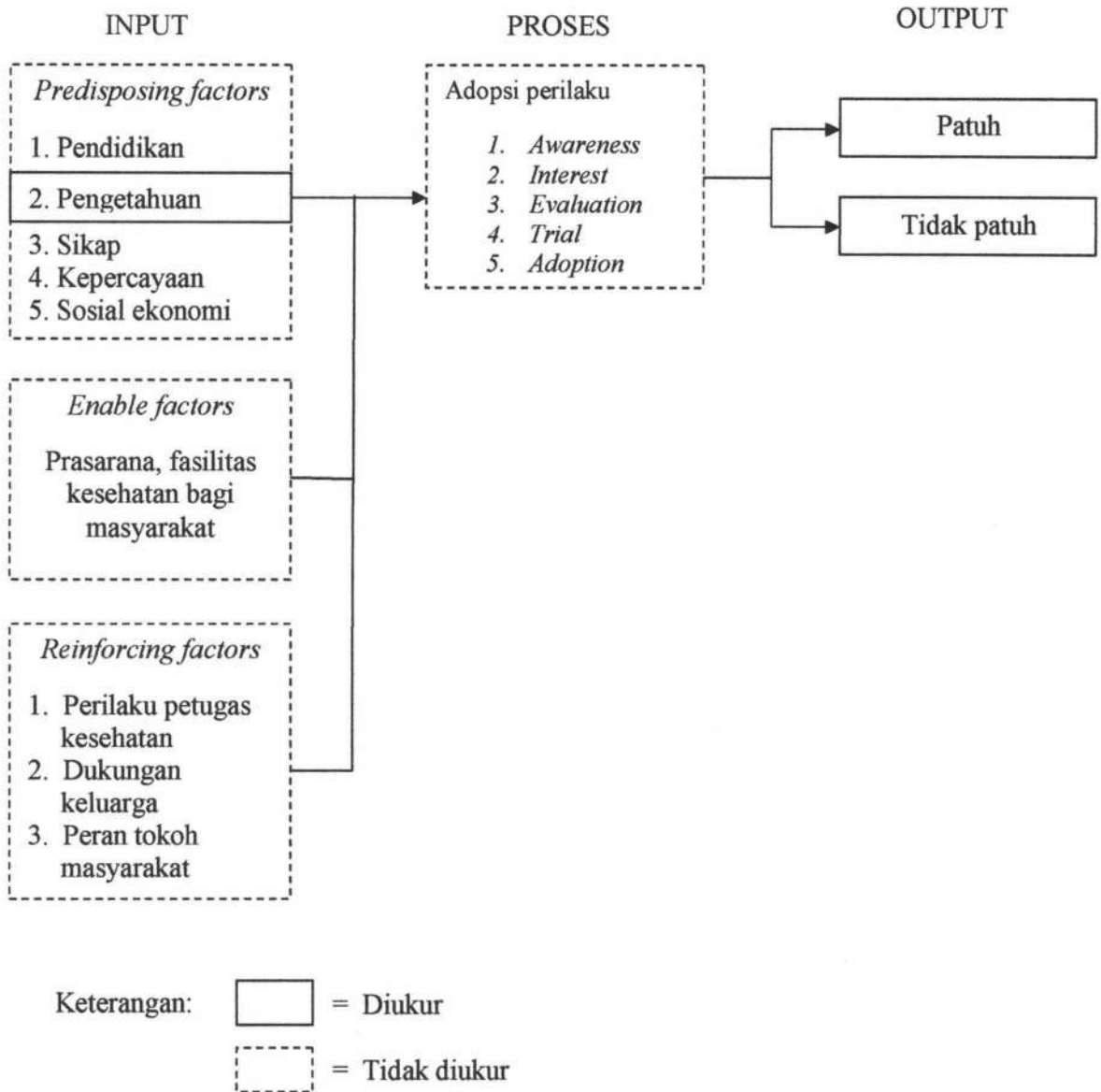
- (e) Efek samping obat dan tindakan yang harus dilakukan bila terjadi efek samping tersebut
- (f) Cara penularan dan mencegah penularan

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual Hubungan Pengetahuan Pasien Tuberkulosis Paru dengan Kepatuhan Pelaksanaan Program DOTS di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya dari tanggal 1-22 Juni 2010 (mengadopsi teori Lawrence Green, 1980)

Teori proses dalam menilai suatu kepatuhan pengobatan penderita tuberkulosis paru terdiri dari sistem *input*, proses, *output* (Notoadmodjo, 2003). Sistem *input* yang mempengaruhi perubahan perilaku berdasarkan teori Lawrence Green dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu *predisposing factor* (faktor predisposisi) yang terdiri dari pendidikan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan sosial ekonomi, *enable factor* (faktor pemungkin) yang terdiri dari ketersediaan prasarana atau fasilitas kesehatan dan *reinforcing factor* (faktor pendorong) yang terdiri dari perilaku petugas kesehatan, dukungan keluarga, dan peran tokoh masyarakat. Pada hasil penelitian ini, faktor predisposisi tentang pengetahuan nantinya sebagai masukan dimana terjadi adopsi perilaku yang membangun kesadaran (*awareness*), ketertarikan (*interest*), menimbang-nimbang (*evaluation*), mencoba (*trial*), kemudian menerima (*adoption*) perilaku baru yang nantinya membangun kepatuhan dalam melaksanakan program DOTS.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah:

H1: Ada hubungan antara tingkat pengetahuan Tuberkulosis paru dengan kepatuhan melaksanakan program DOTS pada penderita Tuberkulosis paru.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara untuk memperoleh kebenaran ilmu pengetahuan atau pemecahan suatu masalah, pada dasarnya menggunakan metode ilmiah (Notoatmodjo, 2005). Pada Bab ini akan disajikan 1) desain penelitian, 2) populasi, sampel, teknik pengambilan sampel, 3) variabel penelitian, 4) definisi operasional, 5) instrumen penelitian, 6) lokasi dan waktu penelitian, 7) prosedur pengambilan atau pengumpulan data, 8) kerangka operasional 9) cara analisis data, 10) etika penelitian, dan 11) keterbatasan

4.1 Desain Penelitian

Metode penelitian dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif yakni suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Metode penelitian deskriptif sering digunakan dalam program pelayanan kesehatan, terutama dalam rangka mengadakan perbaikan dan peningkatan program-program pelayanan kesehatan tersebut, misalnya masalah metode pemberantasan penyakit menular (Notoatmodjo, 2005). Penelitian deskriptif merepresentasikan suatu gambar dari rincian spesifik dari suatu situasi, lingkungan sosial atau hubungan (Haji, 2009).

Jenis penelitian deskriptif yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi korelasi yang merupakan penelitian atau penelaahan hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau sekelompok subjek. Hal ini dilakukan untuk melihat

hubungan antara gejala satu dengan gejala yang lain, atau variabel satu dengan variabel yang lain (Notoatmodjo, 2005). Penelitian deskriptif korelasi dalam penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu pencarian hubungan antara satu keadaan lain yang terdapat dalam satu populasi yang sama (Azwar, 2008). Melalui desain penelitian *cross Sectional* dapat diketahui ada tidaknya hubungan antara variabel-variabel yaitu variabel independen yaitu pengetahuan serta variabel dependen yaitu kepatuhan pengobatan.

4.2 Populasi, Besar Sampel dan Tehnik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi target dalam penelitian ini adalah pasien yang didiagnosa menderita Tuberkulosis paru mulai tahun 2009 sampai bulan mei tahun 2010 di Puskesmas Pegirian Surabaya dengan jumlah 94 penderita. Dalam penelitian ini menggunakan populasi terjangkau dengan kriteria pasien Tuberkulosis paru yang didiagnosis tuberkulosis paru dari bulan januari sampai dengan bulan mei tahun 2010 di Puskesmas Pegirian Surabaya. Populasi terjangkau dalam penelitian ini sebanyak 27 responden.

4.2.2 Besar Sampel

Pada penelitian ini besar sampel yang digunakan adalah jumlah penderita Tuberkulosis paru mulai bulan januari sampai bulan mei tahun 2010 dengan jumlah 27 sampel.

4.2.3 Tehnik Sampling

Teknik sampling yang digunakan adalah *non probability sampling*, merupakan teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang atau

kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Metode teknik *non probability* yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik total *sampling*. Total *sampling* adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel.

4.3 Variabel Penelitian

Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoatmodjo, 2005). Menurut Sugiyono (2009) variabel adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut.

4.3.1 Variabel independen (variabel bebas)

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (Sugiyono, 2009). Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan.

4.3.2 Variabel dependen (variabel terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel independen (Sugiyono, 2009). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan dalam melaksanakan program DOTS.

4.4 Definisi Operasional

Menurut Haji (2009) definisi operasional adalah sekumpulan prosedur yang mendeskripsikan aktivitas yang seharusnya ditampilkan peneliti agar bisa menegakkan secara derajat eksistensi dari satu fenomena yang dideskripsikan

oleh suatu konsep definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan. Melalui definisi demikian, arti dari konsep dispesifikasikan. Definisi operasional menjembatani level teoritik dengan level observasional.

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian Hubungan Pengetahuan Pasien Tuberkulosis Paru dengan Kepatuhan dalam Pelaksanaan Program DOTS di Puskesmas Pegirian Surabaya dari tanggal 1-22 Juni 2010

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	Independen: Pengetahuan	Segala sesuatu dari tidak tahu menjadi tahu tentang Tuberkulosis paru	Responden bisa menjawab 1. Pengertian penyakit Tuberkulosis paru (No: 1,2) 2. Penyembuhan penyakit Tuberkulosis paru (No: 3) 3. Gejala utama penyakit Tuberkulosis paru (No: 4) 4. Cara penularan penyakit Tuberkulosis paru (No: 5) 5. Pemeriksaan kepastian menderita Tuberkulosis paru (No: 6) 6. Lama pengobatan Tuberkulosis paru (No: 7) 7. Tahapan pengobatan Tuberkulosis paru (No: 8) 8. Perlu atau tidaknya PMO (No: 9) 9. Keteraturan minum OAT (No: 10)	Kuesioner	Ordinal	Skor untuk jawaban: Benar: 1 Salah: 0 Tingkat pengetahuan: Baik: 76-100% Cukup: 56-75% Kurang: <56%
2.	Dependen: Kepatuhan dalam melaksanakan program DOTS	Melaksanakan program pengobatan dengan tepat sesuai anjuran petugas kesehatan	1. Obat diminum sesuai jadwal 2. Obat diminum sesuai aturan 3. Obat habis tepat waktu 4. Tidak ada sisa obat	1. Kuesioner 2. Catatan puskesmas 3. Check list daftar minum obat	Ordinal	Skor untuk jawaban: Ya: 1 Tidak: 0 Patuh: 100% Tidak Patuh: <100%

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik,

dalam arti lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2002). Instrumen dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner variabel independen yaitu pengetahuan yang diadopsi dari buku konseling pedoman Tuberkulosis paru oleh Depkes RI (2005) yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan nilai skor jawaban benar mendapai nilai 1 dan salah mendapat nilai 0, untuk tingkat pengetahuan baik dengan hasil 76-100%, pengetahuan cukup dengan hasil 56-75%, pengetahuan kurang dengan hasil < 56%. Selain lembar kuesioner pengetahuan terdapat juga lembar kuesioner variabel dependen yaitu kepatuhan yang diadopsi dari buku konseling pedoman Tuberkulosis paru oleh Depkes RI (2005) yang terdiri dari 4 pertanyaan dengan nilai skor jawaban ya mendapat nilai 1 dan tidak mendapat nilai 0, untuk kategori patuh dengan hasil 100% dan kategori tidak patuh dengan hasil <100%. Instrumen dalam penelitian ini selain lembar kuesioner responden diberikan *check list* daftar minum obat kemudian melihat catatan puskesmas.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

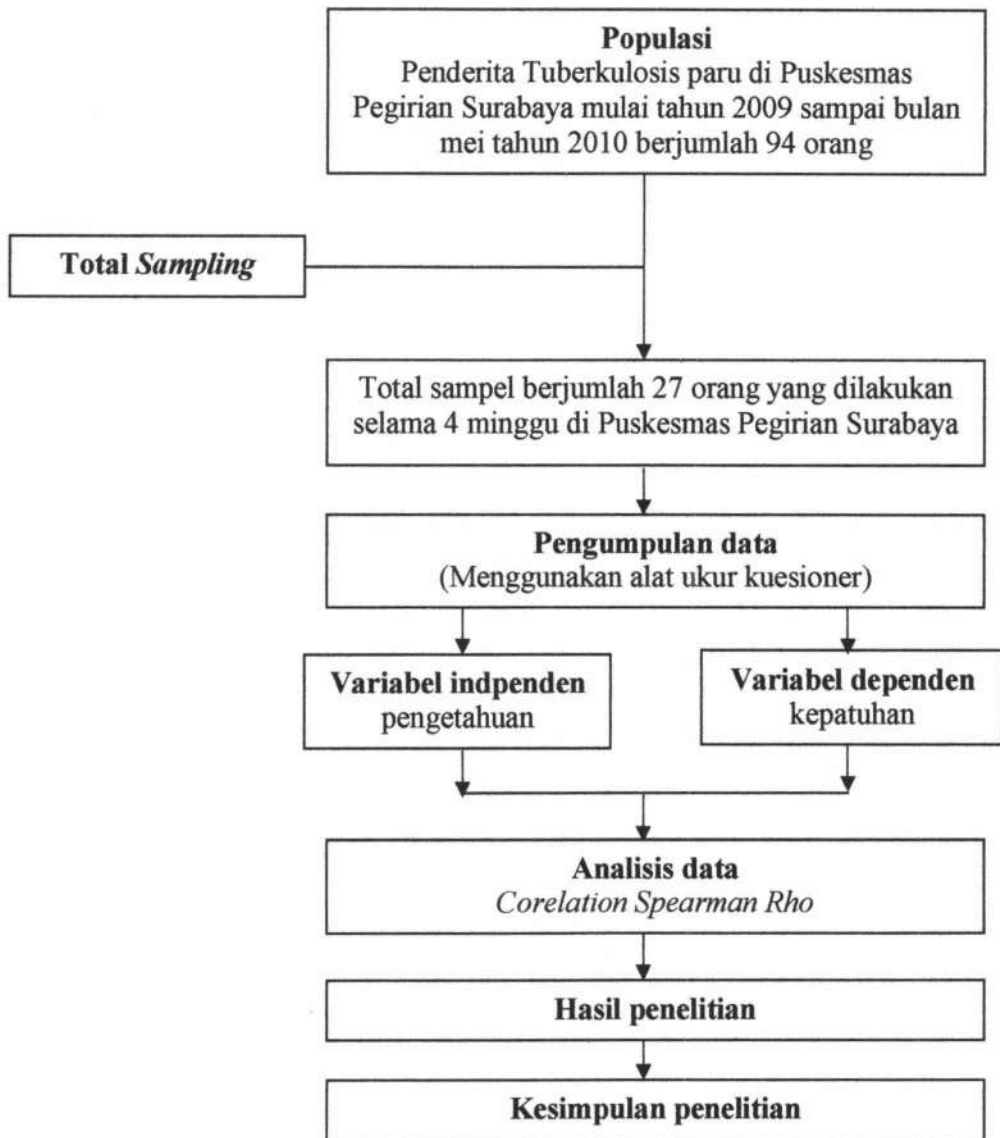
Penelitian ini dilaksanakan dari tanggal 1 sampai 22 Juni 2010 di wilayah kerja Puskesmas Pegirian Kecamatan Semampir Kota Surabaya.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti melakukan pendekatan kepada petugas kesehatan dan penderita Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian Surabaya untuk kontrak waktu atau mendapat persetujuan menjadi responden. Peneliti melakukan kunjungan di puskesmas setiap hari selasa dari tanggal 1 mei sampai 22 juni tahun 2010 untuk

mengambil data dengan menggunakan instrumen berupa kuesioner yang diberikan kepada penderita Tuberkulosis paru untuk diisi sesuai petunjuk pengisian. Peneliti bertemu dengan responden sebanyak 2 kali, pertemuan pertama peneliti memberikan kuesioner dan lembar *check list* dan pertemuan kedua responden memberikan lembar *check list* yang diberikan peneliti pada pertemuan yang pertama. Bagi responden yang tidak mengerti tentang cara pengisian terlebih dahulu diberikan penjelasan cara pengisian sesuai petunjuk pada kuesioner. Kemudian peneliti menunggu hasil kuesioner yang dikerjakan responden selama kurang lebih 15 menit. Setelah pengisian kuesioner selesai, responden memberikan lembar kuesioner kepada peneliti. Kemudian peneliti melakukan pengecekan untuk mengetahui apakah data yang diperoleh sudah lengkap dan benar atau belum dengan cara melihat setiap lembaran kuesioner yang telah dikumpulkan. Selanjutnya responden diberikan *check list* daftar minum obat yang nantinya diserahkan kepada peneliti atau petugas kesehatan yang memegang program Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian saat jadwal pengambilan obat berikutnya. Kemudian melihat catatan penderita di Puskesmas Pegirian untuk melakukan pengecekan jadwal pengambilan obat responden. Tanggal 24 Juni tahun 2010 semua data dikumpulkan dan dikelola berdasarkan prosedur atau cara masing-masing data untuk dilakukan tabulasi data.

4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.1: Kerangka operasional penelitian hubungan pengetahuan pasien Tuberkulosis paru dengan kepatuhan pelaksanaan program DOTS di wilayah kerja Puskesmas Pegirian Surabaya dari tanggal 1-22 Juni 2010.

4.9 Cara Analisis data

Analisis statistik pada data kuantitatif atau data yang dikuantifikasi. Adapun tahapan analisa data adalah sebagai berikut:

1. Data yang telah terkumpul kemudian dianalisa. Adapun tahap-tahap dari analisa tersebut anatar lain:

a. Persiapan

Langkah persiapan bermaksud untuk merapikan data agar bersih, rapi sehingga tinggal mengadakan pengolahan atau menganalisa (Arikunto, 2002). Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah:

- 1) Mengecek nama dan kelengkapan identitas responden untuk menghindari kesalahan atau kekurangan data identitas sampel.
- 2) Mengecek kelengkapan data dengan memeriksa isi instrumen pengumpulan data
- 3) Mengecek macam isian data untuk menghindari ketidaktepatan data.

b. Tabulasi data

Tabulasi data merupakan suatu kegiatan untuk mengelompokkan data sesuai dengan item yang ditentukan oleh peneliti (Arikunto, 2002).

Langkah yang dilakukan dalam langkah tabulasi data adalah:

- 1) Memberikan skoring terhadap item-item yang perlu diberi skor sesuai definisi operasional
- 2) Mengubah jenis data bila diperlukan dan disesuaikan / dimodifikasi berdasarkan teknis analisis yang akan digunakan
- 3) Analisi data sesuai dengan pendekatan penelitian

(1) Skoring

Menilai pengetahuan Tuberkulosis paru dari 10 pertanyaan dengan cara menggunakan rumus dari Azwar yang telah dimodifikasi

$$P = f/N \times 100\%$$

Dimana: P= prosentase

F= jumlah jawaban yang benar

N= jumlah skor maksimal, jika pertanyaan dijawab benar

Setelah prosentasi diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan untuk dikategorikan dengan kriteria:

Baik =76-100%

Cukup = 56-75%

Kurang= < 56%

Menilai kepatuhan melaksanakan program DOTS dari 10 pertanyaan dengan menggunakan skala Guttman yang terdiri dari 2 jawaban, yaitu:

Ya : 1

Tidak : 0

Setelah melakukan penilain pada masing-masing pertanyaan kemudian dikategorikan dengan kriteria:

Patuh : 100%

Tidak patuh : < 100%

Pengolahan data kualitatif yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan wawancara terstruktur, sehingga analisis data yang digunakan adalah menggunakan uji statistik *Corelation Spearman Rho*, dengan interpretasi nilai antara 0,800-1,00 adalah sangat kuat, antara 0,600-0,799 adalah kuat, antara

0,400-0,599 adalah rendah, antara 0,200-0,399 adalah rendah, antara 0,000-0,199 adalah sangat rendah. Setelah semua data yang diperlukan terkumpul, peneliti akan menganalisa jawaban yang dituliskan responden untuk dapat diambil suatu kesimpulan dari jawaban yang dibuktikan tersebut.

4.10 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mendapat rekomendasi dari Penjabat Dekan Fakultas Keperawatan UNAIR dan ijin dari kepala Puskesmas Pegirian Kota Surabaya. Selama penelitian dilakukan, peneliti memegang teguh etik penelitian meliputi:

4.10.1 *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden dan peneliti menjelaskan maksud dan tujuan peneliti yang dilakukan. Jika responden setuju, maka responden diberikan lembar persetujuan untuk ditanda tangani dan jika menolak, maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

4.10.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan kolom nama pada lembar kuesioner tetapi cukup dengan memberi kode pada masing-masing lembar kuesioner.

4.10.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang responden berikan akan dijamin oleh peneliti. Kerahasiaan ini meliputi, nama tidak ditulis dengan lengkap tapi dengan penggunaan inisial, data yang telah diberikan responden dijamin dalam menjaga

kerahasiaanya dan kuesioner yang telah dikumpulkan akan disimpan oleh peneliti tanpa menyerahkan ke orang lain.

4.11 Keterbatasan

Dalam penelitian ini keterbatasan yang ditemui peneliti adalah:

4.11.1 Sampel

Besar sampel dalam penelitian ini adalah 27 sampel. Dalam 27 sampel penelitian ini terdapat responden dengan usia mulai dari 18 tahun sampai 55 tahun sehingga mempunyai karakter yang berbeda. Jenis kelamin dalam 27 sampel penelitian ini jumlah jenis kelamin laki-laki dan perempuan berbeda dan ternyata lebih dominan jumlah jenis kelamin laki-laki sehingga tidak homogen yang dapat menimbulkan penilaian yang rancu.

4.11.2 Instrumen

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan lembar kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan berkaitan variabel independen yaitu pengetahuan dan 4 pertanyaan berkaitan variabel dependen yaitu kepatuhan sehingga dapat disimpulkan dengan jumlah pertanyaan tersebut hasil yang diperoleh belum bisa representatif. Instrumen penelitian ini diadopsi dari Depkes RI (2005), namun peneliti tidak melakukan uji coba oleh karena itu validitas dan realibilitasnya masih perlu di uji coba untuk kepentingan peneliti selanjutnya. Peneliti tidak menggunakan lembar observasi karena hanya bertemu dengan responden 1 kali sehingga data kurang representatif.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini disajikan mengenai hasil pengumpulan data dari kuesioner yang diperoleh sejak tanggal 1 Juni 2010 sampai 22 Juni 2010. Kuesioner dan *check list* daftar minum obat yang dibagikan kepada responden sebanyak 27 eksemplar dan seluruhnya kembali.

Penyajian data dimulai dari gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden. Karakteristik responden meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir dan pekerjaan. Sedangkan variabel yang diukur meliputi tingkat pengetahuan, kepatuhan serta hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan penderita Tuberkulosis paru.

5.1 Hasil Penelitian

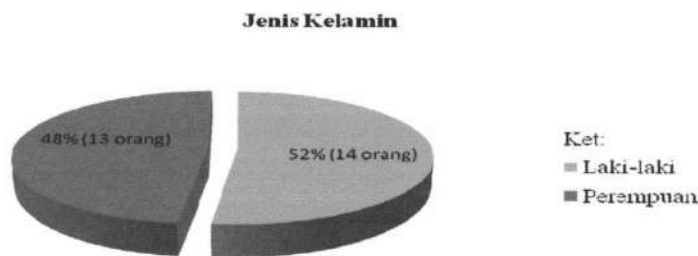
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Puskesmas Pegirian mulai berdiri tahun 1957 yang merupakan Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) dalam wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Surabaya, berlokasi di jalan Karang Tembok nomor 39 Kecamatan Semampir Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur. Luas wilayah kerja Puskesmas Pegirian 4.69 Km². Wilayah kerja Puskesmas Pegirian mencakup semua kelurahan yang ada di Kecamatan Semampir yang berjumlah 2 kelurahan yakni Kelurahan Pegirian dan Kelurahan Ujung. Puskesmas Pegirian dilengkapi dengan beberapa sarana kesehatan yaitu 1 buah puskesmas induk, 53 posyandu dan 1 puskesmas pembantu. Tenaga yang ada di Puskesmas Pegirian ada 26 orang terdiri dari 4

dokter umum, 2 dokter gigi, 6 perawat, 1 perawat gigi, 5 bidan, 1 petugas gizi, 1 apoteker, 1 sanitarian. 1 bidan, dan 4 orang lainnya sebagai tenaga non medis. Program Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian telah menggunakan program DOTS dari tahun 2003 sampai sekarang.

5.1.2 Data umum

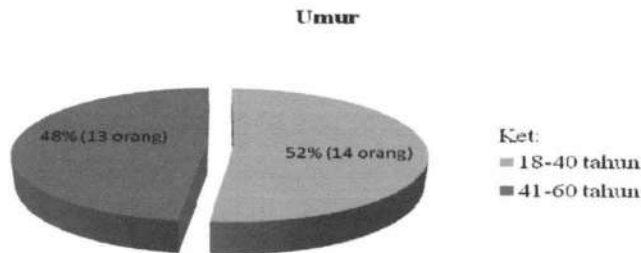
1. Distribusi responden Tuberkulosis paru berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.1: Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya dari tanggal 1- 22 Juni 2010

Dari gambar 5.1 di atas menunjukkan dari 27 responden didapatkan berdasarkan jenis kelamin, yang berjenis kelamin laki-laki yaitu 14 responden (52%) dan berjenis kelamin perempuan yaitu 13 responden (48%)

2. Distribusi responden Tuberkulosis paru berdasarkan umur



Gambar 5.2: Distribusi responden berdasarkan umur di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya dari tanggal 1-22 Juni 2010

Dari gambar 5.2 di atas menunjukkan dari 27 responden didapatkan berdasarkan umur, yang berumur 18-40 tahun yaitu 14 responden (52%) dan umur 40-60 tahun yaitu 13 responden (48%).

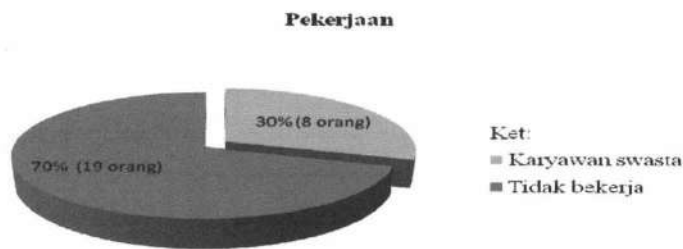
3. Distribusi responden Tuberkulosis paru berdasarkan pendidikan terakhir



Gambar 5.3: Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya dari tanggal 1- 22 Juni 2010

Dari gambar 5.3 tersebut menunjukkan dari 27 responden didapatkan berdasarkan pendidikan, yang tidak sekolah yaitu 5 orang (18%), pendidikan akhir tingkat dasar yaitu 17 orang (63%), pendidikan akhir tingkat menengah yaitu 4 orang (15%), pendidikan akhir tingkat sekolah lanjut 1 orang (4%).

4. Distribusi responden Tuberkulosis paru berdasarkan pekerjaan



Gambar 5.4: Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya dari tanggal 1-22 Juni 2010

Dari gambar 5.4 di atas menunjukkan bahwa dari 27 responden didapatkan berdasarkan pekerjaan, yang tidak bekerja yaitu 19 responden (70%) dan responden yang bekerja sebagai karyawan swasta yaitu 8 reponden (30%).

5.1.3 Data Khusus

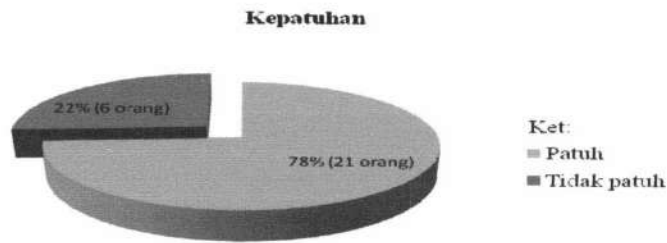
1. Hasil penilaian pengetahuan pada pasien Tuberkulosis paru



Gambar 5.5: Hasil penilaian berdasarkan pengetahuan di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya dari tanggal 1-22 Juni 2010

Dari gambar 5.2 di atas menunjukkan dari 27 responden didapatkan yang memiliki tingkat pengetahuan baik yaitu 16 responden (59%), tingkat pengetahuan cukup yaitu 9 responden (33%) dan tingkat pengetahuan kurang yaitu 2 responden (18%).

2. Hasil penilaian kepatuhan pada pasien Tuberkulosis paru



Gambar 5.6: Hasil penilaian berdasarkan kepatuhan di Puskesmas Pegirian Kota Surabaya dari tanggal 1-22 Juni 2010

Dari gambar 5.6 di atas menunjukkan dari 27 responden didapatkan yang mempunyai kepatuhan dalam melaksanakan program DOTS yaitu 21 responden (78%) dan yang tidak patuh dalam melaksanakan program DOTS yaitu 6 responden (22%).

3. Hasil penilaian antara pengetahuan dengan kepatuhan pasien Tuberkulosis

Tabel 5.1: Tingkat pengetahuan pasien Tuberkulosis paru dengan kepatuhan dalam pelaksanaan program DOTS pada pasien Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian Surabaya tanggal 1-22 Juni 2010

Pengetahuan	Kepatuhan				Jumlah	
	Patuh	%	Tidak patuh	%	Total	%
Baik	16	59.3%	0	0.0%	16	59.3%
Cukup	5	18.5%	4	14.8%	9	33.3%
Kurang	0	0.0%	2	7.4%	2	7.4%
Total	21	77.8%	6	22.2%	27	100%

Koefisien korelasi Spearman rho (r) : 0.697
 Signifikasi (p): 0.000

Berdasarkan tabel 5.1 di atas, Hasil uji statistik korelasi *spearman rho* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$ didapatkan hasil $p: 0,000$ artinya terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan pasien Tuberkulosis paru dengan kepatuhan

dalam melaksanakan program DOTS pada pasien Tuberkulosis paru. Nilai koefisien korelasi (r): 0,697 yang diinterpretasikan tingkat hubungan yang kuat. Berarti semakin tinggi pengetahuan pasien Tuberkulosis paru, cenderung semakin baik pula kepatuhan dalam melaksanakan program DOTS. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang kuat antara tingkat pengetahuan tentang Tuberkulosis paru dengan kepatuhan dalam melaksanakan program DOTS pada pasien Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian Surabaya.

5.2 Pembahasan

Dari hasil penelitian pada 27 responden, peneliti mendapatkan bahwa didapatkan 5 responden (18,5%) menunjukkan tingkat pengetahuan cukup dengan kepatuhan. Hal ini dilatarbelakangi masih adanya responden yang mempunyai tingkat pendidikan dasar. Sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2003) tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh proses pembelajaran. Proses pembelajaran sendiri dipengaruhi oleh kondisi subyek belajar yaitu intelegensi, daya tangkap, ingatan, motivasi dan sebagainya. Menurut Mc Ghie (1996) pendidikan tidak hanya sekedar mengenalkan orang pada fakta-fakta baru, tetapi juga membantu mereka untuk tidak terlalu kaku dalam asumsi cara berpikir mereka. Dengan pendidikan tinggi maka akan lebih mudah bagi seseorang untuk menerima informasi dari orang lain maupun dari media masa, sehingga dengan banyaknya informasi yang diterima maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya. Melalui jenjang pendidikan, seseorang akan cenderung mendapat latihan-latihan, tugas-tugas dan aktivitas yang terkait dengan kemampuan kognitif sehingga diharapkan mampu merubah perilaku dan pola pikir yang lebih positif. Dari uraian di atas peneliti

dapat menyimpulkan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pendidikan, semain tinggi pendidikan seseorang maka semakin luas pengetahuan yang dimiliki.

Dalam penelitian ini terdapat responden pengetahuan cukup dan tidak patuh didapatkan 4 responden (14,8%). Responden tersebut dilatarbelakangi oleh responden dengan usia 18-40 tahun. Menurut Hurlock (2002) menyebutkan bahwa pada usia 18-40 tahun termasuk usia perkembangan dewasa awal yang merupakan periode isolasi sosial serta terjadi perubahan sisi kognitif lebih aktif dan kebiasaan berfikir rasional meningkat secara tetap namun cenderung menunda keperawatan kesehatan serta suatu penyesuaian diri dengan cara hidup yang baru. Dari uraian di atas dapat peneliti simpulkan bahwa pelaksanaan program DOTS dipengaruhi oleh faktor usia/umur. Pasien Tuberkulosis paru usia 18-40 tahun cenderung kurang melakukan usaha melaksanakan program DOTS.

Dari hasil penelitian didapatkan masih ada 2 responden (7,4%) yang pengetahuannya kurang dan tidak patuh. Hal ini dilatarbelakangi dengan pendidikan responden yang tidak sekolah dan berjenis kelamin perempuan. Menurut Notoatmodjo (2003) tingkat pendidikan dapat mempengaruhi peran seseorang dalam melaksanakan tugas dan fungsi sosialnya di masyarakat. Pendidikan yang baik dan cukup dapat meningkatkan pengetahuan seseorang untuk bertindak dan berperan dalam bidang kesehatan (Swamburg, 2000). Sehingga dari uraian di atas peneliti menyimpulkan pendidikan responden yang tidak sekolah mengakibatkan kurangnya pengetahuan responden karena pembelajarn yang tidak diterima dari pendidikan memberikan kesulitan dalam berfikir dan memahami informasi. Menurut Sunaryo (2004) Laki-laki berperilaku

atas dasar pertimbangan rasional atau akal sedangkan perempuan atas dasar pertimbangan emosional atau perasaan. Dari uraian tersebut peneliti simpulkan bahwa jenis kelamin perempuan lebih menggunakan emosional sehingga dapat terjadi keputusan saat merasakan ketidakpuasan dalam melakukan pengobatan.

Menurut Virginia Handerson (1996) yang dikutip oleh Patricia A. Potter mengatakan bahwa bagian dari peran tenaga kesehatan adalah meningkatkan tingkat pengetahuan dengan demikian akan meningkatkan kesehatan. Semakin banyak informasi yang masuk maka akan semakin banyak pengetahuan yang didapatkan (Notoatmodjo, 2003). Menurut Lawrence Green seperti dikutip Notoatmodjo (2003) yang menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku manusia dari tingkat kesehatan salah satunya adalah pengetahuan yang merupakan *predisposing factor*. Pernyataan tersebut didukung oleh WHO yang dikutip Notoatmodjo (2003) bahwa pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain dapat menentukan seseorang untuk berperilaku tertentu. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003) bahwa perilaku seseorang ditentukan oleh pengetahuan, sikap dan kepercayaan dari orang tersebut. Perilaku juga memiliki fungsi instrumental yang artinya seseorang dapat bertindak positif demi kebutuhan-kebutuhannya, sebaliknya tidak dapat memenuhi kebutuhannya maka ia akan bertindak negatif (Azwar, 2003).

Menurut Feurstein (1986) yang dikutip oleh Niven (1995) terdapat lima faktor yang mendukung kepatuhan antara lain pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, perubahan model terapi, meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien. Pendidikan dapat meningkatkan kepatuhan

seseorang sepanjang pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif (Niven, 1995). Dengan pendidikan tinggi maka lebih mudah bagi seseorang untuk menerima informasi dari orang lain maupun dari media massa, sehingga dengan banyaknya informasi yang diterima maka semakin tinggi pula tingkat pengetahuannya.

Untuk meningkatkan kepatuhan, selain dengan pemberian pendidikan berupa informasi juga diperlukan dukungan sosial dari kelompok. Dukungan sosial juga menjadi suatu faktor penting yang mempengaruhi kepatuhan (Smet, 1994). Sebagian besar pengetahuan responden dalam kategori baik hal ini didukung oleh adanya tenaga kesehatan (perawat) yang memberikan informasi tentang Tuberkulosis paru saat mengambil OAT. Pada responden yang menderita Tuberkulosis paru lebih lama memungkinkan mempunyai pengalaman yang cukup mengenai perawatan Tuberkulosis paru, hal ini dikarenakan penderita Tuberkulosis paru yang sudah lama lebih lama mengenal penyakit Tuberkulosis paru, lebih lama mendapatkan informasi, dan lebih sering melakukan kontak dengan petugas kesehatan. Hal ini didukung oleh Smet (1994) yang mengatakan bahwa berbagai strategi telah dicoba untuk meningkatkan kepatuhan salah satunya yaitu dengan memberikan informasi yang jelas kepada penderita mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya. Sehingga fungsi mengingatpun berjalan dengan baik. Dengan penerimaan informasi yang baik penderita dapat mempertahankan informasi tersebut untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari khususnya tentang pengobatan dan perawatan Tuberkulosis paru.

Pasien Tuberkulosis paru yang memiliki pengetahuan baik tentang Tuberkulosis paru akan lebih mudah mendalami apa yang diketahui sehingga dapat membantu dalam kepatuhan melaksanakan program DOTS, namun di Puskesmas Pegirian Surabaya karena keterbatasan metode penyuluhan dari petugas kesehatan dalam memberikan informasi menyebabkan masih adanya pasien Tuberkulosis paru yang memiliki pengetahuan dalam kategori kurang sehingga berdampak pada tidak patuhnya dalam pengobatan. Masih adanya pasien Tuberkulosis paru yang tidak patuh melaksanakan program DOTS karena kurang efektifnya peran PMO sehingga kurang memotivasi pasien Tuberkulosis paru dalam melaksanakan program DOTS.

Faktor pendukung yang dapat mempengaruhi kepatuhan pasien Tuberkulosis paru dalam melakukan program DOTS adalah karena adanya kesadaran dari pasien Tuberkulosis paru tentang pentingnya pengobatan Tuberkulosis paru secara teratur selama pengobatan. Dengan adanya saran maupun informasi yang didapat melalui media massa ataupun dari tenaga kesehatan lain dapat dengan mudah diterima dan dipahami oleh pasien Tuberkulosis paru. Sehingga pengobatan pasien Tuberkulosis paru dalam program DOTS dapat dilakukan secara baik dan teratur. Dalam mendapatkan informasi diperlukan suatu penyuluhan dari pihak tenaga kesehatan agar pasien Tuberkulosis paru dapat memahami penyakit Tuberkulosis paru dan pengobatannya dengan benar.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan tingkat pengetahuan tentang tuberkulosis paru dengan kepatuhan dalam melaksanakan program DOTS pada pasien Tuberkulosis paru.

6.1 Kesimpulan

Hasil penelitian yang dilakukan dari tanggal 1 juni sampai 22 juni 2010 dapat disimpulkan hasil ada hubungan yang kuat antara pengetahuan dengan kepatuhan pelaksanaan program DOTS di Puskesmas Pegirian Surabaya. Sebagian besar tingkat pengetahuan pasien Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian Surabaya dalam ketegori baik yaitu 59% atau 16 responden, hal ini disebabkan karena responden telah berobat berulang kali sehingga telah mendapatkan informasi berkaitan Tuberkulosis paru dari tenaga kesehatan di Puskesmas Pegirian Surabaya. Hampir seluruh pasien Tuberkulosis paru di Puskesmas Pegirian Surabaya patuh dalam pelaksanaan program DOTS yaitu 78% atau 21 responden, hal ini dikarenakan responden mempunyai kesadaran dalam membentuk perilaku baru yang positif dari informasi yang telah didapatkan.

6.2 Saran

1. Bagi perawat pelaksana pemegang program Tuberkulosis paru diharapkan mengoptimalkan peran PMO secara benar.

2. Bagi tenaga kesehatan di Puskesmas Pegirian diharapkan memberikan dan mengembangkan penyuluhan dengan metode yang lebih efektif yang dapat dilakukan dengan cara penyuluhan secara kelompok untuk meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan pasien Tuberkulosis paru.
3. Bagi peneliti berikutnya diharapkan dapat meneliti atau melakukan studi factor-faktor lain yang mempengaruhi kepatuhan melaksanakan program DOTS pada pasien Tuberkulosis paru.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ainur, (2008). *Pengembangan Sistem Surveilans*. [www./http: litbang.depkes.go.id](http://litbang.depkes.go.id). Tanggal 25 Mei 2010. Jam 09.00.
- Alsagaff, H., (2005) *Dasar-Dasar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya: Airlangga Universitas, hal: 85-90.
- Arikunto, (2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 235-239.
- Asril, B., (2001). *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta: EGC, hal: 53.
- Azwar, S., (2008). *Sikap Manusia, Teori Dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, hal: 25-27.
- Carpenito, L.J., (2000). *Diagnosa Keperawatan edisi keenam*. Jakarta: EGC, hal: 633.
- Crofton, J., (2002). *Tuberkulosis Klinis*. Jakarta: Widya Medika, hal.1-20.
- Depkes RI, (2005). *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Tuberkulosis*. Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik, hal 9, 59, 77-79.
- Depkes RI, (2009). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Ditjen PPM dan PLP, hal 6-23
- Edwards, C. D., (2006). *Untuk Mengubah Masalah Perilaku*. [www./http: books.google.co.id/books?id=D2f_PgAACAAJ&dq=untuk+mengubah+masalah+perilaku+anak](http://books.google.co.id/books?id=D2f_PgAACAAJ&dq=untuk+mengubah+masalah+perilaku+anak). Tanggal 25 Mei 2010. Jam 10.00
- Fahruda, A., (2000). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Paru*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada, hal: 16
- Feldman, Robert S., (2003). *Essentials of Understanding Psycology*. New York: Mc Graw Hill, page: 452.
- Hasan, H., (2010). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya: FK Unair, hal: 24.
- Hasan, I., (2002). *Pokok-Pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya*. Jakarta: Graha Indonesia, hal: 58.
- Hurlock, B., (2002). *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga, hal: 20

- Keraf, S., (2001). *Ilmu Pengetahuan Sebuah Tinjauan Filosofis*. Jakarta: Kanisius, hal: 35, 44, 49.
- Kuntoro, Haji, (2009). *Dasar Filosofis Metodologi Penelitian*. Surabaya: Pustaka Melati, hal: 47, 157.
- Mansyoer, A., (2001), *Kapita Selekta Kedokteran*. Jilid 1. Jakarta: Medika Aesculapius, hal 472
- Maramis, Willy F., (2006). *Ilmu Perilaku Dalam Pelayanan Kesehatan Airlangga*. Surabaya: University Press, hal: 256-258.
- Markum, (1991). *Psikologi Kependidikan*. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya, hal: 31
- Matsumoto, David & Juang, Linda, (2004). *Culture & Psycology*. USA: Thomson Wadsworth, page: 420.
- Niven, N., (1995). *Psikologi Kesehatan Pengantar Untuk Perawat Dan Profesioanal Kesehatan Lain*. Jakarta: EGC, hal: 14
- Notoatmodjo, (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 70-74.
- Notoatmodjo, (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 45-57
- Notoatmodjo, (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakart: Rineka Cipta, hal: 68, 79, 138, dan 185
- Nursalam, (2002). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal 6, 7
- Nursalam, (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika, hal: 114
- Nursalam & Siti Pariani, (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: CV Sagung, hal: 9, 132-134.
- Patricia A. Potter, (2000). *Patofisiologi Kedokteran Konsep Klinik dan Proses-Proses Penyakit*, Jakarta: EGC, hal: 195-198.
- Potter & Perry, (1999). *Fundamental of Nursing*. Mosby year books. Inc, USA: Missory, page: 303-305.
- Poerwanto, (1999). *Pengantar Perilaku Manusia*. Jakarta: EGC, hal: 17
- Reilly dan Oberman, (2002). *Pengajaran Klinik Dalam Pendidikan Keperawatan*. Jakarta: EGC, hal: 46

- Rohani, A., (1997). *Medika Instruksional Edukatif*. Jakarta: Rineka Cipta, hal: 23
- Smeltzer SC dan Bare BG., 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth*. Jakarta : EGC. hal.584-591.
- Smet, (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Grasindo, hal: 250-261.
- Soeparman, (1990). *Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FKUI. hal.715-726.
- Sugiyono, (2007). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta, hal: 3
- Sugiyono, (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta, hal: 80-81, 147.
- Sunaryo, (2004). *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC, hal 8-13, 201-205
- Swmburg, (2001). *Kepemimpinan Dalam Manajemen Keperawatan*. Jakarta, EGC. Hal; 23-25
- Unair, (2009). *Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Walgito, (2002). *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta, hal: 22, 36
- WHO, (2006). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. Geneva: Switzerland, hal: 8

LAMPIRAN



Surabaya, 31 Mei 2010

Nomor : 1324 /H3.1.12/ PPd/2010
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
bagi Mahasiswa PSIK – FK Unair**

Kepada Yth.
Kepala Dinkes Kota Surabaya
di –
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Tity Putri Anggun Pratiwi
NIM : 010610142B
Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Tuberkulosis
Paru dengan Kepatuhan dalam Melaksanakan Program
DOTS pada Pasien Tuberkulosis Paru
Tempat : Puskesmas Pegirian Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP : 196612251989031004

Tembusan:

1. Kepala Puskesmas Pegirian Surabaya



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
DINAS KESEHATAN

Jl. Jemursari No. 197. Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8473728
SURABAYA (602143)

SURAT IJIN

SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072 / ~~286~~ 18 / 436.6.3 / 2010

Memperhatikan Surat

Dari : Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Tanggal : 6 April 2010
Hal : Pengambilan Data

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :

Nama : **Tity Putri A.P**
NIM : 010610142 B
Pekerjaan : Mahasiswa
Tujuan Penelitian : Menyusun Karya Tulis Ilmiah
Tema Penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Tuberkulosis Paru dengan Perilaku Kepatuhan dalam Melaksanakan Program DOTS pada Pasien Tuberkulosis Paru
Lamanya Penelitian : Bulan Mei sampai dengan Bulan Juli Tahun 2010
Daerah / tempat penelitian : **Puskesmas Pegirian**

Dengan Syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan – ketentuan /peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey / penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey / penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya .
4. Surat ijin ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat – syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan Kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan , pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.

Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 10 Mei 2010
PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN
dr. Isty Martiana Rachmie
Pembina TK. I

Lampiran 1**Lembar Permohonan Menjadi Responden Pada Penelitian**

Bersama ini saya Tity Putri Anggun Pratiwi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Angkatan 2006. Saya akan melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Tuberkulosis Paru dengan Perilaku Kepatuhan Dalam Melaksanakan Program DOTS Pada Pasien Tuberkulosis Paru”**. Hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Oleh karena itu kami mohon partisipasi saudara untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah saya persiapkan dengan sejujur-jujurnya. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan. Data hanya disajikan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan Komunitas dan tidak digunakan untuk maksud lain.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan saudara untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Atas partisipasi saudara dalam mengisi kuesioner ini saya hargai dan saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, 5 Mei 2010

Hormat Saya,

Tity Putri A.P

Lampiran 2**Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden**

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul **“Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Tuberkulosis Paru dengan Perilaku Kepatuhan Dalam Melaksanakan Program DOTS Pada Pasien Tuberkulosis Paru”** yang dilakukan oleh Tity Putri Anggun Pratiwi dalam menyelesaikan tugas akhir pendidikan akademik pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Dengan menandatangani surat pernyataan kesediaan menjadi responden ini menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surabaya, 5 Mei 2010

Responden

(Tanda Tangan)

Lampiran 3**LEMBAR KUESIONER**

Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Tuberkulosis Paru dengan Perilaku Kepatuhan Dalam Melaksanakan Program DOTS Pada Pasien Tuberkulosis Paru

No Responden :

Alamat Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk Pengisian :

Petunjuk Pengisian : Berilah tanda cek (√) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban anda.

A. Data Demografi

Kode
(Diisi oleh petugas)

1. Jenis Kelamin

1) Laki-laki

2) Perempuan

SCORE

2. Pendidikan terakhir

1) Tidak sekolah

2) Dasar

3) Menengah

4) Tingkat sekolah lanjut

SCORE

3. Umur.....tahun

SCORE

4. Pekerjaan

1) PNS/ TNI-Polri

SCORE

2) Pensiunan

3) Karyawan Swasta

4) Petani/ Nelayan

5) Pedagang

6) Tidak Bekerja

B. Pengetahuan Tentang Penyakit Tuberkulosis Paru

Petunjuk: Berilah tanda silang (X) pada jawaban yang saudara anggap benar

No	Pernyataan	Kode
1.	TBC adalah penyakit yang disebabkan oleh kuman: a. Salah b. Benar	
2.	Penyakit TBC adalah penyakit: a. Menular b. Tidak menular	
3.	Penyakit TBC dapat disembuhkan dengan: a. Pengobatan yang tepat b. Tidak diobati	
4.	Gejala utama penyakit TBC adalah: a. Batuk lebih dari 2 (dua) minggu b. Batuk 1 (satu) hari	
5.	Penyakit TBC menular melalui: a. Percikan dahak b. Kencing	
6.	Memastikan seseorang menderita TBC harus dengan: a. Pemeriksaan dahak sebanyak 3 (tiga) kali b. Periksa darah	
7.	Lama Pengobatan TBC adalah: a. 6 - 9 bulan b. 1 (satu) minggu	
8.	Pengobatan TBC dibagi dalam: a. 2 (dua) tahap yaitu tahap awal dan lanjutan b. 1 (satu) tahap	
9.	Perlu adanya Pengawas Minum Obat (OAT) bagi setiap penderita TBC: a. Salah b. Benar	
10.	Penyakit TBC akan lebih parah dan lebih sulit diobati jika penderita tidak teratur minum obat: a. Salah b. Benar	

C. Kepatuhan Melakukan Pengobatan Tuberkulosis Paru

Petunjuk: Berilah tanda "X" pada kolom jawaban yang tersedia

No.	Pernyataan	Ya	Tidak	Kode
1.	Obat diambil sesuai jadwalnya			
2.	Obat diminum sesuai aturan minum obat			
3.	Obat habis tepat pada waktunya sesuai kartu berobat			
4.	Tidak ada sisa obat			

na :

ur :

anjuk: Isilah kolom berikut sesuai waktu anda minum obat dan Beri tanda centang (√) pada jawaban Ya / Tidak

No	Tanggal	Jam	Jumlah obat yang diminum	Saat minum obat sudah makankah anda	
				Ya	Tidak
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

na :

ur :

unjuk: Isilah kolom berikut sesuai waktu anda minum obat

Beri tanda centang (√) untuk kolom jawaban Ya / Tidak

	Tanggal	Jam	Jumlah obat yang diminum	Saat minum obat sudah makankah anda	
				Ya	Tidak
1					
2					
3					
4					
5					
6					

TABULASI DATA
KARAKTERISTIK UMUM PENGETAHUAN DAN KEPATUHAN PADA PASIEN
TUBERKULOSIS PARU

No. Resp	Karakteristik Umum				Pengetahuan			Kepatuhan	
	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Total Skor	%	Tingkat Pengetahuan	Total Skor	Kepatuhan
1	1	3	2	6	6	60%	2	2	0
2	1	3	2	3	9	90%	3	4	1
3	1	3	3	6	10	100%	3	4	1
4	1	2	1	6	9	90%	3	4	1
5	1	2	2	3	7	70%	2	4	1
6	2	2	2	6	7	70%	2	2	0
7	2	2	2	6	8	80%	3	4	1
8	2	2	2	3	9	90%	3	4	1
9	2	3	2	6	9	90%	3	4	1
10	2	2	2	6	7	70%	2	1	0
11	2	2	2	6	7	70%	2	3	0
12	2	3	2	6	8	80%	3	4	1
13	2	2	3	6	8	80%	3	4	1
14	1	3	2	6	7	70%	2	4	1
15	1	3	2	3	9	90%	3	4	1
16	1	2	3	3	9	90%	3	4	1
17	2	2	1	6	5	50%	1	1	0
18	1	3	1	6	7	70%	2	4	1
19	1	2	3	3	9	90%	3	4	1
20	2	3	2	6	7	70%	2	4	1
21	1	2	2	6	9	90%	3	4	1
22	2	3	2	6	7	70%	2	4	1
23	2	3	1	6	5	50%	1	2	0
24	1	3	1	6	8	80%	3	4	1
25	2	3	4	3	9	90%	3	4	1
26	1	2	2	3	9	90%	3	4	1
27	1	2	2	6	8	80%	3	4	1

1. Jenis kelamin responden:

- 1 : Laki-laki
- 2 : perempuan

2. Umur responden:

- 1 : 13-16 tahun
- 2 : 18-40 tahun
- 3 : 40-60 tahun
- 4 : > 60 tahun

3. Pendidikan terakhir responden

- 1 : Tidak sekolah
- 2 : Dasar
- 3 : Menengah
- 4 : Tingkat sekolah lanjut

4. Pekerjaan responden:

- 1 : PNS/ TNI-Polri
- 2 : Pensiunan
- 3 : Karyawan swasta
- 4 : Petani/ Nelayan
- 5 : Pedagang
- 6 : Tidak bekerja

5. Tingkat pengetahuan:

- 1 : Kurang
- 2 : Cukup
- 3 : Baik

6. Kepatuhan:

- 1 Patuh
- 0 Tidak patuh

Frequency Table

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	14	51.9	51.9	51.9
	Perempuan	13	48.1	48.1	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-40 tahun	14	51.9	51.9	51.9
	40-60 tahun	13	48.1	48.1	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sekolah	5	18.5	18.5	18.5
	Dasar	17	63.0	63.0	81.5
	Menengah	4	14.8	14.8	96.3
	Tingkat sekolah lanjut	1	3.7	3.7	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Karyawan Swasta	8	29.6	29.6	29.6
	Tidak Bekerja	19	70.4	70.4	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Tingkat Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	16	59.3	59.3	59.3
	Cukup	9	33.3	33.3	92.6
	Kurang	2	7.4	7.4	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

		Kepatuhan			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Patuh	21	77.8	77.8	77.8
	Tidak Patuh	6	22.2	22.2	100.0
Total		27	100.0	100.0	

Nonparametric Correlations

1. Hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan

			Correlations	
		Tingkat Pengetahuan	Kepatuhan	
Spearman's rho	Tingkat Pengetahuan	1.000	.697**	
	Kepatuhan	.697**	1.000	
		N	27	
		Correlation Coefficient	.697**	
		Sig. (2-tailed)	.000	
		N	27	
		Correlation Coefficient	.697**	
		Sig. (2-tailed)	.000	
		N	27	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).