

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN KELUARGA
TERHADAP PERILAKU KELUARGA DALAM UPAYA
PENCEGAHAN PENULARAN TUBERKULOSIS
DI PUSKESMAS PANDAAN

PENELITIAN *PRA EXPERIMENTAL*

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



Oleh :

RENI WISMIATI

NIM : 010531069 B

**PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

SURABAYA

2007

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 tinggi manapun.

Surabaya, 22 Januari 2007

Yang Menyatakan



Reni Wismati
(010531069 B)

LEMBAR PERSETUJUAN
SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 14 FEBRUARI 2007

Oleh :

PEMBIMBING I



Ah. Yusuf, S.Kp, M.Kes
NIP. 132 255 152

PEMBIMBING II



Abu Bakar, S.Kep. Ns

Mengetahui,

An. Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Wakil ketua II



Dr. Nursalam, M.Nurs (Honours)
NIP. 140 238 226

PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

Telah diuji

Pada tanggal 16 Februari 2007

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ah. Yusuf, S.Kp, M.Kes

Anggota : 1.Ninuk Dian K, S.Kep.Ns

2.Abu Bakar, S.Kep.Ns



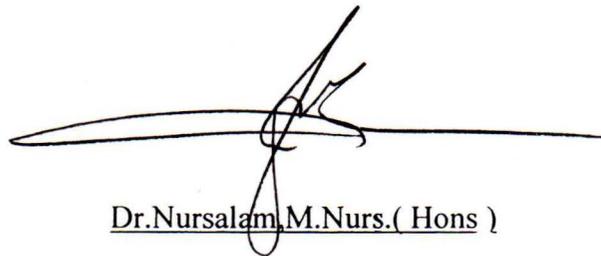
Handwritten signatures of the panel members, including the Chairman and two members, written over dotted lines.

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Wakil Ketua II



Handwritten signature of Dr. Nursalam, written over a horizontal line.

Dr.Nursalam, M.Nurs.(Hons)

NIP . 140 238 226

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT. atas rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ **Pengaruh Pendidikan Kesehatan Keluarga Terhadap Perilaku Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Penularan Tuberculosis Paru di Puskesmas Pandaan.**” Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama dengan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Prof. H. M. S.Wiyadi, dr, Sp.THT (K) selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Program S1 Ilmu Keperawatan.
2. Prof. H. Eddy Soewandjo, dr, SpPD, KTI selaku ketua Program S1 Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan Program S1 Ilmu Keperawatan.
3. Dr. Imam Soewono, SpPD, selaku Direktur RS Darmo Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan Program S1 Ilmu Keperawatan.
4. Dr. Ani latifah, selaku Kepala Puskesmas Pandaan yang telah memberikan fasilitas tempat penelitian di Puskesmas Pandaan kepada penulis.

5. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Pembantu Ketua II Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Bapak Ah. Yusuf, S.Kp, M.Kes selaku pembimbing ketua yang dengan sabar telah memberikan banyak arahan dan dukungan dalam menyusun skripsi.
7. Bapak Abu Bakar, S.Kep.Ns selaku pembimbing II yang memberikan banyak penjelasan dan arahan dalam pembuatan skripsi ini.
8. Ibu Hermin Prastyowati selaku Kepala Bidang Keperawatan RS Darmo yang senantiasa memberikan dorongan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Suamiku tercinta Kasiman dan anakku Chendikia A. Putra Perdana, Brilian Indah Syahputri yang dengan sabar telah mendukung penulis meraih cita-cita.
10. Rekan-rekan perawat PAV III RS Darmo, teman-teman kuliah angkatan B VIII, dan semua pihak yang telah membantu terselesainya skripsi ini.

Semoga Allah SWT, membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan, oleh karena itu penulis berharap adanya kritik dan saran yang membangun guna memperbaiki dan menyempurnakan hasil penelitian. Penulis berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Surabaya, 22 Januari 2007

ABSTRACT

INFLUENCE OF FAMILY HEALTH EDUCATION ON FAMILY BEHAVIOR IN THE PREVENTION OF PULMONARY TUBERCULOSIS TRANSMISSION IN COMMUNITY HEALTH CENTER, PANDAAN A Pre-Experimental Study at the Community Health Center, Pandaan

by : **Reni Wismiati**

Pulmonary tuberculosis is a transmittable disease, which is in the recent Years showing an increase, either in new cases or in its death rate. One of the Efforts to overcome this problem is to prevent the transmission starting at family Level. The objective of this study was to analyze the influence of health education On family behavior in the prevention of pulmonary tuberculosis transmission.

This was a pre-experimental study using *one group pretest posttest design*. Population comprised all families whit TB patients who actively came for Treatment at Community Health Center, Pandaan. Samples comprised 27 respondents, recruited based on inclusion criteria using purposive sampling. Data were collected using questionnaire and structured interview to find the influence of health education on family behavior in the prevention of pulmonary tuberculosis transmission. Data were subsequently analyzed whit *Wilcoxon Signed Rank test* with significance level of $\alpha = 0,05$.

The result showed that after receiving health education, the p values for knowledge was 0,000, attitude 0,000 and action 0,000. This indicated significant influence of health education. Conclusively, health education has significant effect on the improvement of knowledge, attitude, and action in the effort to prevent pulmonary tuberculosis transmission. Further studies should involve largersamples.

Keywords : health education, behavior, prevention, TB transmission

MOTTO

Dan hendaklah diantara kamu ada segolongan orang yang menyeru kepada kebajikan, menyuruh yang makruf, dan mencegah dari yang munkar. Dan merekalah orang – orang yang beruntung. (Al-Qur,an Surat Ali Imran 137)

DAFTAR ISI

Halaman Judul Dan Prasarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Penetapan Panitia Penguji	iv
Ucapan Terima Kasih.....	v
Abstract	vi
Daftar Isi.....	vii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Tabel.....	x
Daftar lampiran	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1. Tujuan umum.....	3
1.3.2. Tujuan khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1. Teoritis	4
1.4.2. Praktis	4
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	 5
2.1.Keperawatan	5
2.1.1. Area keperawatan	5
2.1.2. Peran perawat	6
2.2. Pendidikan Kesehatan	7
2.3. Perilaku Kesehatan	12
2.4. Konsep Keluarga	16
2.4.1. Tugas keluarga	16
2.4.2. Fungsi keluarga	17
2.4.3. Alasan keluarga sebagai unit pelayanan	18
2.5. TBC Paru	18
2.5.1. Pengertian	18
2.5.2. Patogenesis	19
2.5.3. Gejala klinis	20
2.5.4. Penularan TBC Paru	21
2.5.5. Pencegahan tuberkulosis paru	22
 BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL dan HIPOTESIS	 24
3.1. Kerangka Konseptual	24
3.2. Hipotesis.....	26
 BAB 4 METODE PENELITIAN	 28
4.1. Desain Penelitian	28
4.2. Kerangka Kerja Penelitian	30
4.3. Populasi, Sampel, dan Sampling	31

4.3.1. Populasi	31
4.3.2. Sampel	31
4.3.3. Sampling	32
4.4. Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional	33
4.4.1. Variabel independen	33
4.4.2. Variabel dependen	33
4.4.3. Definisi operasional	34
4.5. Pengumpulan Data dan Analisis Data	35
4.5.1. Pengumpulan data	35
4.5.2. Lokasi dan waktu penelitian	36
4.5.3. Prosedur	37
4.5.4. Cara analisis data	37
4.6. Etika Penelitian	37
4.7. Keterbatasan	38
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	39
5.1. Hasil Penelitian.....	39
5.1.1. gambaran umum lokasi penelitian.....	39
5.1.2. Data umum responden.....	40
5.1.4. Pengaruh pendidikan kesehatan	43
5.2. Pembahasan	45
BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....	50
6.1. Simpulan.....	51
6.2. Saran.....	53
DAFTAR PUSTAKA	54
LAMPIRAN	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	24
Gambar 4.2	Kerangka Penelitian	30
Gambar 4.3	Definisi Operasional Penelitian	34
Gambar 5.1	Distribusi Responden Menurut Umur	40
Gambar 5.2	Distribusi Responden Menurut Kelamin	41
Gambar 5.3	Distribusi Responden Menurut Pendidikan	41
Gambar 5.4	Distribusi Responden Menurut Pekerjaan	42
Gambar 5.5	Distribusi Responden Menurut Penghasilan	42

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Pengaruh pengetahuan responden sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan	43
Tabel 5.2	Pengaruh sikap responden sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan	44
Tabel 5.3	Pengaruh tindakan responden sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Permohonan menjadi responden	56
Lampiran 2	Format persetujuan menjadi responden	57
Lampiran 3	Kuesioner	58
Lampiran 4	Satuan Acara Penyuluhan	65
Lampiran 5	Leaflet TBC Paru	69
Lampiran 6	Materi Penyuluhan	72
Lampiran 7	Tabulasi Data Umum Responden	75
Lampiran 8	Tabulasi Data Khusus Responden	76
Lampiran 9	Hasil Uji Statistik	79

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit yang mudah menular dimana dalam tahun-tahun terakhir memperlihatkan peningkatan dalam jumlah kasus baru maupun jumlah angka kematian. Di Indonesia Tuberkolusis kembali muncul sebagai penyebab kematian utama setelah penyakit jantung dan pernapasan, dimana resiko penularan tiap tahun di Indonesia dianggap cukup tinggi dan bervariasi antara 1-2%, dalam arti 1% yaitu diantara 1000 penduduk ada 10 orang yang tertular (Annual Risk of Tuberculosis Infection / ARTI, 2005). Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) diperkirakan tiap tahun terdapat 450.000 kasus baru tuberkulosis dimana 1/3 penderita terdapat di sekitar puskesmas, 1/3 ditemukan di pelayanan rumah sakit pemerintah dan swasta, dan sisanya belum terjangkau oleh unit pelayanan kesehatan (Bondan, 2006). Penyakit Tuberculosis Paru (TBC) banyak berkaitan dengan masalah pengetahuan dan perilaku masyarakat, yang merupakan salah satu faktor penyebab tingginya tingkat penularan TBC (Fahmi, 2005). Dari sifat penyakit yang sangat menular masyarakat tidak sepenuhnya mengerti dan memahami bagaimana harus menyikapi dan mengupayakan tindakan yang tepat untuk menghadapi masalah tersebut. Hal ini disebabkan oleh karena rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat tentang TBC dan penularannya sehingga berpengaruh terhadap sikap dan perilaku masyarakat dalam upaya pencegahan penularan TBC.

Di Puskesmas Pandaan jumlah penderita tuberkulosis 5 bulan terakhir ini mengalami kenaikan yang cukup signifikan yaitu dari lima belas penderita yang masih aktif berobat naik menjadi 30 orang. Padahal menurut hasil laporan Puskesmas, jumlah penderita drop out tidak ada. Dari jumlah penderita tersebut sebagian besar dari keluarga dengan tingkat pendidikan rendah dan ekonomi lemah. Dari uraian diatas menunjukkan bahwa angka penularan cukup tinggi. Sementara pengetahuan masyarakat terhadap TBC dan penularannya ternyata sangat rendah (SKRT, 2004). Dari data tersebut belum pernah diteliti tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap upaya pencegahan penularan TBC.

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi tingginya risiko penularan TBC diantaranya yaitu faktor umur, jenis kelamin, status gizi buruk, kondisi sosial ekonomi lemah, kepadatan penduduk dan lingkungan rumah yang tidak sehat serta tingkat pengetahuan yang rendah. Dari berbagai faktor tersebut apabila tidak disikapi dengan serius mengakibatkan tingginya resiko penularan TBC (Fahmi, 2005).

Dari keterangan diatas berbagai upaya pencegahan penularan TBC dilakukan dengan memberikan imunisasi BCG dan untuk terapi WHO merekomendasikan srategi penyembuhan TBC dengan pengawasan langsung yang dikenal dengan istilah DOTS *Directly Observed treatment Short Course Chemoterapi* (Imam, 2006). Dalam hal ini peran keluarga sangat penting untuk mengawasi penderita dalam program pengembangan pengobatan dan pengendalian penularan TB paru, pada anggota yang lain, karena keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai upaya kesehatan masyarakat (Freeman, 1981). Oleh karena itu dalam program penanggulangan

TBC Pendidikan Kesehatan (penyuluhan langsung) sangat penting artinya untuk menentukan keberhasilan pengobatan. Penyuluhan ini ditujukan kepada penderita dan keluarga, supaya penderita menjalani pengobatan secara teratur dan bagi keluarga yang sehat dapat melindungi dan meningkatkan kesehatannya, sehingga terhindar dari penularan TBC, serta meningkatkan kesadaran, kemauan dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan TBC.

Berpijak dari masalah diatas peneliti mencoba melakukan penelitian tentang “Pengaruh Pendidikan Kesehatan Keluarga Terhadap Perilaku Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Penularan Tuberkulosis Paru”.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana pengaruh pendidikan kesehatan keluarga terhadap pengetahuan keluarga dalam upaya pencegahan penularan tuberkulosis paru?
2. Bagaimana pengaruh pendidikan keluarga terhadap sikap keluarga dalam upaya pencegahan penularan tuberkulosis paru?
3. Bagaimana pengaruh pendidikan keluarga terhadap tindakan yang diberikan keluarga dalam upaya pencegahan penularan tuberkulosis paru?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku keluarga dalam upaya pencegahan penularan tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Pandaan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan.
2. Mengidentifikasi sikap keluarga sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan.
3. Mengidentifikasi tindakan keluarga sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan.
4. Menganalisis adanya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tindakan keluarga dalam upaya pencegahan penularan tuberkulosis paru.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1. Teoritis

1. Sebagai wawasan dalam pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan dalam upaya pencegahan penularan tuberkulosis paru.
2. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan untuk meningkatkan program pendidikan kesehatan tentang tuberkulosis paru .

1.4.2. Praktis

1. Menambah pengetahuan tentang upaya pelaksanaan pencegahan penularan tuberkulosis paru.
2. Sebagai bahan masukan pada rekan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga, dengan salah satu anggota menderita tuberkulosis paru.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keperawatan.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan Biopsiko, sosial spiritual yang komprehensif ditujukan paada individu, keluarga masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia (Lokakarya Nasional Keperawatan, 1983).

Keperawatan mempunyai empat lingkungan klien :

1. Pasien atau klien secara individual yang merupakan pusat dari asuhan di RS.
2. Keluarga yang merupakan unit fokus pelayanan dari praktek kasehatan komunitas.
3. Kelompok.
4. Komunitas.

2.1.1. Area keperawatan

Area keperawatan yang melibatkan perawat meliputi :

1. Mendorong dan mengadakan suatu latihan fisik secara periodik dan pemantauan terhadap proses penyakit (misal hipertensi, diabetes melitus, dan kanker).
2. Memimpin pelaksanaan pendidikan kesehatan masyarakat.
3. Mendukung undang-undang yang ditujukan untuk pemeliharaan kesehatan dan program perlindungan anak.
4. Peningkatan kondisi kesehatan dan keselamatan kerja.

2.1.2. Peran Perawat

Peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukannya didalam sistem.

Doheny (1982) mengidentifikasikan beberapa elemen peran perawat profesional meliputi :

1. *Care Giver* / Pemberi Asuhan

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan baik secara langsung atau tidak langsung kepada klien dengan menggunakan kedekatan proses keperawatan.

2. *Clien Advocate*

Perawat sebagai penghubung antara klien dengan tim kesehatan lain, membela kepentingan klien dan membantu klien memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dan melindungi hak-hak klien.

3. *Counselor*

Perawat berperan dalam memberikan konseling / bimbingan kepada klien, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan sesuai prioritas

4. *Educator*

Perawat berperan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada kelompok, keluarga yang beresiko tinggi, kader kesehatan dan sebagainya.

5. *Colaborator*

Perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan guna memenuhi kebutuhan kesehatan klien.

6. *Coordinator*

Perawat memanfaatkan semua sumber-sumber dan potensi yang ada baik materi maupun kemampuan klien secara terkoordinasi sehingga tidak ada intervensi yang terlewatkan.

7. *Change Agent*

Perawat sebagai pembaharu, perawat mengadakan inovasi dalam cara berfikir, bersikap, bertindak laku, dan meningkatkan keterampilan klien / keluarga agar menjadi sehat.

8. *Consultant*

Perawat berperan sebagai sumber informasi yang dapat membantu memecahkan masalah klien (Kusnanto, 2004).

2.2 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah komponen program kesehatan dan kedokteran yang terdiri atas upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, kelompok maupun masyarakat yang merupakan perubahan cara berfikir, bersikap dan berbuat dengan tujuan membantu pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit, dan promosi hidup sehat (Suhila dkk, 2002).

Pendidikan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, bukan proses pemindahan materi dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur (Notoatmodjo, 2003). Dalam keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan satu bentuk intervensi keperawatan yang mandiri untuk membantu penderita baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam mengatasi masalah

kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang didalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik (Suliha, 2002).

Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa. Dalam mencapai tujuan tersebut, seorang individu, kelompok atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses, dimana proses tersebut mempunyai suatu masukan (*input*) dan keluaran (*output*). Masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakang. Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subyek belajar tersebut. Di dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain subyek belajar, pengajar (pendidik atau fasilitator), metode, teknik belajar, alat bantu belajar dan materi atau bahan yang dipelajari. Sedangkan keluaran merupakan hasil belajar itu sendiri, yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subyek belajar (Notoatmodjo, 2003).

Faktor yang mempengaruhi proses belajar adalah metode, fasilitas, alat bantu pembelajaran, dan bahan yang akan dipelajari. Adapun prinsip-prinsip pembelajaran meliputi : pengalaman yang telah dimiliki sebelumnya, kepribadian, proses kerjasama dan kolaborasi, tanggung jawab, proses evolusi, dan proses emosional dan intelektual. Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa ciri dari kegiatan belajar adalah kegiatan yang menghasilkan perubahan baru pada diri individu, berlangsung relatif lama dan perubahan tersebut karena usaha bukan

karena proses pematangan. Menurut teori belajar sosial dan tiruan dari NE. Miller menyatakan bahwa prinsip-prinsip belajar terdiri dari dorongan, isyarat, tingkah laku balas dan ganjaran (reward). Dalam proses belajar dipengaruhi oleh empat faktor utama yaitu materi, lingkungan yang meliputi fisik dan lingkungan sosial, *instrumental* belajar dan individu subyek belajar yang meliputi kondisi fisik dan psikologis misalnya intelegensi, daya tangkap, pengamatan, motivasi dan sebagainya. Prinsip dari belajar meliputi komponen pengalaman, proses *intelegensi* dan emosi, serta proses kolaborasi dan kerjasama.

Menurut Suhila dkk (2002), ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi antara lain :

1. Sasaran pendidikan kesehatan meliputi :
 - a. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individual
 - b. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok
 - c. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat
2. Tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan
 - a. Pendidikan kesehatan disekolah, dengan sasaran murid, yang pelaksanaannya diimplementasikan dalam UKS.
 - b. Pendidikan kesehatan dipusat pelayanan kesehatan, dilakukan dipuskesmas, rumah sakit umum atau khusus, dengan sasaran penderita atau keluarga.
 - c. Pendidikan kesehatan dipusat kerajaan dengan sasaran buruh atau karyawan.

3. Tingkat pelayanan kesehatan .

Pendidikan kesehatan dapat dilakukan dalam lima tingkat pencegahan yaitu promosi kesehatan, perlindungan kusus, diagnosa dini dan pengobatan segera, pembatasan cacat, dan rehabilitasi.

Secara operasional tujuan pendidikan kesehatan oleh Sulih dkk (2002), sebagai berikut:

1. Agar penderita memiliki tanggung jawab yang lebih besar terhadap kesehatan, keselamatan lingkungan, dan masyarakat.
2. Agar orang melakukan langkah-langkah positif dalam mencegah terjadinya sakit, mencegah perkembangan penyakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat yang disebabkan penyakit.
3. Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang keberadaan dan perubahan sistem dan cara memanfaatkannya dengan efisien dan efektif.
4. Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada pusat pelayanan kesehatan formal.

Menurut Notoatmodjo (2003) pendidikan kesehatan dalam merubah perilaku melalui proses perubahan oleh banyak faktor diantaranya :

1. Faktor predisposisi atau pencetus

Faktor pencetus mencakup: pengetahuan sikap, tradisi, kepercayaan, tingkat pendidikan, tingkat sosial budaya, sistem nilai yang dianut masyarakat terhadap kesehatan.

2. Faktor *Enabling* atau pemungkin

Faktor pemungkin menyangkut kesediaan sarana dan prasarana dalam merubah perilaku penderita, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, ketersediaan makanan bergizi. Fasilitas pelayanan seperti puskesmas, rumah sakit, poliklinik.

3. Faktor *Reinforcing* atau penguat

Faktor penguat menyangkut sikap dan perilaku pendukung kesehatan, seperti tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh agama (Notoatmodjo, 2003).

Konsep Bloom, yang menjelaskan bahwa derajat kesehatan itu dipengaruhi oleh 4 faktor utama yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan, maka pendidikan kesehatan adalah sebuah intervensi terhadap faktor perilaku (konsep Green) dan kedua konsep tersebut dapat diilustrasikan dalam hubungan status kesehatan, perilaku, dan pendidikan kesehatan .

Untuk mencapai hasil yang optimal, maka harus menggunakan cara yang tepat, materi juga harus disesuaikan dengan sasaran, demikian juga dengan alat bantu pendidikan perlu disesuaikan. Untuk sasaran kelompok metodenya harus berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual.

Metoda pendidikan individual dapat dibagi menjadi: (1) bimbingan dan penyuluhan, (2) wawancara. Sedangkan metoda pendidikan kelompok dibagi menjadi: (1) kelompok besar dengan metode pendekatan ceramah dan seminar, dan (2) kelompok kecil dengan metode pendekatan diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, kelompok kecil-kecil, bermain peran dan permainan simulasi, (3) metode pendidikan massa (Notoatmodjo, 2003).

Alat bantu yang digunakan dalam pendidikan kesehatan berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu dalam proses pendidikan pengajaran. Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip, bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia itu diterima atau ditangkap dengan panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu, maka semakin banyak dan semakin jelas pengertian atau pengetahuan yang diperoleh serta mempermudah persepsi.

Media pendidikan pada hakekatnya adalah alat bantu pendidikan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasarkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi: (1) media cetak yang meliputi booklet, leaflet, flyer, flip chart, poster serta rubrik atau tulisan pada surat kabar mengenai masalah kesehatan, (2) media elektronik yang meliputi televisi, radio, video, slide serta fil strip, (3) media papan atau *bill board*.

2.3. Perilaku Kesehatan

Definisi perilaku kesehatan

Perilaku adalah semua kegiatan manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun diamati dari pihak luar. Skinner (1938) merumuskan perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus dari luar. Perilaku kesehatan adalah respon seseorang (*organisme*) terhadap stimulus atau obyek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2003).

Batasan perilaku terdiri dari 3 aspek yaitu: perilaku pemeliharaan kesehatan meliputi : perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bila mana telah sembuh dari sakit, perilaku

peningkatan kesehatan, apabila seseorang telah mencapai keadaan sehat peningkatan gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat meningkatkan kesehatan seseorang, hal ini tergantung perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua yaitu faktor internal merupakan karakteristik orang yang bersangkutan, seperti tingkat kecerdasan, tingkat emosional dan jenis kelamin, faktor eksternal yaitu lingkungan, baik fisik, sosial, budaya, politik. Faktor lingkungan sering mewarnai perilaku seseorang.

Benyamin Bloom (1908) membagi perilaku seseorang menjadi tiga domain yaitu : pengetahuan, sikap, dan tindakan.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap obyek. Pengetahuan merupakan domain terpenting terbentuknya seseorang. Salah satu cara mendapatkan pengetahuan adalah dengan pendidikan formal maupun informal. Karena pengetahuan merupakan salah satu komponen perilaku, maka agar terjadi perubahan dan tingkah laku, hendaknya digerakan dengan sikap baru, memberinya pengetahuan baru dan tentunya material baru (Sarwono, 2004).

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

1. *Awarenees*, keadaan orang yang sadar terhadap arti mengetahui stimulus terlebih dahulu.
2. *Interest*, keadaan seseorang mulai tertarik dengan stimulus.

3. *Evaluation*, mempertimbangkan nilai baik atau buruk dari stimulus untuk perilaku.
4. *Trial*, keadaan seseorang yang telah mencoba perilaku baru.
5. *Adoption*, subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulus.

Banyak teori tentang perubahan perilaku, diantaranya sebagai berikut:

(Notoatmodjo, 2003)

1. Teori Stimulus Organisme

Teori ini mengatakan bahwa perubahan perilaku tergantung kualitas rangsangan yang berkomunikasi dengan organisme. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar individu yang terdiri dari (1) stimulus yang diberikan dapat diterima atau ditolak, (2) apabila stimulus telah mendapatkan perhatian dari organisme, sehingga mengerti stimulus ini dan dilanjutkan kepada proses berikutnya, (3) setelah itu organisme mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesiapan untuk bertindak demi stimulus yang diterimanya (bersikap) dan akhirnya dengan dukungan fasilitas dan dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

2. Teori Festinger (*Dissonance theory*)

Teori ini sebenarnya sama dengan konsep *imbalance* (tidak seimbang). *Cognitive dissonance* merupakan ketidak seimbangan psikologis yang diliputi oleh ketegaran diri yang berusaha untuk mencapai keseimbangan kembali. Hal ini akan menyebabkan perubahan perilaku disebabkan oleh adanya perbedaan jumlah elemen kognitif yang seimbang dengan elemen kognitif yang tidak seimbang dan

sama-sama pentingnya. Hal ini dapat menyebabkan konflik pada diri individu tersebut.

3. Teori Fungsi

Teori berdasar pada anggapan bahwa perubahan individu tergantung pada kebutuhan, (1) perilaku memiliki fungsi instrumental, (2) perilaku pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya, (3) perilaku berfungsi sebagai penerima obyek dan pemberi arti untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya, (4) perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dalam diri seseorang untuk menjawab suatu situasi. Nilai ekspresif ini berasal dari konsep diri seseorang dan merupakan pencerminan dari hati sanubari.

4. Teori Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970) berpendapat bahwa perilaku manusia adalah suatu keadaan yang seimbang antara kekuatan-kekuatan pendorong (*driving forces*) dan kekuatan-kekuatan penahan (*Resraining Forces*). Perilaku itu bisa berubah jika terjadi ketidak seimbangan antara kedua kekuatan tersebut didalam diri seseorang sehingga ada tiga kemungkinan terjadinya perubahan perilaku pada diri seseorang yakni: (1) kekuatan pendorong meningkat, (2) kekuatan penahan menurun dan (3) kekuatan pendorong meningkat dan kekuatan penahan menurun (Notoatmodjo, 2003).

Bentuk perubahan perilaku sangat bervariasi, sesuai dengan konsep yang digunakan oleh para ahli dalam pemahamannya terhadap perilaku. Dibawah ini bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut WHO yaitu :

1. Perubahan alamiah (*natural change*) perilaku manusia selalu berubah, sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah.
2. Perubahan terencana (*planned change*) perubahan perilaku ini memang direncanakan sendiri oleh subyek.
3. Kesiediaan untuk berubah, (*Readdiness to Changes*) menerima inovasi atau perubahan tersebut sehingga perilaku berubah. Hal ini disebabkan setiap orang mempunyai kesiediaan berubah yang berbeda-beda (Notoatmodjo, 2003).

Berapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku tersebut oleh WHO dikelompokkan menjadi tiga:

1. Menggunakan kekuatan, kekuasaan atau dorongan. Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran sehingga ia berperilaku seperti yang diharapkan.
2. Pemberian informasi, dengan memberikan informasi cara-cara untuk mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan, cara menghindari penyakit dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut.
3. Diskusi partisipasi, cara ini adalah sebagai peningkatan cara kedua yang diatas yang dalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah (Notoatmodjo, 2003).

2.4. Konsep Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat dan dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Dep Kes RI, 1998) dan menurut Balion dan Maglaya (1989), keluarga adalah dua atau lebih dari dua

individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi (Fredman, 1998).

2.4.1. Tugas-tugas keluarga

Pada dasarnya tugas keluarga ada 8 tugas pokok sebagai berikut:

1. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya
2. Pemeliharaan sumber daya yang ada dalam keluarga
3. Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
4. Sosialisasi antar anggota keluarga
5. Pengaturan jumlah anggota keluarga
6. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga
7. Penempatan anggota keluarga dalam masyarakat luas
8. Membangkitkan semangat dan dorongan para anggota keluarga (Fredman, 1998)

2.4.2. Fungsi keluarga menurut UU No.10 1992 jo PP No.21 1994

- 1 Fungsi keagamaan: wahana utama menciptakan seluruh anggota keluarga menjadi insan yang takwa kepada Tuhan yang Maha Esa
2. Fungsi sosial budaya yaitu: menggali dan mengembangkan serta melestarikan sosial budaya Indonesia
3. Fungsi kasih sayang yaitu: mengembangkan rasa cinta dan kasih sayang setiap anggota keluarga, antar kerabat dan generasi
4. Fungsi perlindungan yaitu memberikan rasa aman, tenang lahir dan batin serta memberi keteladanan

5. Fungsi reproduksi yaitu: memberikan keturunan yang berkualitas melalui pengaturan dan perencanaan yang sehat .
6. Fungsi pendidikan dan sosialisasi yaitu: keluarga sebagai pendidik utama bagi anggota keluarga dalam meningkatkan fisik, mental, sosial dan spritual.
7. Fungsi ekonomi yaitu: keluarga meningkatkan ketrampilan dalam usaha ekonomi produktif untuk meningkatkan pendapatan dan kesejahteraan keluarga.
8. Fungsi pembinaan lingkungan yaitu: meningkatkan diri dalam lingkungan sosial budaya dan lingkungan alam yang serasi selaras dan seimbang.

2.4.3. Alasan keluarga sebagai unit pelayanan

1. Keluarga sebagai unit masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat
2. Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah kesehatan dalam kelompoknya
3. Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan apabila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah, kesehatan akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lainnya
4. Dalam memelihara kesehatan anggota keluarga sebagai individu (pasien) keluarga berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara keehatan anggotanya
5. Keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk upaya kesehatan masyarakat (Fredman, 1998).

2.5. TBC Paru

2.5.1. Pengertian

Penyakit Tuberculosis (TBC) merupakan penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* (Dep Kes, 2005).

2.5.2. Patogenesis

2.5.2.1. Infeksi Tuberculosis

Infeksi tuberkulosis dapat terjadi karena kuman dibatukkan atau dibersinkan keluar menjadi droplet nuclei dalam udara yang berisi organisme hidup terinhalasi oleh orang yang rentan terhadap penyakit. Selain itu dapat pula terjadi melalui makanan yaitu susu yang terinfeksi oleh *M. tuberculosis strain bovine* yang menyerang oral (Tierney, 2002).

2.5.2.2. Klasifikasi Tuberculosis secara Patologis

1. Tuberculosis Primer

Penularan tuberkulosis paru terjadi karena kuman dibatukkan atau dibersinkan keluar menjadi droplet nuclei. Partikel ini dapat menetap diudara bebas selama 1-2 jam. Bila partikel ini terhisap oleh orang sehat, akan menempel pada jalan nafas atau paru-paru. Partikel ini dapat masuk ke alveolar bila ukuran partikel <5 mikrometer. Kuman ini dihadapi pertama kali oleh neutropil kemudian baru oleh makrotag. Kebanyakan partikel ini akan mati atau dibersihkan oleh makrotag keluar dari cabang trakeo-bronkial bersama gerakan silia dengan sekretnya. Kuman yang bersarang di jaringan paru akan berbentuk sarang tuberkulosis pneumonio kecil yang disebut sarang primer atau sarang (fokus) Ghon. Sarang ini dapat terjadi disetiap bagian jaringan paru.

2. Tuberculosis Post-Primer (Tuberculosis Sekunder) (Tierney, 2002)

Kuman yang dormant pada tuberculosis primer akan muncul bertahun-tahun kemudian sebagai infeksi endogen menjadi tuberculosis dewasa. Sarang ini mula-mula juga berbentuk sarang premonia kecil. Dalam 3-10 minggu sarang ini menjadi tuberkel yakni granuloma yang terdiri dari sel-sel histiosit dan sel Datia-langhans (sel besar yang inti) yang dikelilingi oleh sel-sel limposit dan macam-macam jaringan ikat. TB post-primer juga dapat berasal dari infeksi eksogen dari usia muda menjadi TB usia tua (*elderly tuberculosis*) (Tierney, 2002).

2.5.3. Gejala-Gejala Klinis

Keluhan yang dirasakan pasien tuberculosis bervariasi bahkan banyak ditemukan pasien TB paru tanpa keluhan sama sekali. Dalam pemeriksaan kesehatan keluhan yang terbanyak adalah:

1. Demam

Biasanya subfebril mempunyai demam influenza, kadang biasa mencapai 40°-41° C yang terjadi secara hilang timbul. Keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh dan berat ringannya infeksi kuman TBC yang masuk.

2. Batuk atau Batuk Darah

Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk radang keluar. Keadaan yang lanjut berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

3. Sesak Nafas

Pada penyakit yang ringan belum dirasakan sesak nafas. Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

4. Nyeri Dada

Nyeri dada timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik atau melepaskan nafasnya.

5. Malaise

Malaise sering ditemukan berupa kelemahan tubuh karena anoreksia, tidak ada nafsu makan, badan kurus, berat badan turun, meriang, nyeri otot, sakit kepala dan keringat malam. (Tierney, 2002).

2.5.4. Penularan TBC paru

Pada tahun 1884 Robert Koch membuktikan penularan TBC dengan pemberian aerosol *M. tuberculosis* pada Babi *Koch* membuktikan bahwa sputum merupakan sarana yang penting dalam penularan penyakit TBC pada manusia. Penularan dengan aerosol diperkenalkan oleh Wells dan kawan-kawan (1930). Konsep ini mengatakan bahwa bahan yang merupakan intinya adalah *droplet nucleus* yang berukuran 1 sampai 5 mikron yang mengandung tidak lebih dari 2 sampai 3 bakteri tertutup oleh lapisan dengan kelembaban yang tinggi. Batuk akan mengeluarkan droplet dengan ukuran yang bervariasi mulai mikroskopis sampai terlihat. Pada waktu partikel berada di udara air akan menguap dari permukaannya sehingga menurunkan volume serta menaikkan konsentrasinya. Partikel ini disebut droplet nuclei. droplet nuclei terbentuk waktu penderita dengan TBC aktif atau TBC laring batuk, bersin, bicara atau bernyanyi. Bernafas tidak menghasilkan droplet nuclei. droplet nuclei bisa hilang atau rusak karena ventilasi, filtrasi atau sinar ultra violet (Tailor, 2005).

Pada tahun 1957, *Riley* dan kawan-kawan membuktikan udara dari ruang penderita paru-paru yang dialirkan ke kandang babi bisa menularkan penyakit TBC ke babi. Selain itu juga bisa dibuktikan penularannya bisa dicegah dengan sinar ultra violet. Sedangkan untuk jenis *M. Tuberculosis*, *M. Bovis*, *Brist Royal commission* telah melakukan penelitian tentang virulensi *M. Bovis* pada manusia. Mereka membuktikan adanya hubungan antara minum susu yang mengandung kuman dengan limfadenistis tuberculosa kelenjar getah bening leher. Penyebaran *M.bovis* dari binatang ke binatang dengan jalan aerosol sedangkan penularan ke manusia lewat susu dan aerosol (Tierney, 2002).

2.5.5. Tindakan Pencegahan Tuberkulosis Paru.

Pengertian pencegahan secara umum adalah mengambil tindakan terlebih dahulu sebelum kejadian. Pada dasarnya ada tiga tingkatan pencegahan penyakit secara umum yakni: pencegahan tingkat pertama (*Primary Prevention*) yang meliputi promosi kesehatan pencegahan khusus, pencegahan tingkat kedua (*Secondary Prevention*) yang meliputi diagnosa dini dan pengobatan yang tepat, pencegahan tingkat ketiga (*Tertiari Prevention*) yang meliputi pencegahan terhadap cacat dan rehabilitasi (Timmreck, 2004).

Pada penelitian ini, pencegahan penularan tuberkulosis paru atau TBC lebih mengarah pada tindakan pencegahan pertama (*Primary*), karena disini yang berperan aktif dalam tindakan pencegahan adalah keluarga dan penderita Tuberculosis paru. Sedangkan pada pencegahan *secondary* dan *tertiary* dalam pelaksanaannya yang berperan aktif adalah tim kesehatan.

Tindakan pencegahan penularan yang dapat dilakukan oleh keluarga atau penderita Tuberculosis paru atau TBC menurut Chandra (2006) adalah :

1. Menutup mulut bila batuk dan bersin.
2. Tidak membuang ludah disembarangan tempat.
3. Membuang ludah atau dahak pada wadah tertutup yang telah disediakan misalnya kaleng yang telah diisi pasir atau cairan lisol.
4. Tidak tinggal sekamar dengan anggota keluarga yang lain.
5. Jemur tempat tidur bekas penderita secara teratur.
6. Minum obat secara teratur sampai selesai program pengobatan.
7. Memisahkan alat makanan dan minum dengan anggota keluarga yang lain.
8. Memeriksa anggota keluarga lainnya apakah juga terkena penularan Tuberculosis paru atau TBC.
9. Menganjurkan kepada anggota keluarga lain untuk menjaga stamina dan membiasakan hidup sehat.
10. Menganjurkan kepada anggota keluarga untuk memberikan imunisasi BCG kepada anggota keluarganya yang mempunyai anak balita.
11. Memodifikasi lingkungan yang dapat menurunkan resiko penularan Tuberculosis paru atau TBC antara lain :
 - (1) Lantai yang tidak lembab
 - (2) Bebas dari debu rumah
 - (3) Jendela atau ventilasi yang cukup (20% dari luas lantai) dapat dengan ventilasi alamiah (jendela, pintu, lubang angin, celah dinding , dsb) Pada prinsipnya yang penting udara bisa mengalir keluar masuk rumah.
 - (4) Pencahayaan yang cukup, yaitu luasnya \pm 15% sampai 20% dari luas lantai rumah untuk masuknya cahaya dan diupayakan sinar matahari dapat langsung masuk kedalam ruangan, dan diusahakan matahari lama menyinari

lantai bukan dinding. Jalan masuknya cahaya alami juga bisa diupayakan dengan genteng kaca.

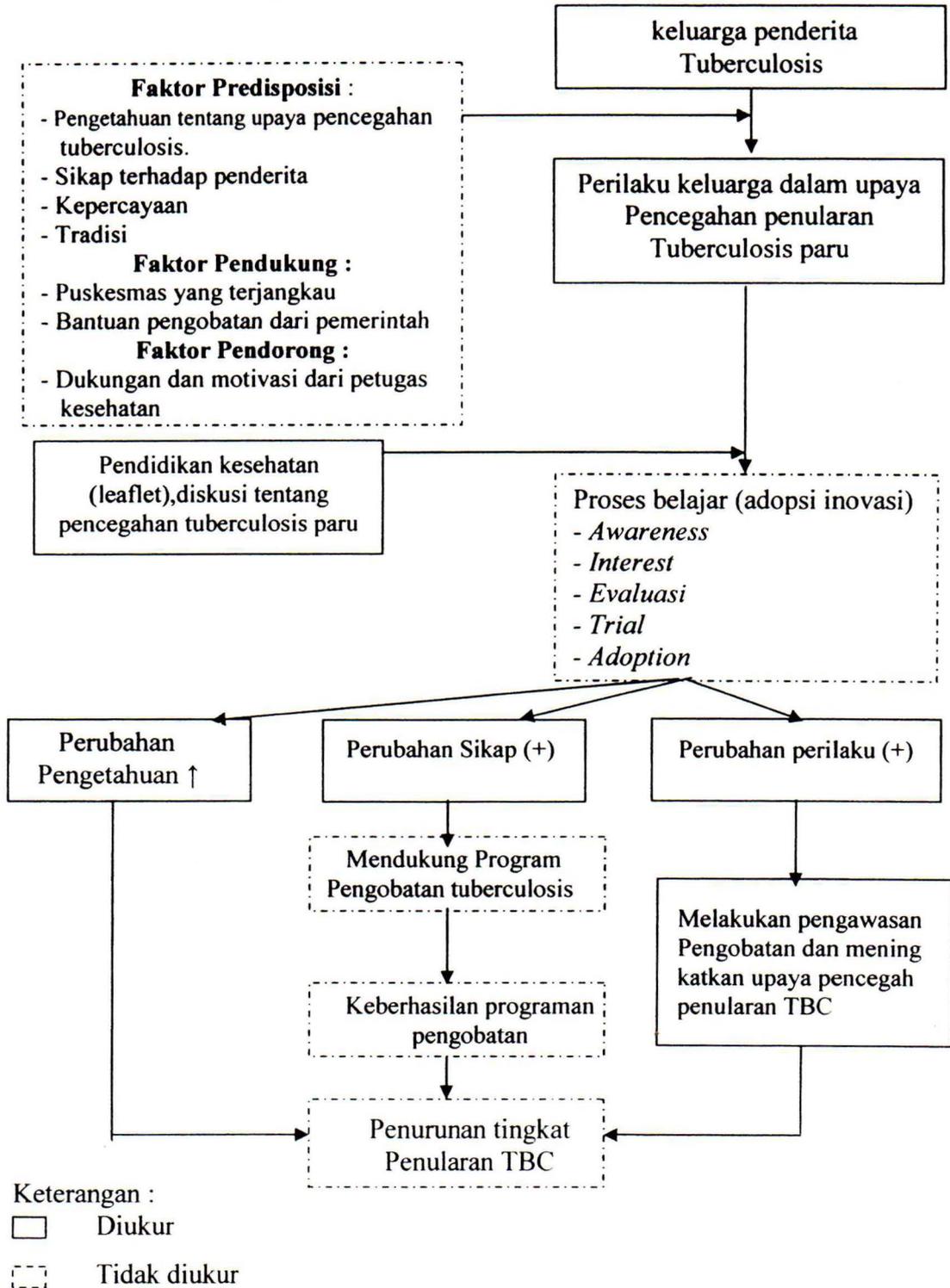
(5) Lingkungan rumah yang bersih, yaitu terdapat tempat khusus untuk membuang sampah, dan jauh dari kandang ternak (Notoadmojo , 2005).

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1. Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1. Kerangka Koseptual Pengaruh Pendidikan Keluarga terhadap Perilaku Keluarga dalam Upaya Pencegahan Tuberkulosis

Dari gambar 3.1. dapat dijelaskan mekanisme pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku keluarga dalam upaya pencegahan penularan TBC di Puskesmas Pandaan.

Perilaku keluarga dalam upaya pencegahan penularan TBC berbeda pada tiap individu. Perbedaan ini dipengaruhi oleh berbagai hal diantaranya pengetahuan, sikap terhadap upaya pencegahan tuberculosi, kepercayaan, tradisi, fasilitas kesehatan dan dukungan dari petugas kesehatan. Dengan diberikannya pendidikan kesehatan diharapkan dapat memberikan perubahan terhadap perilaku keluarga.

Keluarga yang mempunyai tingkat pengetahuan tinggi, akan mengerti, memahami dan mendorong untuk bertindak lebih baik dalam upaya pencegahan penularan tuberculosi paru yang secara tidak langsung berpengaruh terhadap penurunan prevalensi dan mortalitas penyakit TB paru. Sebaliknya keluarga dengan pengetahuan yang rendah tidak akan bisa mengerti dan memahami sehingga tidak ada dorongan untuk melakukan tindakan yang baik terhadap upaya pencegahan TBC paru sehingga berpengaruh terhadap peningkatan prevalensi dan mortalitas penyakit TB paru.

3.2. Hipotesis

Dalam penelitian ini hipotesis H1 adalah:

1. Ada pengaruh pendidikan kesehatan keluarga terhadap pengetahuan keluarga dalam upaya pencegahan penularan tuberculosi paru.
2. Ada pengaruh pendidikan kesehatan keluarga terhadap sikap keluarga dalam upaya pencegahan penularan tuberculosi paru.

3. Ada pengaruh pendidikan kesehatan keluarga terhadap tindakan keluarga dalam upaya pencegahan penularan tuberculosis paru.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara melakukan penelitian serta metode yang dipilih mencakup prosedur, alat dan desain penelitian yang digunakan pada penelitian (Nasir, 1999).

Pada bab ini akan dibahas mengenai desain penelitian kerangka kerja, desain sampling, identifikasi variabel dan definisi operasional, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, cara analisa data, etika penelitian dan keterbatasan.

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini menggunakan desain penelitian *Pre experiment One Group Pratest Posttes Design*.

Ciri dari penelitian ini adalah mengungkapkan hubungan sebab-akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi kemudian diobservasi lagi, setelah intervensi.

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca Tes
K	0 Time 1	I Time 2	OI Time 3

Keterangan :

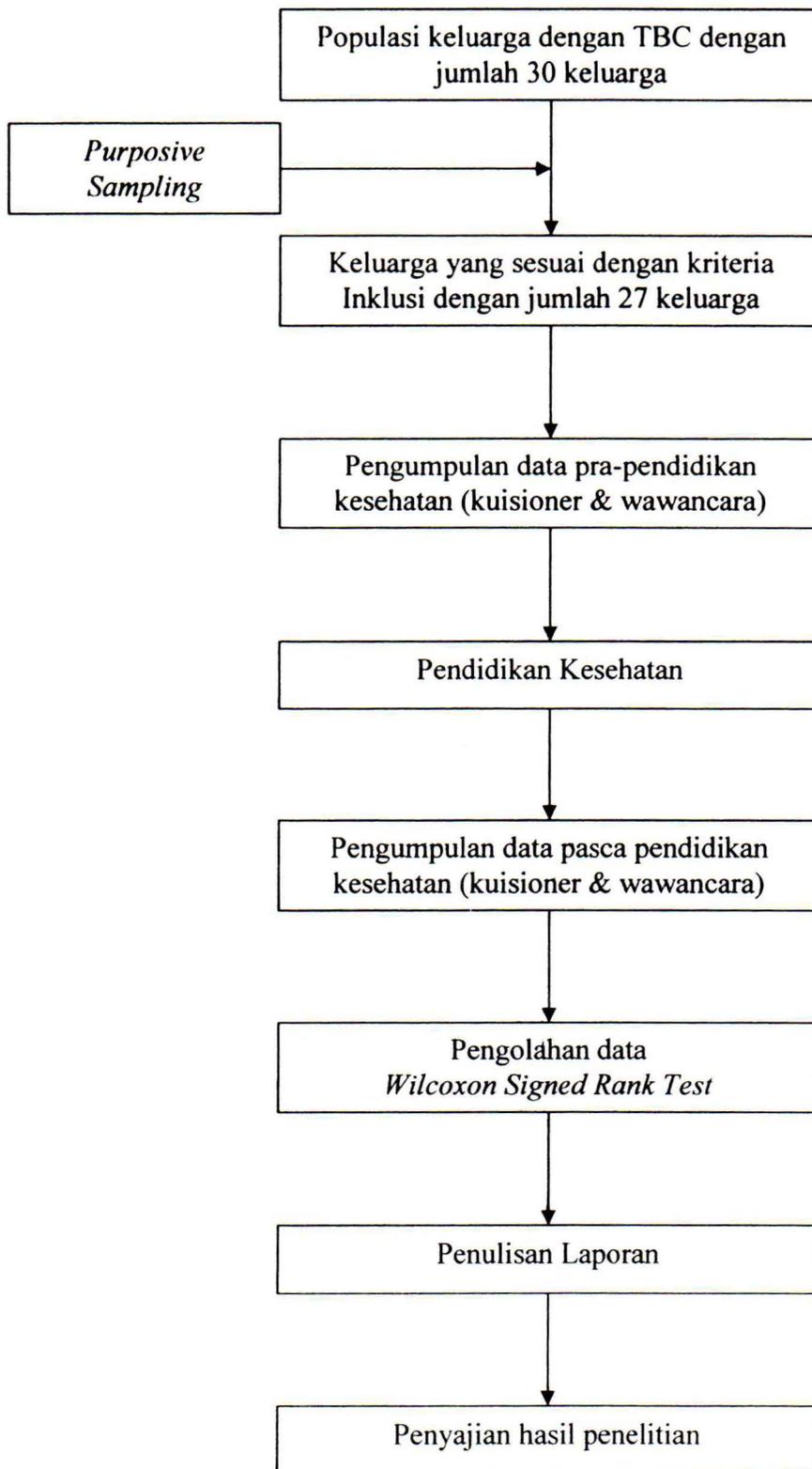
K : Subjek (Keluarga dengan penderita Tuberkulosis Paru)

0 : Observasi pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga sebelum pendidikan kesehatan

I : Intervensi (Pendidikan kesehatan keluarga).

OI : Observasi pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga sesudah pendidikan kesehatan

4.2. Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.1. Gambar Kerangka Penelitian Pengaruh Pendidikan Keluarga terhadap Perilaku Keluarga dalam Upaya Pencegahan Tuberkulosis

4.3. Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek dalam penelitian yang memenuhi kriteria yang telah diterapkan (Nursalam, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Pandaan dengan jumlah 27 Klien.

4.3.2. Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui Sampling (Nursalam, 2003). Sampel dalam penelitian ini adalah sesuai dengan kriteria inklusi.

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari populasi target yang terjangkau yang akan diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1). Keluarga penderita tuberkulosis pada usia lebih 17 Tahun.
- 2). Dapat berkomunikasi dengan baik .
- 3). Penderita tidak sedang dirawat di Rumah Sakit.
- 4). Penderita tuberkulosis masih menjalani pengobatan aktif di Puskesmas Pandaan.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab (Nursalam, 2003).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Penderita ada komplikasi penyakit yang lain.
- b. Keluarga tidak bersedia menjadi responden .
- c. Penderita pindah sementara dari wilayah puskesmas yang lain.

Dalam menentukan besar sampel yang akan diteliti menggunakan rumus sebagai berikut :

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

$$n = \frac{30}{1 + 30(0,05)^2}$$

$$n = 27,9 \text{ responden}$$

$$n = 27 \text{ responden}$$

Keterangan :

n : besar sampel

N : besar populasi

d : tingkat kepercayaan atau ketepatan yang diinginkan (0,05).

Jadi besar sampel adalah 27 responden.

4.3.3. Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Pada penelitian ini, menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki (tujuan atau masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi (Nursalam, 2003).

4.4 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional.

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (Nursalam, 2003).

4.4.1. Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain yaitu suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi peneliti menciptakan dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2003).

Pada penelitian ini variabel independennya adalah pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan penularan tuberkulosis paru.

4.4.2. Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain yaitu respon yang muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel lain (Nursalam 2003).

Pada penelitian ini variabel dependennya meliputi pengetahuan, sikap dan psikomotor dari keluarga terhadap upaya pencegahan penularan tuberkulosis paru.

4.4.3. Devinisi Operasional

Devinisi operasional adalah perilaku atau karakteristik yang memeberikan nilai beda terhadap sesuatu (Nursalam 2003).

Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skore
Independen Pendidikan kesehatan	Kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan dan menanamkan keyakinan pada keluarga dengan penderita TBC	Pendidikan kesehatan tentang: <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian tentang TBC, cara penularan dan cara pencegahannya - Akibat jika tidak dilakukan upaya pencegahan penularan TBC. - Upaya pencegahan yang dilakukan 			
Dependen Perilaku yang meliputi :					
Pengetahuan	Pengertian dan pemahaman keluarga tentang TBC & pencegahan penularannya	<ul style="list-style-type: none"> - Pengertian TB paru - Pengetahuan tentang cara penularan - Pengetahuan tentang upaya pencegahan yang dilakukan 	Kuisisioner	Ordinal	Penilaian tingkat pengetahuan 76%-100% baik 56%- 75% cukup <56% kurang
Sikap	Kecenderungan untuk merespons secara negatif atau positif terhadap upaya pencegahan penularan TBC	<ul style="list-style-type: none"> - Mendukung upaya pencegahan penularan TBC - Memberi support pada penderita dalam program pengobatan 	Kuesioner	Ordinal	Penilaian sikap 76-100% baik 56-75% cukup < 56% kurang
Psikomotor/ Tindakan	Reaksi / respon untuk bertindak terhadap upaya pencegahan penularan TBC	Tindakan yang dilakukan keluarga dalam upaya pencegahan penularan TBC <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan untuk menutup 	Wawancara	Ordinal	Penilaian 76-100 % Baik 56-75% cukup

		mulut bila batuk / bersin 2. Menyediakan tempat membuang ludah 3. Tidak sekamar dengan penderita 4. Mengawasi dalam minum obat 5. Memisahkan alat makan 6. Memeriksa keluarga lain yang serumah 7. Memberikan imunisasi BCG pada balita 8. Memodifikasi lingkungan rumah yang sehat			$\leq 56\%$ kurang
--	--	--	--	--	-----------------------

4.5 Pengumpulan Data dan Analisis Data

4.5.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam 2003).

Pengumpulan data pada penelitian ini dengan menggunakan kuesioner dan wawancara terstruktur mengenai pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perilaku keluarga dalam upaya pencegahan penularan tuberkulosis paru. Data diambil sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Instrumen yang digunakan tiap variabel :

1. Variabel Independen pendidikan kesehatan menggunakan metode ceramah dengan panduan leaflet tentang upaya pencegahan penularan tuberkulosis paru.
2. Variabel Dependen yang meliputi pengetahuan, sikap dan psikomotor, penilaiannya dengan menggunakan kuesioner dan wawancara terstruktur.
 - 1). Pengetahuan keluarga tentang upaya pencegahan penularan TBC, penilaian jawaban benar atau salah. Jika benar nilainya = 5 dengan nomor (1,2,5,6,7,8,10,13,14,15,16,17,18,19,20) dan jika jawaban salah nilainya = 0. Untuk tingkat pengetahuan nilai dikategorikan baik adalah 76 – 100 %, cukup 56 – 75 %, dan kurang <56 %.
 - 2). Sikap keluarga tentang upaya pencegahan penularan TBC dengan menggunakan skala likerts, untuk responden yang menjawab sangat tidak setuju nilai (1), tidak setuju (2), setuju (4), dan sangat setuju sekali nilai (5) dikategorikan baik adalah 76-100%, cukup 56-75%, dan kurang < 56 %.
 - 3). Perilaku keluarga tentang upaya pencegahan TBC dengan melakukan wawancara terstruktur. Jika ya nilai = 1 dan tidak nilai = 0. Kategori 76 – 100 % baik, 56 – 76 % cukup, dan < 56% adalah kurang.

4.5.2. Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan diwilayah kerja Puskesmas Pandaan Jln. A. Yani No. 11 Pandaan. Penelitian dilakukan mulai tanggal 19 s/d 30 Januari 2007.

4.5.3. Prosedur Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data yang didapatkan secara langsung dari responden di Puskesmas Pandaan. Setelah responden menyetujui pernyataan kesediaan sebagai responden, selanjutnya peneliti akan memberikan kuesioner tingkat pengetahuan sikap dan tindakan dengan kuesioner dan *wawancara terstruktur* secara per individu selama 5 hari.

Kemudian responden diukur tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan dan diberikan pendidikan kesehatan (penyuluhan). Setelah diberikan penyuluhan responden akan diukur tentang pengetahuan, sikap dan pelaksanaan tindakan setelah \pm 1 minggu. Setelah data terkumpul selanjutnya dilakukan analisis data.

4.5.4. Analisis Data

Data yang telah didapat kemudian diolah yang meliputi identifikasi masalah dilanjutkan dengan uji statistic *Wilcoxon signed rank test*, untuk mengetahui pengaruh antara variabel independen dan variabel dependen dengan $p \leq 0,05$. Selanjutnya dibandingkan antara pendidikan kesehatan terhadap upaya pencegahan penularan TBC. Analisis data ini menggunakan SPSS.

4.6. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini mendapat rekomendasi dari PSIK FK UNAIR dan ijin dari Kepala Puskesmas Pandaan Kabupaten Pasuruan, setelah mendapat persetujuan baru melakukan penelitian, dengan menekankan masalah etika yang meliputi :

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*). Lembar persetujuan diberikan saat penyimpulan data. Tujuannya agar responden mengetahui maksud dan tujuan peneliti.
2. *Anonimity*: Responden tidak perlu mencantumkan nama pada lembar jawaban. Untuk mengetahui keikutsertaan responden peneliti hanya memberi kode.
3. *Cofidentiality* (rahasia) pemberi informasi dijaga kerahasiaanya.

4.7. Keterbatasan

Keterbatasan dalam penelitian ini antara lain:

1. Instrumen pengumpulan data dirancang oleh peneliti sendiri dengan memodifikasi dari literatur yang ada tanpa uji coba, oleh karena itu validitas dan reabilitas masih perlu di uji coba.
2. Sampel yang digunakan terbatas pada keluarga pasien dengan TB Paru yang berobat ke Puskesmas Pandaan. Sehingga kurang representatif untuk mewakili wilayah yang lebih luas.

BAB 5
HASIL PENELITIAN DAN
PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini berisi tentang diskripsi mengenai hasil penelitian dan pembahasan sesuai dengan tujuan penelitian. Penyajian data terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, data umum, dan data khusus. Gambaran umum lokasi penelitian menampilkan diskripsi mengenai Puskesmas Pandaan sebagai lokasi pengambilan data. Data umum menampilkan karakteristik responden keluarga penderita TBC yang masih aktif berobat yang masing-masing berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan. Data khusus menampilkan tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan keluarga dalam upaya pencegahan penularan Tuberculosis Paru. Hasil penelitian yang telah didapatkan kemudian dibahas dengan mengacu pada tujuan dan landasan teori pada tinjauan teori.

5.1 Hasil

5.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

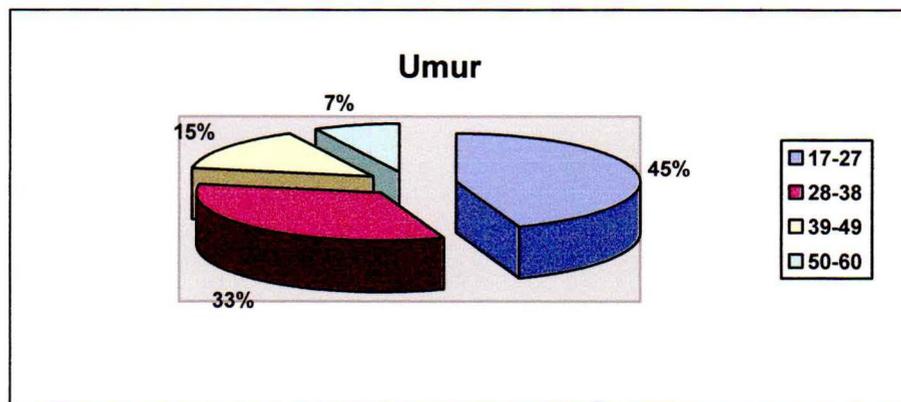
Puskesmas Pandaan adalah puskesmas Induk, dengan luas wilayah kerja 51.740 km². Puskesmas Pandaan terletak di kelurahan Petung Asri Kecamatan Pandaan di tepi jalan poros Surabaya-Malang sehingga mudah dijangkau masyarakat. Batas-batas wilayah kerja yaitu Utara wilayah Gempol, Timur wilayah Beji, Selatan wilayah Sukorejo dan Barat wilayah Prigen. Puskesmas Pandaan membawahi 3 Puskesmas Pembantu yaitu Pustu Sumbergedang, Pustu Durensewu, Pustu Kemirisewu dan 5 Polindes di 5 desa yaitu Desa Plintahan,

Desa Tawangrejo, Desa Sumberejo, Desa Nogosari dan Desa Karangjati. Untuk sarana transportasi menggunakan dua buah mobil Puskesmas Keliling dan 7 sepeda motor. Dalam penjangkaran penderita TBC dilakukan mulai dari Puskesmas Pembantu dengan memberikan arahan untuk melakukan pemeriksaan sputum dan untuk pemeriksaan sputum serta pengambilan obat bagi penderita TBC dilakukan hanya di puskesmas induk untuk memudahkan pengontrolan. Di puskesmas induk itu sendiri melayani beberapa poli diantaranya poli gigi, poli THT, poli umum dan juga rawat inap yang keseluruhannya terdapat 20 tempat tidur dengan ketenagaan sebagai berikut yaitu 4 orang Dokter umum, satu orang Dokter gigi 17 Paramedis, 20 orang para medis 20 orang tenaga nonparamedis dan 13 orang tenaga kontrak (para medis + non para medis). Selain itu untuk meningkatkan pelayanan juga terdapat fasilitas laboratorium, apotik dan ambulan.

5.1.2. Data umum

Didalam data umum ini akan diuraikan karakteristik responden yaitu sebagai berikut:

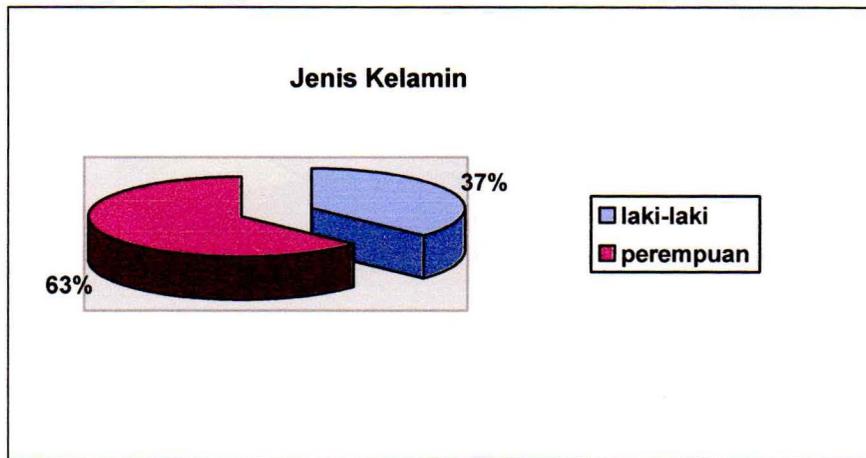
1. Distribusi responden menurut umur



Gambar 5.1 Distribusi responden menurut umur di Puskesmas Pandaan pada tanggal 19 - 30 Januari 2007.

Berdasarkan gambar 5.1 dapat diketahui bahwa dari 27 orang responden mayoritas berusia 17-27 tahun.

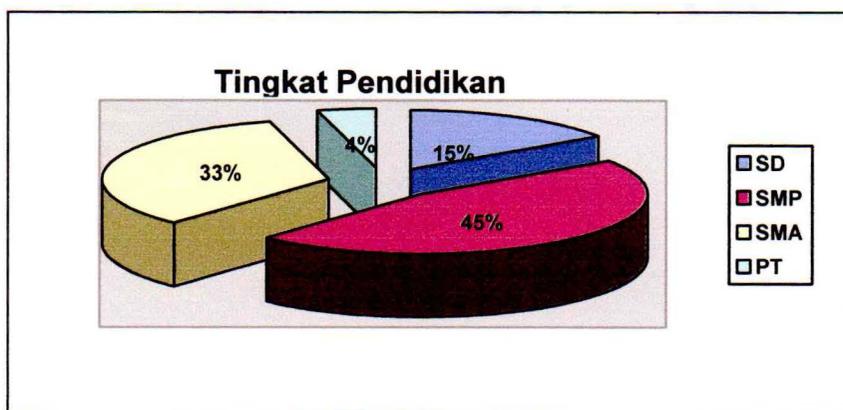
2. Distribusi responden menurut jenis kelamin



Gambar 5.2 Distribusi responden menurut jenis kelamin di Puskesmas Pandaan pada tanggal 19-30 Januari 2007.

Berdasarkan gambar 5.2 diatas dapat diketahui bahwa dari 27 orang responden sebagian besar jenis kelamin perempuan .

3. Distribusi responden menurut tingkat pendidikan



Gambar 5.3 Distribusi responden menurut tingkat pendidikan di Puskesmas Pandaan pada tanggal 19-30 Januari 2007.

Berdasarkan gambar 5.5 dapat diketahui bahwa 27 responden mayoritas berpenghasilan sebesar Rp.500.000 – Rp.1.000.000.

5.1.4. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga terhadap upaya pencegahan penularan TBC.

1. Pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan.

Tabel 5.1. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan keluarga sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan penularan TBC di Puskesmas Pandaan pada tanggal 19-30 Januari 2007.

Kriteria Pengetahuan	Pengetahuan			
	Sebelum	Prosentasi	Sesudah	Prosentasi
Baik	2	7,4%	24	88,8%
Cukup	16	59,2%	3	11,1%
Kurang	9	33,3%	0	0%
Jumlah	27	100%	27	100%
Nilai signifikansi P: 0.000 Wilcoxon Signed Rank Test				

Dari gambar diatas diketahui bahwa dari 27 responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar responden mempunyai tingkat pengetahuan cukup (60%) dan setelah diberikan pendidikan kesehatan mayoritas mempunyai tingkat pengetahuan baik yaitu (80 %) responden.

Hasil pengujian stastitik dengan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai signifikansi $p= 0,000$ hal ini berarti ada perbedaan pengetahuan responden sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan penularan TBC.

2. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Sikap Keluarga dalam Upaya Pencegahan Penularan TBC

Tabel 5.2 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan penularan TBC di Puskesmas Pandaan tanggal pada 19-30 Januari 2007.

Kriteria Sikap	Sikap			
	Sebelum	Prosentase	Sesudah	Prosentase
Baik	1	3,7%	23	85,1%
Cukup	23	85,1%	4	14,8%
Kurang	3	11,1%	0	0%
Jumlah	27	100%	27	100%
Nilai Signifikasi P: 0,000 Wilcoxon Signed Rank Test				

Dari gambar diatas diketahui bahwa dari 27 responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan mayoritas mempunyai tingkat sikap cukup yaitu (85,1%) dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan mayoritas (85,1%) mempunyai tingkat sikap baik.

Hasil pengujian stastitik dengan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai signifikasi $p= 0,000$ hal ini berarti ada perbedaan sikap responden sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan penularan TBC.

3. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Tindakan Keluarga dalam Upaya Pencegahan Penularan TBC

Tabel 5.1 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tindakan keluarga sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan penularan TBC di Puskesmas Pandaan pada tanggal 19-30 Januari 2007.

Kriteria Tindakan	Tindakan			
	Sebelum	Prosentase	Sesudah	Prosentase
Baik	2	7,4%	25	92.5%
Cukup	16	59,2%	2	7,4%
Kurang	9	33,3%	0	0%
Jumlah	27	100%	27	100%
Nilai signifikasi P:0,000 Wilcoxon Signed Rank Test				

Dari gambar diatas diketahui bahwa dari 27 responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar (59,2%) memiliki tingkat tindakan cukup dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan mayoritas memiliki tingkat tindakan baik yaitu (92,5%) responden.

Hasil pengujian stastitik dengan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan nilai signifikasi $p=0,000$ hal ini berarti ada perbedaan tindakan responden sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan penularan TBC.

5.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang upaya pencegahan penularan TBC yaitu dengan nilai signifikasi $p= 0,000$. Peningkatan pengetahuan yang terjadi pada keluarga penderita TBC tersebut mungkin disebabkan: (1) adanya pemberian pendidikan kesehatan. (2) kesadaran

keluarga terhadap kesehatan anggota, (3) usia responden. Pendidikan kesehatan dalam pelaksanaannya didukung oleh materi pendidikan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan keluarga, dengan metode yang sesuai dengan pendidikan responden. Sesuai Notoatmojo, (2003) menyatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses mendidik individu atau masyarakat supaya mereka dapat memecahkan masalah-masalah kesehatan yang dihadapi. Pengetahuan merupakan domain terpenting terbentuknya sikap dan perilaku seseorang. Perilaku yang didasari dengan pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Kesadaran keluarga terhadap kesehatan anggotanya. Fredman (1998) mengatakan bahwa salah satu tugas keluarga adalah menjaga kesehatan fisik keluarga dan para anggotanya. Hal tersebut akan memberikan dorongan dan motivasi keluarga untuk memelihara kesehatan anggotanya. Menurut Notoatmojo (2005) pendidikan kesehatan merupakan proses sedangkan faktor yang mendukung proses belajar meliputi motivasi, pengalaman yang dimiliki sebelumnya, kepribadian, proses kerja sama, tanggung jawab, proses emosional dan intelektual. Berdasarkan hal tersebut pengalaman responden tentang TBC dan tingkat pendidikan responden yang bervariasi juga mempengaruhi perubahan tingkat pengetahuan. Tingkat usia responden sebagian besar berusia 17-28 tahun dimana usia ini sudah cukup matang atau dewasa dalam menerima informasi dan memiliki motivasi untuk meningkatkan kesehatan baik untuk diri sendiri dan juga keluarganya.

Sebaliknya masih terdapat tingkat pengetahuan cukup sebesar 11,1% responden. Hal ini mungkin disebabkan karena tingkat pendidikan dari 45% responden adalah SMP dan 15% tingkat SD. Tingkat pendidikan yang rendah

dapat mempengaruhi dalam proses pemahaman dan pengambilan keputusan seseorang. Menurut Notoatmojo (2003) menyatakan bahwa pendidikan semakin tinggi akan menambah wawasan, daya tangkap dan pemahaman terhadap informasi yang diterima. Selain itu semakin tinggi pendidikan yang ditempuh maka semakin banyak tambahan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber dan tentunya mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Bila seseorang memperoleh banyak informasi maka cenderung mempunyai pengetahuan yang lebih banyak.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut juga menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan penularan TBC terhadap sikap keluarga yaitu dengan nilai signifikansi $p = 0,000$. Perubahan sikap yang terjadi pada responden tentang upaya pencegahan penularan TBC mungkin disebabkan: (1) Peningkatan pengetahuan tentang upaya pencegahan penularan TBC. Menurut Notoatmojo (2003) menyatakan bahwa sikap terdapat tiga komponen yaitu kepercayaan atau keyakinan, kehidupan emosional dan kecenderungan untuk bertindak *trend to behave*. Komponen kepercayaan merupakan representasi dari apa yang dipercayakan seseorang mengenai nilai yang berlaku, nilai yang benar terhadap suatu obyek. (2) Kesadaran responden terhadap kesehatan didukung oleh motivasi yang tinggi. Menurut Notoatmojo (2003) menyatakan sikap adalah kesiapan untuk bertindak, berdasarkan hal tersebut kesiapan tidak akan terwujud tanpa adanya kesadaran dan motivasi yang tinggi. (3) Dukungan sosial khususnya keluarga yang lain dan tenaga kesehatan.

Menurut Sarwono (2003), aspek-aspek budaya yang mempengaruhi perilaku sehat meliputi persepsi masyarakat terhadap sehat sakit, kepercayaan, pendidikan, nilai kebudayaan dan norma.

Akan tetapi terdapat tingkat sikap cukup 14,8%. Hal ini mungkin disebabkan oleh: (1) pengetahuan responden dan keluarga yang tidak mendukung, (2) tingkat pendidikan responden yang sebagian besar SMP dan masih terdapat pendidikan SD, kebudayaan dan keyakinan yang kuat yang menyebabkan resistensi terhadap perubahan dalam kesehatan, (3) persepsi keluarga tentang upaya pencegahan penularan TBC yang memerlukan waktu, biaya, dan perhatian khusus. Persepsi sangat dipengaruhi oleh pengetahuan. Menurut Notoatmojo (2003) mengatakan bahwa selama belajar seseorang akan mengembangkan pengetahuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dan keterpaduan menalar secara ilmiah yang bertolak dari masalah nyata dibidang kesehatan.

Selain itu dari hasil penelitian dapat diketahui juga adanya pengaruh pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan penularan TBC terhadap tindakan keluarga yaitu dengan nilai signifikansi $p = 0,000$. Peningkatan psikomotor keluarga dengan penderita TBC tersebut mungkin disebabkan oleh: (1) peningkatan pengetahuan dan sikap responden, sehingga hal ini dapat mendukung tindakan dalam berperilaku. Menurut Sarwono (2004) perubahan perilaku atau adopsi perilaku mengikuti tahap yaitu perubahan pengetahuan, sikap dan dilanjutkan dengan tindakan. (2) Peningkatan psikomotor setelah diberikan contoh dalam pendidikan kesehatan. (3) Keinginan keluarga untuk meningkatkan kesehatan terhadap anggota keluarganya untuk mencegah penularan TBC pada anggota keluarga yang lain.

Namun masih terdapat tingkat tindakan cukup sebanyak 7,4%. Hal ini mungkin disebabkan oleh: (1) dukungan keluarga yang kurang, faktor ekonomi dan penghasilan yang masih kurang dari kebutuhan. Notoatmojo (2003), menyatakan bahwa pekerjaan adalah suatu yang dilakukan untuk mencari nafkah, masyarakat yang sibuk dengan kegiatan sehari-hari akan memiliki waktu sedikit untuk memperoleh informasi. Pendapatan berhubungan erat sekali dengan tingkat kesehatan .

Dari ketiga domain perilaku tampak bahwa pengaruh pendidikan kesehatan sangat signifikan terhadap ketiga domain perilaku tersebut yaitu pengetahuan sikap dan tindakan karena ketiga hal tersebut saling mempengaruhi antara satu sama lain. Sarwono (2004), menyatakan bahwa pengetahuan merupakan domain terpenting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Karena pengetahuan merupakan salah satu komponen perilaku maka agar terjadi perubahan sikap dan tingkahlaku, hendaknya digerakan melalui sikap baru, memberinya pengetahuan baru dan tentunya material baru.

BAB 6
SIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan keluarga terhadap perilaku keluarga dalam upaya pencegahan penularan TBC yang telah dilakukan di Puskesmas Pandaan pada tanggal 19 Januari – 30 Januari 2007, diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut.

6.1 Simpulan

1. Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dalam upaya pencegahan penularan Tuberkulosis Paru.
2. Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap keluarga dalam upaya pencegahan penularan Tuberkulosis Paru.
3. Terdapat adanya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tindakan keluarga dalam upaya pencegahan penularan Tuberkulosis Paru.

6.2 Saran

1. Perlu dilakukan pendidikan kesehatan pada keluarga penderita TBC terhadap upaya pencegahan penularan tuberculosis paru dengan metode, antara lain ceramah, dikusi dan konsultasi secara rutin perindividu pada saat pengambilan obat pada penderita lama maupun kasus baru BTA positif.
2. Puskesmas sebaiknya perlu mengadakan penyuluhan rutin setiap satu bulan sekali dengan keluarga penderita TBC maupun warga yang lain tentang TBC dan pencegahannya yang pelaksanaannya disatukan dengan acara posyandu

untuk efisiensi tenaga dan waktu. Hal ini akan mendukung dalam peningkatan pengetahuan masyarakat tentang TBC dan penemuan kasus baru.

3. Pengaruh pendidikan kesehatan keluarga terhadap perilaku keluarga dalam upaya pencegahan penularan TBC perlu diteliti lebih lanjut dengan alat ukur yang menunjukkan adanya penurunan dari jumlah kasus BTA positif.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Alok Irawan (2001) *The "Pulmonology Courses" New Perspective in Imonology*. Airlangga Medical Faculty Hal. 53-55
- Almatsier(2005) *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*,Jakarta : Dep Kes RI, Hal 64-68
- Bondan,A (2006) *TBC (Paru)*, [Http://www.dinkesdki.go.id/tbc](http://www.dinkesdki.go.id/tbc), tanggal 16 Juni, Jam 20.00.
- Chandra (2006) *Kasus Kontak TB Paru*, Majalah Kedokteran Indonesia, 10 Juni.
- Eliue R. Taylor (2005) *Ringkasan Patologi Anatomi*Jakarta : EGC, Hal. 474-477
- Fahmi(2005) *Managemen Penyakit Berbasis Wilayah*Jakarta : Kompas, Hal.271-282
- Fredman M (1998) *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek Edisi ke-3*Jakarta : EGC, Hal. 140-148
- Imam(2006) *Cegah Dengan Pertahanan Tubuh*, <http://www.tabloidnakita.com/Artikel.php>. tanggal 16 juni 2006 jam 20.00
- Mertaniasih (2006) *Diagnosis Tuberculosis, Perannya Pada Program Pengendalian*, Majalah Media IDI, 17 April.
- Notoatmojo (1998) *Pengantar Pendidikan dan Perilaku Kesehatan* Yogyakarta : Andi, Hal. 24-27
- Nasry (2000) *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular* Jakarta : Rineke Cipta, Hal. 83-93
- Nursalam (2003) *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika. Hal. 30 – 54
- Notoadmojo (2002) *Metodologi Penelitian Kesehatan* Jakarta : Rineke Cipta,Hal.68-78
- Notoadmojo (2003) *Ilmu Kesehatan Masyarakat* Jakarta : Rineke Cipta, Hal. 95 - 133
- Sarwono (2004) *Sosiologi Kesehatan* Yogyakarta : Gajah Mada University Press, Hal. 34 – 46
- Slamet, dkk (2001). *Ilmu Penyakit Dalam*.Edisi ke 3. Penerbit. FKUI.Jakarta.

- Suliha, Ester & Monica (2002) *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan Jakarta* : EGC, , Hal 52-76
- Timmreck (2004) *Epidemiologi Suatu Pengantar Jakarta* : EGC, Hal 17 - 21
- Tierney, Jr. Stephen, Me Phee (2002) *Diagnosis dan Terapi Kedokteran Jakarta* : Salemba Medika
- Sylvia, A.P. & Lorraine, M.W. (1995) *Patofisiologi*. Edisi ke 4. Penerbit. EGC.Jakarta.

LAMPIRAN



Surabaya,

Nomor : 124 /J03.1.17/PSIK/2007
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa PSIK - FK Unair

Kepada Yth.

Kepala Puskesmas Pandaan
.....
di Tempat
.....

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Reni Wismiati.....
NIM : 010531069 B.....
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Keluarga
Terhadap Perilaku Keluarga Dalam Upaya
Pencegahan Penularan Tuberkulosis Paru
Di Puskesmas Pandaan.
Tempat :

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi



Prof. Dr. Edo Sutowo, dr., SpPD, KTI
Telp. / Fax. : 170 325 831



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN PUSKESMAS PANDAAN

Jl. Raya A. Yani No. 11 Telp. 631539 Pandaan

SURAT KETERANGAN

Berdasarkan surat dari Din Kes Kabupaten Pasuruan no.: 423.4/2467/424.054/2006 tanggal 23 Desember 2006 perihal persetujuan melakukan survey/research. Yang bersangkutan telah melakukan penelitian di Puskesmas Pandaan Kabupaten Pasuruan.

Nama : Reni Wismiati

Nim : 010531069 (B)

Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Keluarga Terhadap Perilaku

Keluarga dalam Upaya Pencegahan Penularan Tuberculosis Paru

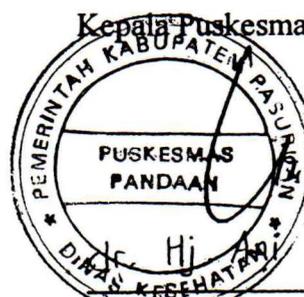
Tempat : Puskesmas Pandaan

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Pandaan, 30 Januari 2007

Mengetahui

Kepala Puskesmas Pandaan



NIP. 140.323.539

Latifah

Lampiran 1

Lembar Permohonan Menjadi Responden

Judul Penelitian :

Pengaruh Pendidikan Kesehatan Keluarga terhadap perilaku keluarga dalam upaya pencegahan penularan Tuberculosis Paru di Puskesmas Pandaan.

Peneliti : Reni Wismiati

Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir di Program Studi Ilmu Keperawatan FK Unair Surabaya tahun akademik 2006 / 2007. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan data tentang pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap perilaku keluarga terhadap upaya pencegahan penularan TBC di Puskesmas Pandaan, sehingga nantinya bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan dalam upaya pencegahan penularan TBC. Kami mengharapkan penilaian / jawaban yang anda berikan merupakan keadaan yang sebenarnya tanpa ada pengaruh dari pihak manapun. Kerahasiaan jawaban dan identitas anda akan kami jamin.

Partisipasi anda dalam penelitian ini bersifat bebas tanpa ada sanksi apapun. Jika anda bersedia menjadi responden dimohon menandatangani lembar persetujuan dibawah ini.

Surabaya,/...../ 2007

Responden

(.....)

Lampiran 2**LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORM CONCENT)**

YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI:

Kode Responden : _____

Umur : _____

Alamat : _____

Jenis Kelamin : _____

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui manfaat dan resiko penelitian yang berjudul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Keluarga Terhadap Perilaku Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Tuberkulosis Paru”** menyatakan (bersedia / tidak bersedia)* ikut terlibat sebagai responden dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini.

Saya percaya apa yang saya informasikan dijamin kerahasiannya.

*) Coret yang tidak perlu

Surabaya,.....

Peneliti

Responden

Reni Wismiati
NIM. 010531069

Lampiran 3**KUESIONER**

Judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Keluarga Terhadap Perilaku
Keluarga Dalam Upaya Pencegahan Tuberkulosis Paru

Kode Responden :

Petunjuk : Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan sejujurnya, sesuai dengan
hati nurani anda. Coretlah dengan tanda (\surd) pada kotak sebelah kiri
jawaban yang anda pilih.

A. Data Umum Responden**1. Usia**

17 - 27 tahun

28 - 38 tahun

39 - 49 tahun

50 - 60 tahun

2. Jenis Kelamin

Laki - laki

Perempuan

3. Pendidikan

 SD SMP SMA PT

4. Pekerjaan

 Buruh Karyawan PNS Tidak Bekerja Lain – lain...

5. Penghasilan perbulan

 < Rp. 500.000 Rp. 500.000-1000.000 > Rp. 1000.000 Tidak berpenghasilan

**KUISIONER PENGETAHUAN KELUARGA
TENTANG PENCEGAHAN PENULARAN
TUBERKULOSIS PARU**

Petunjuk :

Jawablah pertanyaan dibawah ini, tentukan pilihan jawaban yang saudara anggap paling benar dengan memberikan tanda silang pada kolom yang tersedia.

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Penyakit TBC merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri tuberculosis.		
2	Infeksi tuberkuosis menular ketika penderita aktif bernyanyi dan berbicara sehingga menimbulkan percikan ludah yang kemudian masuk pada orang lain .		
3	Kuman TBC dapat mengkontaminasi keorang lain ketika penderita bernafas dihadapan orang lain sehingga terjadi pertukaran nafas.		
4	Kuman TBC dapat pula menular pada orang lain pada saat bersentuhan kulit.		
5	Salah satu keluhan dari penyakit TBC adalah batuk atau batuk darah selama 3 minggu .		
6	Penderita yang batuk lebih dari 3 minggu harus diperiksa dahak untuk mengetahui penyakitnya.		
7	Alat makan dan minum penderita TBC harus dipisahkan dan dicuci tersendiri dari anggota keluarga lain, karena bakteri TBC juga bisa menular lewat makanan.		
8	Bagi penderita TBC harus dipisahkan tempat khusus untuk membuang ludah, dan diberi cairan karbol, lisal atau sabun.		
9	Penderita TBC diperbolehkan tidur satu kamar dengan keluarga lain asalkan tempatnya agak berjauhan.		
10	Mengupayakan sirkulasi udara dan cahaya matahari yang cukup dapat menurunkan resiko penularan TBC, karena sinar matahari dapat membunuh kuman TBC.		
11	Salah satu upaya lain mencegah penularan TBC adalah dengan menutup jendela agar kuman tidak bisa masuk ketempat lain.		
12	Minum obat dilakukan pada saat batuk darah bagi penderita TBC dapat mencegah penularan pada		

	orang lain.		
13	Salah satu upaya pencegahan penularan TBC bisa dilakukan dengan makan makanan yang bergizi.		
14	Pada keluarga yang mempunyai balita untuk mencegah penularan TBC yaitu dengan memberikan imunisasi BCG.		
15	Meludah di tempat yang terkena sinar matahari diperbolehkan bagi penderita TBC, jika tidak ada tempat untuk meludah.		
16	Lingkungan rumah tentang pencahayaan dan kelembaban ruangan mempengaruhi terjadinya penularan TBC.		
17	Menjemur tempat tidur bekas penderita TBC secara teratur dapat menurunkan resiko penularan TBC.		
18	Pada penderita TBC, bila terlambat minum obat harus mengulang lagi dari awal.		
19	Putus berobat bagi penderita TBC menyebabkan kuman kebal dan sulit disembuhkan.		
20	Memberikan makanan yang cukup gizi pada penderita TBC dapat meningkatkan proses penyembuhan.		

Kunci Jawaban :

Tingkat pengetahuan : benar (nomor 1, 2, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20) dan salah (nomor 3, 4, 9, 11, 12)

Kuisisioner Sikap

Berilah tanda (√) pada jawaban yang benar.

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
		1	2	3	4
1.	Sebagai keluarga saya akan menganjurkan penderita TBC harus selalu menutup mulut bila batuk atau bersin.				
2.	Menurut saya penting bagi penderita TBC diberikan tempat khusus untuk membuang ludah.				
3.	Dalam keluarga tidak benar jika penderita TBC menggunakan alat makan bersama dengan keluarga lain.				
4.	Memeriksa anggota keluarga lainnya apakah juga terkena penularan TBC adalah penting.				
5.	Saya akan memodifikasi lingkungan untuk menurunkan resiko penularan TBC pada keluarga saya. 1. Memercik air sebelum menyapu. 2. Membersihkan debu dengan lap basah. 3. Membuka pintu & jendela pada pagi & siang hari.				
6.	Penderita TBC tidak boleh tinggal sekamar dengan anggota keluarga lainnya.				
7.	Penting bagi anggota keluarga untuk makan makanan yang bergizi dalam mencegah penularan dan meningkatkan daya tahan tubuh.				
8.	Sebagai keluarga saya akan menganjurkan pada penderita TBC, tidak boleh putus berobat sebelum sembuh.				
9.	Penting bagi penderita dan anggota keluarga lain untuk menjaga stamina dan membiasakan hidup sehat.				
10.	Imunisasi BCG penting untuk diberikan pada anggota keluarga keluarga yang mempunyai anak balita				

Pedoman Wawancara terstruktur pelaksanaan tindakan pencegahan penularan TBC.

Jawablah dengan memberi tanda (✓) pada pilihan yang anda anggap tepat.

1. Apakah dalam keluarga penderita menutup mulut bila batuk atau bersin ?

Tidak

Ya

2. Apakah keluarga sudah menyiapkan tempat untuk membuang ludah pada penderita TBC ?

Tidak

Ya

3. Apakah keluarga menyiapkan kamar tersendiri untuk penderita TBC ?

Tidak

Ya

4. Apakah anggota keluarga lain ada yang tinggal sekamar dengan penderita TBC?

Tidak

Ya

5. Apakah keluarga menggunakan alat makan dan minum secara bersamaan antara penderita TBC dengan anggota keluarga yang lain ?

Tidak

Ya

6. Apakah keluarga menganjurkan memeriksa anggota keluarga lainnya apakah juga terkena penularan TBC ?

Tidak

Ya

7. Apakah keluarga sudah mengupayakan ventilasi dan pencahayaan yang cukup dalam menurunkan resiko penularan TBC ?

Tidak

Ya

8. Apakah penderita patuh berobat ke puskesmas atas dorongan keluarga ?

Tidak

Ya

9. Apakah keluarga turut memberikan pengawasan pada penderita dalam program pengobatan ?

 Tidak Ya

10. Apakah keluarga sudah mengupayakan sinar matahari masuk ke ruangan pada siang hari ?

 Tidak Ya

Lampiran 4**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Topik : TBC

Sasaran : Keluarga atau Penderita TBC di wilayah kerja Puskesmas Pandaan

Tempat : Puskesmas Pandaan

Hari/Tanggal :

Waktu :

1. Tujuan Instruksional Umum

Untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga dalam upaya pencegahan penularan tuberculosi paru.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan keluarga dengan salah satu anggota yang menderita TBC dapat:

- a. Menyebutkan pengertian TBC.
- b. Menyebutkan tujuan upaya pencegahan penularan TBC.
- c. Menyebutkan cara-cara penularan TBC.
- d. Menyebutkan upaya pencegahan penularan yang dapat dilakukan.

3. Sasaran

Keluarga atau penderita TBC yang menjalani pengobatan TBC di Puskesmas Pandaan.

4. Materi

- a. Pengertian TBC
- b. Tujuan upaya pencegahan penularan TBC.
- c. Cara-cara penularan TBC.
- d. Upaya pencegahan penularan TBC.

5. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

6. Media : Leaflet

7. Kriteria Evaluasi

1. Kriteria Struktur

- Peserta: Keluarga atau penderita TBC yang menjalani pengobatan di Puskesmas Pandaan.
- Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum penyuluhan.

2. Kriteria Proses

- Peserta TBC antusias terhadap materi penyuluhan.
- Peserta konsentrasi mendengar penyuluhan.
- Peserta aktif bertanya dan menjawab pertanyaan secara lengkap dan benar.

3. Kriteria Hasil

- Keluarga mengetahui tentang pengertian TBC
- Keluarga mengetahui tentang tujuan pencegahan penularan TBC
- Keluarga mengetahui tentang cara-cara penularan TBC

- Keluarga mengetahui tentang upaya pencegahan penularan TBC

8. Kegiatan Penyuluhan

NO	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1.	3 menit	Pembukaan <ul style="list-style-type: none"> • Memperkenalkan diri • Menjelaskan tujuan dari penyuluhan • Melakukan kontrak waktu • Menyebutkan materi penyuluhan 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyambut salam dan mendengarkan • Mendengarkan • Mendengarkan • Mendengarkan
2.	30 menit	Pelaksanaan <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tentang pengertian TBC • Memberikan kesempatan bagi peserta untuk bertanya • Menjeaskan tentang tujuan pencegahan penularan TBC • Memberikan kesempatan bagi peserta untuk bertanya • Menjelaskan tentang cara-cara penularan TBC • Memberikan kesempatan bagi peserta untuk bertanya • Menjelaskan tentang upaya pencegahan penularan TBC • Memberikan kesempatan bagi peserta untuk bertanya 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendengarkan dan memperhatikan • Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan • Mendengarkan dan memperhatikan • Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan • Mengengarkan dan memperhatikan • Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan • Mengengarkan dan memperhatikan • Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan
3.	10 menit	Evaluasi <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan pada peserta tentang materi yang diberikan dan reinforcement kepada peserta bila dapat menjawab dan menjelaskan kembali materi yang benar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab dan menjelaskan pertanyaan
4.	10 menit	Evaluasi <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan pada peserta 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab dan

		tentang materi yang diberikan dan reinforcement kepada peserta bila dapat menjawab dan menjelaskan kembali materi yang benar.	menjelaskan pertanyaan
5.	2 menit	Terminasi <ul style="list-style-type: none">• Mengucapkan terima kasih kepada peserta• Mengucapkan salam	<ul style="list-style-type: none">• Mendengarkan dan membalas salam

Lampiran 5 Leaflet TBC Paru

TBC (Paru)



Tuberculosis Paru (TB Paru), Pencegahan dan Pengobatan.

Apakah
Tuberculosis Paru
itu :

- Tuberculosis paru adalah penyakit menular yang dapat menyerang siapa saja.
- Dari setiap 100 penduduk Indonesia, 3-6 orang menderita TB Paru.

Apa penyebabnya :

Disebabkan oleh kuman (bakteri) yang hanya dapat dilihat dengan kaca pembesar (mikroskop).

Penyakit TBC dapat disembuhkan .

Agar dapat disembuhkan :

- Minum obat teratur sesuai petunjuk.
- Menghabiskan obat sesuai waktu yang ditentukan yaitu (6 – 12 bulan).
- Makan makanan yang bergizi.

Untuk mengetahui seseorang sakit tuberculosis paru periksakan dahak ke laboratorium di puskesmas / RS.

Kapan Seseorang perlu diperiksa dahaknya

Seseorang perlu
diperiksa dahaknya
apabila :

- Batuk berdahak selama 3 minggu atau lebih.
- Batuk dengan dahak mengandung darah.



Apa akibatnya bila minum obat tidak teratur.

Kuman-kuman yang ada di dalam tubuh akan menjadi kebal terhadap obat.

Penyakit yang diderita sukar disembuhkan.

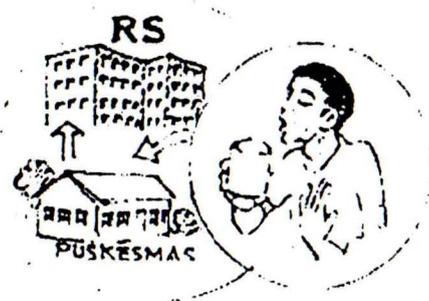
Apa akibatnya kalau berhenti minum obat sebelum waktunya

- Batuk yang sudah menghilang akan timbul kembali (kambuh)
- Lebih sulit disembuhkan karena kuman-kuman didalam

Tanda dan gejala penyakit TBC

- Batuk berdahak terus menerus lebih dari 3 minggu.
- Batuk berdahak disertai darah
- Demam (hilang timbul)
- Sesak nafas.

- Nyeri dada.
- Malaise / tubuh lemah, berat badan turun, nafsu makan turun, nyeri otot, badan kurus, meriang, keringat malam.



Cara Penularan TBC Paru.

- Dengan terhisapnya droplet yang keluar saat penderita batuk atau bersin.
- Melalui makanan (susu) yang terinfeksi kuman TBC.

Bagaimana supaya tidak tertular.

1. Bagi penderita Tuberculosis Paru.

- Minum obat secara teratur sampai selesai.
- Menutup mulut waktu bersin atau batuk.
- Tidak meludah disembarangan tempat.
- Meludah ditempat yang disediakan misal pada waskom yang diberi air sabun / lisal.

2. Untuk keluarga.

- Jemur tempat tidur bekas penderita secara teratur.
- Buka jendela lebar-lebar agar sinar matahari dapat masuk.
- Bila tidak ada jendela untuk ventilasi dengan membuat lubang angin / celah dinding & untuk

pencahayaannya bisa dengan modifikasi genteng kaca.

- Sinar matahari dapat mematikan kuman TBC.
- Tidak tidur sekamar dengan penderita TBC.
- Memisahkan peralatan makan dan minum.
- Menjaga kebersihan lingkungan rumah terhindarkan dari keadaan lembab dan kotor.
- Berperan aktif dalam mengawasi penderita dalam pengobatan.

Upaya Pencegahan Lain.

- Imunisasi BCG bagi balita.
- Meningkatkan daya tahan tubuh dengan makanan yang bergizi.

Lampiran 6

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian Umum Penyakit TBC

a. Pengertian Penyakit TBC

Penyakit Tuberculosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*) sebagian besar kuman ini menyerang paru tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya.

b. Cara Penularan

Sumber penularan adalah penderita TB BTA positif. Pada waktu batuk atau besin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi jika droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernapasan. Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh kuman yang dikeluarkan dari parunya. Semakin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, semakin menular.

c. Riwayat Terjadinya Tuberculosis

- Infeksi Primer

Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman TB. Infeksi dimulai saat kuman TB berhasil berkembangbiak. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan kompleks primer adalah 4-6 minggu. Adanya infeksi dapat dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberculin dari negatif menjadi positif. Masa inkubasi yaitu mulai terinfeksi sampai menjadi sakit, diperkirakan sekitar 6 bulan.

- Tuberculosis Pasca Primer

Tuberculosis pasca primer biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun sesudah infeksi primer, misalnya karena daya tahan tubuh menurun dan status gizi yang buruk. Ciri khas tuberculosis pasca primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya kavitas atau efusi pleura.

d. Gejala Umum Tuberculosis

Gejala umum yaitu batuk terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih. Gejala lain yang sering dijumpai adalah dahak bercampur darah, batuk drah, sesak napas, nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (malaise), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, dan demam meriang lebih dari sebulan.

e. Diagnosis Tuberculosis

Diagnosis TB paru pada orang dewasa dapat ditegakkan dengan ditemukannya BTA pada pemeriksaan dahak secara mikroskopis. Hasil pemeriksaan dinyatakan positif apabila sedikitnya 2 dari 3 SPS BTA hasilnya positif. Bila hanya satu spesimen yang positif perlu diadakan pemeriksaan lebih lanjut yaitu foto rontgen dada atau pemeriksaan spesimen diulang. Kalau hasil rontgen tidak mendukung TB, maka pemeriksaan lain, misalnya biakan. Bila tiga spesimen dahak negatif, diberi antibiotik spektrum luas selama 1-2 minggu. Kalau hasil SPS positif, didiagnosis sebagai penderita BTA positif.

f. Tujuan Upaya Pencegahan Penularan

- Keluarga dapat melakukan tindakan upaya pencegahan penularan TB paru.
- Menurunkan resiko terjadinya penularan pada anggota keluarga yang lain maupun orang lain.

g. Tindakan Pencegaha Tuberculosis Paru

- Menutup mulut bila batuk dan bersin
- Tidak membuang ludah di sembarang tempat
- Membuang ludah atau dahak pada wadah tertutup yang telah disediakan misalnya kaleng yang telah diisi pasir atau cairan lisol.
- Tidak tinggal sekamar dengan anggota keluarga yang lain.
- Jemur tempat tidur bekas penderita cukup teratur.
- Minum obat secara teratur sampai selesai program pengobatan.

- Memisahkan alat makanan dan minum dengan anggota keluarga yang lain.
- Memeriksa anggota keluarga lainnya apakah juga terkena penularan Tuberculosis paru atau TBC.
- Menganjurkan kepada anggota keluarga lain untuk menjaga stamina dan membiasakan hidup sehat.
- Menganjurkan kepada anggota keluarga untuk memberikan imunisasi BCG kepada anggota keluarganya yang mempunyai anak balita.
- Memodifikasi lingkungan yang dapat menurunkan resiko penularan Tuberculosis paru atau TBC antara lain :
 1. Jendela atau ventilasi yang cukup (20 % dari luas lantai)
 2. Bebas dari debu rumah
 3. Lantai yang tidak lembab
 4. Kebersihan lingkungan harus dijaga
 5. Pencahayaan cukup yaitu \pm 15% sampai \pm 20% luas lantai, diupayakan sinar matahari dapat langsung masuk kedalam ruangan, dan diusahakan matahari lama menyinari lantai bukan dinding.

Lampiran 7

Tabulasi Data

Karakteristik Data Umum Keluarga Penderita TBC

Nomor Responden	KARAKTERISTIK UMUM RESPONDEN				
	Umur	Jenis Kelamin	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan	Penghasilan
1	3	2	2	2	2
2	1	2	2	2	2
3	2	1	3	2	2
4	3	2	1	2	1
5	1	1	3	5	2
6	2	1	2	2	2
7	1	2	2	4	4
8	1	2	3	4	2
9	4	1	2	2	2
10	2	2	1	2	2
11	2	2	3	3	3
12	1	2	2	4	4
13	2	1	3	2	2
14	2	1	1	4	2
15	2	2	1	2	2
16	3	1	2	2	1
17	1	2	2	4	4
18	4	1	3	2	2
19	1	2	1	2	1
20	1	2	4	5	3
21	2	2	3	2	2
22	1	1	2	4	4
23	2	2	3	2	3
24	1	2	2	2	2
25	1	1	2	2	1
26	3	2	3	2	2
27	1	2	2	4	2

Keterangan

1. Umur responden

1. 17-27 tahun

2. 28-38 tahun

1000.000

3. 39-49 tahun

4. 50-60 tahun

3. Pendidikan

1. SD

2. SMP

3. SMA

4. PT

4. Pekerjaan

1. Karyawan

2. PNS

3. Tidak bekerja

4. Lain-lain

5. Penghasilan

1. < 500.000

2. 500.000-

3. > 1.000.000

2. Jenis kelamin

1. Laki-laki

2. Perempuan

Lampiran 8

Tabulasi Data Khusus Responden

No Responden	PENGETAHUAN					
	Score Pre	% Pre	Kode Pre	Score Post	% Post	Kode Post
1	12	60	2	18	90	3
2	13	65	2	16	80	3
3	11	55	1	17	85	3
4	9	45	1	14	70	2
5	15	75	2	16	80	3
6	12	60	2	17	85	3
7	12	60	2	16	80	3
8	16	80	3	20	100	3
9	10	50	1	17	85	3
10	9	45	1	16	80	3
11	14	70	2	18	90	3
12	12	60	2	16	80	3
13	12	60	2	18	90	3
14	7	35	1	14	70	2
15	13	65	2	17	85	3
16	12	60	2	16	80	3
17	13	65	2	18	90	3
18	8	40	1	15	75	2
19	9	45	1	16	80	3
20	16	80	3	18	90	3
21	7	35	1	16	80	3
22	12	60	2	18	90	3
23	12	60	2	17	85	3
24	14	70	2	18	90	3
25	8	40	1	16	80	3
26	13	65	2	17	85	3
27	12	60	2	16	80	3

Keterangan:

76%-100% baik

56%-75% cukup

<56% kurang

Kode :

1.Kurang

2.Cukup

3.Baik

No Responden	SIKAP			
	Score Pre	T	Score Post	T
1	26	47,7	30	39,1
2	25	42,8	30	39,1
3	25	42,8	31	46,8
4	24	37,9	30	39,1
5	28	57,3	32	54,7
6	28	57,3	32	54,7
7	24	37,9	30	39,1
8	26	47,7	32	54,7
9	28	57,3	31	46,8
10	25	42,8	39	70,3
11	28	57,3	30	39,1
12	29	62,2	32	54,7
13	30	67,1	33	62,5
14	25	42,8	31	46,8
15	26	47,7	30	39,1
16	28	57,3	32	54,7
17	28	57,3	31	46,8
18	25	42,8	30	39,1
19	24	37,9	34	70,3
20	30	67,1	32	54,7
21	25	42,8	34	70,3
22	30	67,1	32	54,7
23	24	37,9	31	46,8
24	23	33,1	30	39,1
25	26	47,7	32	54,7
26	28	57,3	31	46,8
27	29	52,5	32	54,7

$X = 26,48$

$SD = 2,06$

T Mean Data = 49,9

Nilai positif > T mean data (12)
13)

Nilai negatif < T Mean data (15)
(14)

$X = 31,4$

$SD = 1,8$

T Mean data = 50,3

Nilai positif > T Mean data (

Nilai negatif < T Mean data

No Responden	TINDAKAN					
	Score Pre	% Pre	Kode Pre	Score Post	% Post	Kode Post
1	6	60	2	9	90	3
2	6	60	2	8	80	3
3	5	50	1	8	80	3
4	5	50	1	8	80	3
5	7	70	2	10	100	3
6	6	60	2	9	90	3
7	6	60	2	9	90	3
8	8	80	3	9	90	3
9	5	50	1	8	80	3
10	5	50	1	9	90	3
11	6	60	2	10	100	3
12	6	60	2	10	100	3
13	6	60	2	9	90	3
14	4	40	1	7	70	2
15	4	40	1	8	80	3
16	6	60	2	9	90	3
17	6	60	2	8	80	3
18	5	50	1	8	80	3
19	4	40	1	7	70	2
20	9	90	3	10	100	3
21	4	40	1	9	90	3
22	6	60	2	10	100	3
23	6	60	2	9	90	3
24	6	60	2	8	80	3
25	6	60	2	9	90	3
26	6	60	2	9	90	3
27	6	60	2	10	100	3

Keterangan:

76%-100% baik

56%-75% cukup

<56% kurang

Kode :

1.Kurang

2.Cukup

3.Baik

Frequencies

Statistics

	Umur	Jeniskelamin	TkPendidikan	Pekerjaan	Penghasilan
N Valid	27	27	27	27	27
Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-27 tahun	12	44.4	44.4	44.4
	28-38 tahun	9	33.3	33.3	77.8
	39-49 tahun	4	14.8	14.8	92.6
	50-60 tahun	2	7.4	7.4	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Jeniskelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	10	37.0	37.0	37.0
	Perempuan	17	63.0	63.0	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

TkPendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	5	18.5	18.5	18.5
	SMP	12	44.4	44.4	63.0
	SMA	9	33.3	33.3	96.3
	PT	1	3.7	3.7	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	17	63.0	63.0	63.0
	Tidak bekerja	1	3.7	3.7	66.7
	Lain-lain	7	25.9	25.9	92.6
	5	2	7.4	7.4	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Penghasilan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 500.000	4	14.8	14.8	14.8
500.000-1.000.000	16	59.3	59.3	74.1
> 1.000.000	3	11.1	11.1	85.2
4	4	14.8	14.8	100.0
Total	27	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		PengetPre	PengetPost
N	Valid	27	27
	Missing	0	0

Frequency Table

PengetPre

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

PengetPost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	3	11.1	11.1	11.1
	Baik	24	88.9	88.9	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		SikapPre	SikapPost
N	Valid	27	27
	Missing	0	0

Frequency Table

SikapPre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	3	11.1	11.1	11.1
	Cukup	23	85.2	85.2	96.3
	Baik	1	3.7	3.7	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

SikapPost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	5	18.5	18.5	18.5
	Baik	22	81.5	81.5	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		TindakanPre	TindakanPost
N	Valid	27	27
	Missing	0	0

Frequency Table

TindakanPre

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

TindakanPost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	2	7.4	7.4	7.4
	Baik	25	92.6	92.6	100.0
	Total	27	100.0	100.0	

NPar Tests**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
PengPost - PengPre Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
Positive Ranks	27 ^b	14,00	378,00
Ties	0 ^c		
Total	27		

a. PengPost < PengPre

b. PengPost > PengPre

c. PengPost = PengPre

Test Statistics^b

	Sesudah - Sebelum
Z	-4,546 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
SikapPost - SikapPre	Negative Ranks	0 ^a	,00
	Positive Ranks	27 ^b	378,00
	Ties	0 ^c	
	Total	27	

a. SikapPost < SikapPre

b. SikapPost > SikapPre

c. SikapPost = SikapPre

Test Statistics^b

	SikapPost - SikapPre
Z	-4,547 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
TindPost - TindPre	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	27 ^b	14,00	378,00
	Ties	0 ^c		
	Total	27		

a. TindPost < TindPre

b. TindPost > TindPre

c. TindPost = TindPre

Test Statistics^b

	TindPost - TindPre
Z	-4,642 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test