

SKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN UPAYA PENCEGAHAN PENULARAN TBC DALAM KELUARGA

PENELITIAN *CROSS SECTIONAL*
DI PUSKESMAS KLAMPIS NGASEM SURABAYA

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Sains Terapan (SST)
Keperawatan Komunitas
Pada Program Studi D-IV Perawat Pendidik
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya



Oleh :

OCTOVINA ONA HELEN TAWARU

NIM : 010310364 R

PROGRAM STUDI D-IV PERAWAT PENDIDIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2004

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, Agustus 2004

Yang menyatakan



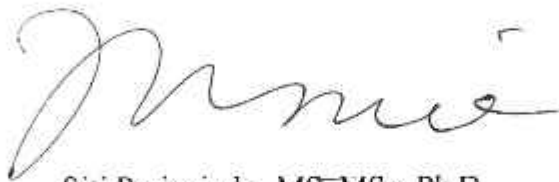
Octovina Ona Helen Tawaru

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah disetujui
Tanggal 2 Agustus 2004

Oleh :

Pembimbing Ketua



Siti Pariani, dr., MS, MSc., Ph.D
NIP. 130 352 939

Pembimbing



Suprajitno, SKp., M.Kes
NIP. 140 239 850

Mengetahui

a.n Ketua Program Studi D-IV Perawat Pendidik
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
Pembantu Ketua I



Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

SKRIPSI INI TELAH DIUJI

Pada tanggal, 9 Agustus 2004

PANITIA PENGUJI

Ketua : Ah. Yusuf, SKp, M.Kes
Anggota : 1. Siti Pariani, dr. MS. MSc. PhD
2. Suprajitno, SKp. M.Kes



Mengetahui

a.n Ketua Program Studi D. IV Perawat Pendidik

Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Pembantu Ketua I



Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmat-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “ HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN UPAYA PENCEGAHAN PENULARAN TBC DALAM KELUARGA DI PUSKESMAS KLAMPIS NGASEM SURABAYA “, dapat terselesaikan. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana sains Terapan (SST) pada Program Studi D.IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S Wiyadi, dr. Sp. THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi D.IV Perawat Pendidik.
2. Prof. Eddy Soewandoyo, dr. Sp.PD. KTI, selaku Ketua Program Studi D.IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Airlangga yang telah memebrikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi D.IV perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
3. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku pembantu Ketua I Program Studi Ilmu Keperawatan dan program D.IV Perawat Pendidik.
4. Siti Pariani, dr. MS. MSc.PhD, selaku pembantu Ketua II pada Program Studi Ilmu keperawatan dan D.IV Perawat Pendidik, sekaligus sebagai

Pembimbing Ketua yang telah memberikan bantuan petunjuk dan saran dalam pembuatan skripsi ini.

5. Suprajitno, SKp. M. Kes, selaku pembimbing dalam penelitian ini yang telah banyak memberikan bantuan petunjuk dan saran dalam pembuatan skripsi ini.
6. dr. Ina Aniati, selaku kepala Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya.
7. Yosina Manuaran, M. Kes selaku Direktur Sekolah Perawat Kesehatan / AKPER Nabire yang telah memberikan kesempatan dan dukungan pada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di program Studi D.IV Perawat Pendidik.
8. Orang tuaku, adik-adik, suami dan anakku tercinta yang telah memberikan dukungan, do'a dan motivasi serta semangat selama penulis menyelesaikan pendidikan di program Studi D.IV Perawat Pendidik.
9. Keluarga penderita TBC yang bersedia menjadi responden dalam penelitian.
10. Rekan-rekan D.IV perawat pendidik yang tidak dapat saya sebutkan nama satu persatu yang telah membantu kelancaran pembuatan skripsi hingga selesai.

Semoga semua budi baik yang telah diberikan kepada penulis, akan mendapat imbalan dari Tuhan Yang Maha Esa

Surabaya, Agustus 2004

Penulis

ABSTRACT**CORRELATION BETWEEN KNOWLEDGE AND EFFORTS
TO PREVENT TBC INFECTION IN THE FAMILY****Octovina Ona Helen Tawaru**

Tuberculosis is a disease caused by *Mycobacterium tuberculosis* infected from tuberculous patients to other individuals, particularly those who have close contact with the patients, including their family. To recover from this disease, the patients require regular treatment in a longer period, minimally 6 months, which sometimes rendering them discontinue the treatment. Family health behavior should be optimally attempted for the recovery of the patient and for preventing infection to other members of the family.

The purpose of this study was to investigate correlation between knowledge and efforts to prevent the infection of TBC in the family. Sample size was 20 respondents (families) admitted to Klampis Ngasem Community Health Center, Surabaya, who met the inclusion and exclusion criteria, and recruited using consecutive sampling. Data were collected by using questionnaire, and the efforts to prevent TBC infection were directly observed. Correlation between both variables was analyzed using Spearman Rho statistical test with significance level of less than 0.05.

Results revealed that 55% of the families had sufficient knowledge, 40% less sufficient, and 5% poor, while their efforts to prevent TBC in the family was sufficient in 35%, less sufficient in 60%, and poor in 50%. Correlation between both variables revealed $r = 0.536$, and the significance was 0.015 ($p < 0.05$), indicating correlation between knowledge and efforts to prevent TBC in the family.

It is recommended for health functionaries in Klampis Ngasem Community Health Center to improve the knowledge of the family to prevent TBC infection by providing health promotion.

Keywords: *knowledge, psychomotor, tuberculous infection*

ABSTRACT**CORRELATION BETWEEN KNOWLEDGE AND EFFORTS
TO PREVENT TBC INFECTION IN THE FAMILY****Octovina Ona Helen Tawaru**

Tuberculosis is a disease caused by *Mycobacterium tuberculosis* infected from tuberculous patients to other individuals, particularly those who have close contact with the patients, including their family. To recover from this disease, the patients require regular treatment in a longer period, minimally 6 months, which sometimes rendering them discontinue the treatment. Family health behavior should be optimally attempted for the recovery of the patient and for preventing infection to other members of the family.

The purpose of this study was to investigate correlation between knowledge and efforts to prevent the infection of TBC in the family. Sample size was 20 respondents (families) admitted to Klampis Ngasem Community Health Center, Surabaya, who met the inclusion and exclusion criteria, and recruited using consecutive sampling. Data were collected by using questionnaire, and the efforts to prevent TBC infection were directly observed. Correlation between both variables was analyzed using Spearman Rho statistical test with significance level of less than 0.05.

Results revealed that 55% of the families had sufficient knowledge, 40% less sufficient, and 5% poor, while their efforts to prevent TBC in the family was sufficient in 35%, less sufficient in 60%, and poor in 50%. Correlation between both variables revealed $r = 0.536$, and the significance was 0.015 ($p < 0.05$), indicating correlation between knowledge and efforts to prevent TBC in the family.

It is recommended for health functionaries in Klampis Ngasem Community Health Center to improve the knowledge of the family to prevent TBC infection by providing health promotion.

Keywords: *knowledge, psychomotor, tuberculous infection*

ABSTRAK

Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang ditularkan dari penderita tuberculosis kepada orang lain terutama pada orang yang paling dekat dengan penderita (keluarga). Bila seseorang terserang penyakit ini, penyembuhannya memerlukan suatu pengobatan yang teratur dan dalam waktu yang lama minimal 6 bulan sehingga mengakibatkan penderita putus berobat. Perilaku keluarga dalam bidang kesehatan perlu diwujudkan secara optimal sehingga penderita sembuh dan tidak terjadi penularan pada anggota keluarga lain.

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan penyakit TBC dalam keluarga. Besar sampel adalah 20 responden (keluarga) yang berobat di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya yang memenuhi kriteria inklusif dan eksklusif menggunakan metode *consecutive sampling*. Pengumpulan data untuk pengetahuan menggunakan kuesioner dan upaya pencegahan penularan TBC menggunakan observasi atau pengamatan langsung, hubungan antara kedua variabel menggunakan uji statistik Spearman Rho dengan signifikan $p < 0,05$.

Hasil penelitian ini adalah pengetahuan baik 55 %, cukup 40 %, kurang 5 % dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga baik 35 %, cukup 60 %, kurang 50 % sedangkan hubungan antara kedua variabel tersebut didapatkan hasil korelasi $r = 0,536$ dan signifikan $p = 0,015 < 0,05$, berarti H_0 di tolak menandakan ada hubungan antara pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga.

Hasil penelitian ini menjadi masukan bagi Petugas Klampis Ngasem Surabaya agar meningkatkan pengetahuan keluarga dalam upaya pencegahan penularan TBC dengan cara memeberikan penyuluhan kesehatan.

Kata Kunci : Pengetahuan, psikomotor, Pencegahan Penularan Tuberculosis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Relevansi	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Perilaku	6
2.2 Konsep Keluarga	15
2.3 Penyakit Tuberculosis	19
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	31
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	31

3.2	Hipotesis Penelitian	32
BAB 4	METODE PENELITIAN	33
4.1	Desain Penelitian	33
4.2	Kerangka Kerja.....	33
4.3	Populasi, Sampel, Besar sampel dan Sampling Penelitian ...	35
4.4	Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional	37
4.5	Lokasi Penelitian	40
4.6	Pengumpulan dan Analisa Data	46
4.7	Etika Penelitian.....	41
4.8	Keterbatasan.....	43
BAB 5	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	44
5.1	Hasil Penelitian	44
5.2	Pembahasan.....	45
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN.....	60
6.1	Kesimpulan	60
6.2	Saran.....	61
	DAFTAR PUSTAKA.....	62
Lampiran 1	.....	64
Lampiran 2	.....	65
Lampiran 3	.....	66
Lampiran 4	.....	67
Lampiran 5	.....	68
Lampiran 6	.....	74
Lampiran 7	.....	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konseptual	31
Gambar 3.2	Kerangka kerja	34
Gambar 5.1	Distribusi Responden (Keluarga) berdasarkan Jenis Kelamin	45
Gambar 5.2	Distribusi Responden (Keluarga) berdasarkan Usia	46
Gambar 5.3	Distribusi Responden (Keluarga) berdasarkan pendidikan	46
Gambar 5.4	Distribusi Responden (Keluarga) berdasarkan pekerjaan.....	47
Gambar 5.5	Distribusi Responden (Keluarga) berdasarkan status dalam Keluarga.....	47
Gambar 5.6	Distribusi Penderita TBC berdasarkan jenis kelamin.....	48
Gambar 5.7	Distribusi Penderita TBC berdasarkan usia.....	49
Gambar 5.8	Distribusi Penderita TBC pendidikan.....	49
Gambar 5.9	Distribusi Penderita TBC berdasarkan pekerjaan	50
Gambar 5.10	Distribusi penderita TBC berdasarkan status dalam keluarga	50
Gambar 5.11	Distribusi penderita TBC berdasarkan riwayat pengobatan ...	51
Gambar 5.12	Distribusi responden (keluarga) tentang tingkat Pengetahuan	52
Gambar 5.13	Distribusi responden (keluarga) tentang upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga	52

DAFTAR TABEL

Tabel 2.3	Pengobatan Tuberculosis.....	29
Tabel 4.4	Definisi Operasional	39
Tabel 5.1.4	Hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga.....	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian.....	64
Lampiran 2	Surat Ijin Penelitian	65
Lampiran 3	Lembar Permintaan Menjadi Responden	66
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	67
Lampiran 5	Lembar Pengumpulan Data Penelitian.....	68
Lampiran 6	Data hasil Penelitian	74
Lampiran 7	Hasil Analisis SPSS 11.00	76

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PANDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Penyakit tuberculosis merupakan masalah yang serius bagi dunia, karena menjadi penyebab kematian terbanyak dibandingkan dengan penyakit infeksi lain. Menurut hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 penyakit TBC merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah penyakit kardiovaskuler dan saluran pernapasan pada semua golongan usia dan nomor 1 dari golongan penyakit infeksi, setiap tahun 450.000 kasus baru TBC dimana sekitar 1/3 penderita terdapat di Puskesmas, 1/3 lagi pelayanan Rumah Sakit atau klinik Pemerintah dan Swasta. Sedangkan kematian karena TBC 175.000 pertahun (Depkes, 1999). WHO juga memprediksi tahun 2020 mendatang diperkirakan 1 milyar orang akan mengalami infeksi baru, 20 juta orang menunjukkan gejala dan menjadi penyakit, dan 70 juta jiwa orang lain meninggal. Di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya, tahun 2003 jumlah penderita TBC yang datang berobat dan tersangka menderita TBC dilakukan pemeriksaan dahak atau sputum sebanyak 55 orang, BTA positif 2 orang sedang BTA negatif atau rontgen positif 14 orang, yang mengikuti program pengobatan sampai selesai dan dinyatakan sembuh 7 orang. Dari hasil laporan 2003 dapat diketahui bahwa kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit TBC, kurangnya informasi tentang pengobatan dari petugas kesehatan kepada penderita dan keluarga.

Penyakit TBC meningkat di negara industri dan berkembang karena masalah infeksi HIV dan resisten obat (Asrial Bahar, 2001). 75 % penderita TBC

dari golongan kerja produktif (15 – 50 tahun) golongan ekonomi lemah dan berpendidikan rendah. Menurut WHO (1994) angka morbiditas dan mortalitasnya meningkat yaitu 20 % dalam kurun waktu. masalah ini terjadi pada masyarakat yang kurang pengetahuan, informasi, lingkungan dan sosial ekonomi rendah. Masyarakat menilai bahwa penyakit tuberculosis merupakan penyakit keturunan (genetik) yang memungkinkan dapat meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas meningkat (Dowling, 1991).

Tuberculosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobakterium Tuberculosis* yang dapat ditularkan melalui basil tuberculosis dalam dahak. Sumber penularan adalah dahak penderita yang BTA positif, kepada orang sekelilingnya, terutama yang kontak erat, batuk, tertawa keras sehingga dapat menyebarkan kuman ke udara. Resiko penularan adalah keluarga yang tinggal serumah dengan demikian bahaya penularan terdapat pada perumahan yang penghuni padat dengan ventilasi yang jelek serta cahaya matahari kurang dan lingkungan tempat tinggal yang jelek.

Penyakit TBC tanpa pengobatan setelah 5 tahun, 50 % dari penderita TBC akan meninggal, 25 % akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh tinggi dan 25 % sebagai kasus kronik yang tetap menular (WHO, 1996). Cara menurunkan angka kesakitan dan angka kematian penyakit TBC adalah memutuskan rantai penularan, sehingga penyakit TBC tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Berdasarkan permasalahan diatas penelitian mempelajari bagaimana pengetahuan keluarga dengan pencegahan penularan TBC dalam keluarga. Dengan cara meningkatkan perilaku hidup sehat dalam keluarga, menjaga kebersihan, lingkungan ventilasi yang cukup, makan

makanan bergizi, dan pemberian BCG pada anak untuk kekebalan tubuh (John Biddulph dan stace, 1999).

1.2. Rumusan Masalah

1.2.1. Pernyataan Masalah

Penyakit TBC merupakan penyakit menular dari penderita kepada orang lain melalui saluran pernafasan, dahak dan kontak erat dengan penderita dengan demikian untuk mencegah penularan TBC dalam keluarga perlu diketahui pengetahuan keluarga tentang penularan TBC dan upaya pencegahannya. Belajar merupakan suatu proses perubahan perilaku yang berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya, adapun faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku dibedakan menjadi dua faktor yaitu internal meliputi pengetahuan, kecerdasan, persepsi, motivasi, emosi berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar, sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti ; iklim, manusia, sosial ekonomi dan budaya. Menurut Green mengatakan bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi berperilaku manusia dari tingkat kesehatan yakni faktor predisposisi (*Predisposing factor*), faktor pendukung (*enabling factor*) dan faktor pendorong (*renforcing factor*) sehingga disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagian dari orang atau masyarakat yang bersangkutan.

1.2.2. Pertanyaan

1. Bagaimanakah pengetahuan keluarga tentang pencegahan penularan TBC dalam keluarga ?
2. Bagaimanakah upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga ?
3. Bagaimanakah hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mempelajari perilaku keluarga dalam pencegahan penularan TBC dalam keluarga, di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang pencegahan penularan TBC dalam keluarga.
2. Mengidentifikasi upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga
3. Mengidentifikasi hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Peneliti

Secara ilmiah penelitian ini dapat meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan peneliti tentang penelitian ilmiah dan keterampilan dalam penerapan penelitian dibidang Keperawatan.

1.4.2. Bagi Keluarga dan Klien

Sebagai bahan masukan untuk keluarga memperoleh pengetahuan yang baru tentang cara pemutusan rantai penularan.

1.4.3. Bagi Puskesmas

Sebagai bahan masukan untuk memfokuskan penyuluhan kesehatan pada masalah penularan TBC dalam keluarga.

1.4.4. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai bahan untuk meningkatkan pembinaan bagi anggota yang berhubungan dengan masalah penularan TBC dalam keluarga.

1.5 Relevansi

Tujuan penggulangan TBC akan menurunkan angka kesakitan, kematian dan penularan TBC dengan cara memutuskan rantai penularan, sehingga TBC tidak menjadi masalah kesehatan di Indonesia.

Sebagai tenaga perawat atau tenaga kesehatan agar dapat memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat secara bermutu dan merata, baik dari perkotaan maupun pedesaan, dalam upaya memelihara dan meningkatkan kesehatan melalui pemeliharaan lingkungan pelayanan kesehatan masyarakat berhasil dan berdaya guna.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Perilaku Kesehatan

2.1.1. Konsep Perilaku

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. (Notoatmodja, 2003). Perilaku manusia berasal dari golongan yang ada dalam diri manusia, sedang dorongan merupakan usaha untuk memenuhi kebutuhan yang ada dalam diri manusia (Heri Purwanto, 1999). Perilaku yang tampak pada organisme tersebut dipengaruhi oleh faktor genetik (keturunan) dan lingkungan. Faktor keturunan adalah merupakan konsep dasar atau modal untuk perkembangan perilaku, sedangkan lingkungan adalah kondisi atau lahan untuk berkembang perilaku tersebut.

Menurut Skinner (1938) perilaku adalah hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon) dan respons. Ia membedakan 2 yakni :

1. Respondent respons atau reflektive respons, ialah respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan tertentu.
2. Operat respons atau instrumental respon, adalah respons yang timbul dan berkembang diikuti oleh perangsang tertentu.

Dan bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi perilaku tertutup (covert behavior) dan perilaku terbuka (overt behavior).

Menurut Lawrence Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok,

yakni faktor perilaku (behavior causes) dan faktor di luar perilaku (non behavior causes). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor.

1. Faktor-faktor predisposisi (predisposing factor), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (enabling factors), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.
3. Faktor-faktor pendorong (reinforcing factor) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2.1.2. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Stimulus rangsangan terdiri dari 4 unsur pokok yakni :

1. Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia merespons, baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsi penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya, maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tertentu.
2. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan adalah respons seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan baik sistem pelayanan kesehatan modern

maupun tradisional cara pelayanan, obat-obatan yang terwujud dalam pengetahuan dan sikap.

3. Perilaku terhadap makanan (nutrition behavior) yakni respons seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan perilaku ini meliputi pengetahuan, sikap, persepsi, dan praktek dalam pengelolaan.
4. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (enviromental health behavior) adalah respons seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia yang mencakup penggunaan air bersih, pembuangan air kotor, limbah padat maupun cair, rumah sehat meliputi ventilasi, pencahayaan, lantai, dan pembersihan sarang-sarang nyamuk (vektor), Notoaatmodjo(2003).

2.1.3. Domain perilaku kesehatan

Perilaku sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Menurut Benyamin Bloom (1908) membagi pendidikan ke dalam 3 domain (Ranah/kawasan). Meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Dalam tujuan suatu pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan tiga domain perilaku tersebut terdiri dari :

1. Ranah kognitif (cognitive domain)
2. Ranah afektif (affective domain)
3. Ranah psikomotor (psychomotor domain)

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan, dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan. Ketiga domain dapat diukur dari pengetahuan (knowledge), sikap (attitude) dan praktek (practice)

Perilaku orang dewasa dimulai pada domain kognitif, dalam arti subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus, sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subjek tersebut dan menimbulkan sikap terhadap objek yang diketahui itu. Akhirnya rangsangan yakni objek yang telah diketahui dan disadari sepenuhnya tersebut, maka menimbulkan respon lebih jauh lagi, yaitu berupa tindakan (action) terhadap stimulus objek (Notoatmodjo, 2003).

2.1.4. Pengetahuan (Knowledge)

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni : indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behavior). Karena dari pengalaman perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Menurut Rogers (1974) mengemukakan bahwa sebelum mengadopsi perilaku baru dalam diri seseorang akan terjadi proses berturut-turut yakni :

1. *Awareness* kesadaran, dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
2. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subyek sudah mulai timbul.

3. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*, dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5. *Adaption*, dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikap terhadap stimulus.

Namun demikian Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, disadari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yaitu :

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu yang telah dipelajari sebelumnya.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan menginterpretasi materi tersebut secara benar

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau subyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

Menurut Rafii 1993, Polit & Hungler, 1993, Burns & Grove, 1991; Draha, 1985, data ordinal merupakan himpunan yang beranggotakan pangkat, jabatan, rangkin, atau order. Dalam pengukuran ini peneliti tidak hanya mengkategorikan pada persamaan, tetapi bisa menyatakan lebih besar atau lebih kecil dari. Misalnya dalam pengetahuan, 0 = jelek, 1 = cukup, 2 = baik, 3 = sangat baik. Skor yang sering digunakan untuk mempermudah dalam mengkategorikan jenjang atau peringkat dalam penelitian biasanya dituliskan dalam response. Misalnya pengetahuan, baik = 76 – 100%, cukup = 56 – 75%, dan kurang \leq 56.

2.1.5. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. (Notoadmodjo), 2003 : 130). Menurut

Newcomb, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.

Menurut Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yakni :

1. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Suatu contoh keluarga mendengar tentang penyakit TB (penyebab, akibat, dan pencegahan).

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkat yakni :

1. Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (objek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek)

2. Merespons (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3. Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan oranglain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga

4. Tanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko adalah merupakan sikap yang paling tinggi.

2.1.6. Praktek/Tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap menjadi perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Disamping faktor fasilitas juga diperlukan faktor pendukung (*support*) dari pihak lain, misalnya suami atau istri, orang tua atau mertua penting untuk mendukung praktek keluarga berencana.

Tingkat-tingkat praktek :

1. Persepsi (*preception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

2. Respon Terpimpin (*Guided Respons*)

Dapat melakukan sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat kedua.

3. Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga

4. Adaptasi (*Adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Upaya pencegahan penularan TBC yang perlu dilakukan dalam keluarga yaitu :

1. Penderita membuang ludah ditempat yang telah disediakan (Sputum pot berisi lisol 5%).
2. Isolasi alat makan dan minum.
3. Makan makanan yang bergizi untuk meningkatkan daya tahan tubuh.
4. Membuka jendela, pintu pada pagi dan siang hari agar kuman TBC mati.
5. Menjemur kasur, bantal (alat tidur) seminggu sekali.
6. Menyediakan kamar tersendiri untuk penderita.

Cara pengukuran upaya yang dilakukan adalah baik = 76 – 100%, cukup = 56-75%, dan kurang \leq 56%, dengan skor 1 = cukup, 2 = baik, 3 = sangat baik.

2.2. Keluarga

2.2.1. Konsep Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1988).

Dari definisi diatas dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa keluarga adalah unit terkecil masyarakat terdiri atas dua orang atau lebih ada ikatan perkawinan

dan pertalian darah hidup dalam satu rumah tangga dibawah asuhan seorang kepala rumah tangga dan berinteraksi diantara sesama anggota keluarga.

2.2.2. Struktur Keluarga

Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah :

1. *Patrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
2. *Matrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.
3. *Mutrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
4. *Patrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
5. *Keluarga Perkawinan* adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

2.2.3. Tipe / Bentuk Keluarga

1. Keluarga Inti (*Nuclear Family*)
Adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak.
2. Keluarga Besar (*Extendend Family*)
Adalah keluarga Inti ditambah dengan sanak saudara misalnya nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.

3. Keluarga Berantai (*Serial Family*)

Adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.

4. Keluarga Duda atau Janda (*Single Family*)

Adalah keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.

5. Keluarga Berkomposisi (*Composite*)

Adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.

6. Keluarga Kabitas (*Cohabitation*)

Adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga.

2.2.4. Peranan Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku inter personal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Berbagai peranan yang terdapat dalam keluarga adalah :

1. Peranan Ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak berperanan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan memberi rasa aman, sebagai kepala keluarga sebagai anggota kelompok sosial serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

2. Peranan Ibu

Sebagai Istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya pelindung dan sebagai salah satu kelompok peranan sosialnya serta sebagai

keluarga dan menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang.

5. Fungsi Pendidikan

Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa dan mendidik anak sesuai tingkat-tingkat perkembangan.

2.2.6. Tugas-tugas Keluarga

Pada dasarnya tugas keluarga ada delapan tugas pokok sebagai berikut (Nasrul Effendy, 1998):

1. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya
2. Pemeliharaan sumber-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-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas.
8. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga

2.3. Penyakit Tuberculosis

2.3.1. Pengertian Tuberculosis

Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan *Mycobacterium tuberculosis* yang sejak dahulu ditemukan atau termasuk dalam "Old Infectious disease" yang pada awalnya spesifik menyerang organ paru. Tetapi ternyata infeksiya menyerang organ tubuh yang lain (Simposium, 2002). TB merupakan penyakit infeksi saluran nafas bagian bawah setelah eradikasi penyakit malaria. Basil *Mycobacterium tuberculosis* tersebut masuk ke dalam jaringan paru melalui pernafasan sampai alveoli terjadi infeksi primer (ghan) dan riwayat terjadinya tuberculosis pada paru.

1. Tuberculosis primer

Infeksi primer seorang terpapar pertama kali dengan kuman TB. Droplet yang terhirup sangat kecil ukurannya, sehingga dapat melewati sistem pertahanan mukosilier bronkus, dan terus berjalan sehingga sampai di alveolus dan menetap disana. Infeksi saat kuman TB berhasil berkembang biak dengan cara pembelahan diri di paru, yang mengakibatkan peradangan di paru. saluran linfe akan membawa kuman TB ke kelenjer linfe disekitar hilus paru, dan ini disebut sebagai kompleks primer. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan kompleks adalah sekitar 4-6 minggu. Adanya infeksi dapat dibuktikan dengan terjadinya perubahan reaksi tuberkulin dari negatif menjadi positif. Infeksi primer tergantung dari banyak kuman yang masuk dan besarnya respon daya tahan tubuh (imunitas seluler). Kadang daya tahan tubuh tidak mampu menghentikan kuman, akibatnya dalam beberapa bulan, yang

bersangkutan akan menderita TB. Masa inkubasi, yakni waktu yang diperlukan mulai terinfeksi sampai menjadi sakit, diperkirakan sekitar 6 bulan.

2. Tuberculosis sekunder

Tuberculosis sekunder terjadi karena imunitas menurun seperti mal nutrisi (gizi buruk), alkohol, diabetes, AIDS, gagal ginjal. Tuberculosis ini dimulai dengan sarang dini yang berlokasi di regio atas parum invasinya adalah ke daerah parenkin paru-paru dan tidak ke nodus hiler paru. dalam 3-10 minggu sarang ini menjadi tuberkel yakni suatu granuloma yang terdiri dari sel-sel histiosit dan sel datia - langhans (sel besar dengan banyak inti) yang dikelilingi oleh sel-sel limfosit dan bermacam-macam jaringan ikat. Infeksi ini juga dapat terjadi pada usia muda menjadi TB usia tua.

2.3.2. Bakteriologi

Penyebab tuberculosis adalah *Mycobacterium tuberculosis*, sejenis kuman berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/um dan tebal 0,36/um. Spesies lain kuman ini dapat memberikan infeksi pada manusia adalah *M. bovis*, *M. Kansasii*, *M intracullulare*. Sebagian kuman terdiri dari asam lemak (lipid). Lipid ini yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan lebih tahan lama terhadap gangguan kimia dan fisik. Kuman dapat tahan dan hidup pada udara kering mupun dalam keadaan dingin (dapat bertahan bertahun-tahun dalam lemari es) hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat dormant, dan kuman ini akan bangkit kembali menjadi tuberculosis aktif.

Sifat lain kuman ini adalah aerob, sifat ini menunjukkan bahwa kuman lebih menyukai jaringan yang tinggi kandungan oksigennya, karena dalam

tekanan oksigen pada bagian apikal paru-paru lebih tinggi daripada bagian lain sehingga bagian apikal ini merupakan tempat predileksi penyakit tuberculosis.

2.3.3. Cara Penularan

Penularan tuberculosis terjadi karena kuman dibatukkan atau dibersinkan keluar menjadi droplet nuclei dalam udara. Infeksi ini dapat menetap dalam udara bebas selama 1-2 jam tergantung ada tidaknya sinar ultraviolet, ventilasi yang baik dan kelembaban. Dalam suasana lembab dan gelap kuman dapat tahan berhari-hari sampai berbulan-bulan.

Bila partikel ini terinfeksi oleh orang sehat, ia akan menempel pada jalan nafas atau paru-paru. Kebanyakan partikel ini akan mati atau dibersinkan oleh makrofag keluar dari cabang-cabang trakeo-bronkial serta gerakan silia oleh sekretnya. Kuman juga dapat masuk melalui luka pada kulit atau mukosa tapi hal ini sangat jarang terjadi.

Penderita TBC menular adalah penderita dengan basil-basil TBC di dalam dahaknya, dan bila mengadakan ekspirasi paksa berupa batuk-batuk, bersin, ketawa keras, akan menghempas percikan-percikan dahak halus, yang berukuran lebih 5 mikron dan yang akan melayang-layang di udara. Dapat diketahui bahwa makin banyak basil di dalam dahak seseorang penderita makin besarlah bahaya penularan penderita yang dahaknya positif pada pemeriksaan langsung dengan mikroskop (100.000 basil dalam 1 ml sputum) akan jauh lebih berbahaya dari mereka yang baru positif. (WHO, 1974). Bahaya penularan besar terjadi pada perumahan-perumahan yang penghuni padat dengan ventilasi yang jelek serta cahaya matahari kurang. Bagaimana penyebaran penyakit TBC, yakni :

1. Menular lewat saluran nafas
2. Kuman TBC dapat bertahan lama di ruang gelap dan lembab
3. Dapat ditularkan dari penderita lewat dahak yang dibuang sembarangan
4. Dapat menular jika penderita tidur bersama-sama tidur dengan orang lain
5. Kuman TBC lebih cepat menular pada orang yang gizinya jelek.
6. Cepat menular pada bayi/anak yang tidak diimunisasi BCG

2.3.4. Gejala-gejala Klinis

Keluhan yang dirasakan penderita TBC dapat bermacam-macam atau malah penderita TBC tidak ditemukan keluhan sama sekali dalam pemeriksaan kesehatan. Keluhan yang terbanyak adalah :

1. Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Kadang-kadang panas badan dapat mencapai 40-40 °C. Serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, kemudian dapat timbul kembali keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis.

2. Batuk/batuk darah

Batuk terjadi karena iritasi pada bronkus. Karena terlibatnya bronkus pada setiap penyakit tidak sama, mungkin saja batuk baru ada setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan. Sifat batuk ini mulai dari batuk kering (non-produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). Keadaan yang lanjut adalah batuk darah karena terdapat pembuluh

darah yang pecah. Kebanyakan batuk darah pada TBC terjadi pada kavitas, tetapi dapat juga terjadi pada ulkus dinding bronkus.

3. *Sesak nafas*

Pada penyakit yang ringan (baru tumbuh) belum dirasakan sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

4. *Nyeri dada*

Gejala ini jarang ditemukan nyeri dada timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu penderita menarik atau melepaskan nafasnya

5. *Malaise*

Penyakit TBC bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia tidak ada nafsu makan, badan makin kurus (BB menurun), sakit kepala, meriang, nyeri otot keringat malam. Gejala malaise ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur.

2.3.5. Diagnosis

Tuberculosis cukup mudah dikenal mulai dari keluhan-keluhan klinis, gejala-gejala kelainan fisik, kelainan radiologis sampai dengan kelainan bakteriologis. Dalam praktek tidak mudah menegakkan diagnosisnya. Menurut WHO (1964) diagnosis pasti tuberculosis adalah dengan menemukan kuman *Mycobatrium Tuberculosis* dalam sputum. Tidak semua penderita memberikan sputum yang positif karena kelainan paru yang belum berhubungan dengan

bronkus, atau penderita tidak bisa membatukkan sputumnya dengan baik. Kelainan baru jelas setelah penyakit berlanjut.

Di Indonesia agak sulit menerapkan diagnosis diatas karena fasilitas laboratorium yang sangat terbatas. Sebenarnya dengan penemuan kuman BTA dalam sediaan sputum, dapat memastikan diagnosis tuberculosis. Hanya 30-70% saja dari seluruh kasus tuberculosis yang dapat didiagnosis secara bacteriologis. Diagnosis tuberculosis paru masih banyak ditegakkan berdasarkan kelainan klinis dan radiologi saja. Oleh sebab itu di dalam mendiagnosis tuberculosis sebaiknya dicantumkan status klinis, status bakteriologi, status radiologis dan status kemoterapi.

Menurut WHO (1991) memberikan kriteria kepada penderita tuberculosis.

1. Penderita dengan sputum BTA positif, yakni :
 - a. Penderita yang diperiksa sputum secara mikroskopis ditemukan BTA sekurang-kurangnya pada dua kali pemeriksaan.
 - b. Satu sediaan sputum positif disertai kelainan radiologis yang sesuai dengan gambaran TBC aktif
 - c. Satu sediaan sputumnya positif disertai biakan yang positif.
2. Pasien dengan sputum BTA negatif
 - a. Penderita yang pada pemeriksaan sputum secara mikroskopis ditemukan BTA sedikit pada 2 kali pemeriksaan tetapi gambaran radiologis sesuai dengan TBC aktif.
 - b. Penderita yang pada pemeriksaan sputumnya secara mikroskopis tidak ditemukan BTA sama sekali, tetapi pada biakannya positif.

Penderita digolongkan lagi berdasarkan riwayatnya penyakitnya, yakni :

1. Kasus baru, penderita yang tidak mendapat obat anti tuberculosis lebih dari 1 bulan.
2. Kasus kambuh, penderita pernah dinyatakan sembuh dari tuberculosis, tetapi kemudian timbul lagi tuberculosis aktif.
3. Kasus gagal, yakni penderita yang sputum BTA nya positif setelah mendapat obat anti TBC lebih dari 5 bulan atau penderita menghentikan pengobatannya setelah mendapat obat anti TBC 1-5 bulan dan sputum BTA-nya masih positif.

Kasus krosnis, yakni penderita yang sputum BTAny tetap positif setelah mendapat pengobatan ulang (retreatmen) lengkap yang disupervisi dengan baik.

2.3.6. Pencegahan

Pencegahan yang dapat dilakukan antara lain adalah tutup mulut saat bersin atau batuk, tidak meludah disembarang tempat, atau meludah dalam tempat tertutup yang diisi larutan desifectan (air, sabun, lisol), karena kuman TBC akan mati oleh zat-zat tersebut, hindari secret ditelan, diupayakan agar penderita tidur terpisah dengan anggota keluarga lain, isolasi alat makan, minum bagi penderita TBC diusahakan sinar matahari masuk ke dalam rumah melalui pintu dan jendela, dan ruang tidur, spre, bantal, kasur, (alat tidur) dijemur sesering mungkin waktu pagi hari karena kuman TBC akan mati oleh sinar matahari, pencahayaan di dalam rumah yang cukup terang, istirahat, dan tidur yang cukup. Minum obat teratur dan pada bayi diberikan imunisasi BCG.

terhadap kuman yang sedang berkembang. Dosis harian yang dianjurkan 5 mg/kg BB, lanjutan dengan dosis 10 mg/kg BB

2. *Rifampine (R)*

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman semi-dormant (persister) yang tidak dapat dibunuh oleh isoniazid (INH). Dosis diberikan sama untuk pengobatan harian maupun lanjutan 3 kali seminggu 10 mg/kg BB.

3. *Pirazinamid (Z)*

Bersifat bakterisid, dapat membunuh kuman yang berada dalam sel dengan suasana asam. Dosis harian yang dianjurkan 25 mg/kg BB sedangkan, lanjutan 3 kali seminggu dengan dosis 35 mg/kg BB.

4. *Streptomycine (S)*

Bersifat bakterisid dosis yang dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan lanjut 3 kali seminggu digunakan dosis yang sama. Penderita berumur sampai dengan 60 tahun, dosis 0,75 gr/hari, sedangkan yang umur 60 tahun atau lebih diberikan 0,30 gr/hari.

5. *Ethambutol (E)*

Bersifat sebagai bakteristatik, dosis harian dianjurkan 15 mg/kg BB sedangkan untuk pengobatan lanjut 3 kali seminggu digunakan dosis 30 mg/kg BB.

Panduan obat anti tuberculosis (OAT) di Indonesia. Menurut WHO dan IUATLD (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease) merekomendasikan paduan obat anti tuberculosis (OAT) standar, yakni :

1. Kategori – 1 (2HRZE/ 4 H3 R3)

Tahap intensif terdiri dari isoniazid (H) Rifampicine (R), Pirazinamid (Z) dan Ethambutol (E). Diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZE). Kemudian diteruskan dengan tahap lanjut terdiri dari isoniazid (H) dan Rifampicine (R) 3 kali dalam seminggu selama 4 bulan (4 H3R3). Obat ini diberikan untuk penderita baru BTA positif, penderita baru BTA negatif rontgen positif "Sakit berat", penderita tuberculosis extra berat.

Tabel 1 : Panduan OAT kategori 1

Tahap pengobatan	Lamanya pengobatan	Dosis per hari / kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet isoniazid	Tablet rifampicin	Tablet pyrazinamid	Tablet Ethambutol	
Tahap intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	60
Tahap lanjutan (dosis 3 x)	4 bulan	2	1	-	-	54

Keterangan: dosis tersebut diatas untuk penderita dengan BB antara 33- 50 kg

2. Kategori 2 (2 HRZES/ HRZE/ 5H3 R3 E3)

Tahap intensif selama 3 bulan, yang terdiri dari 2 bulan dengan isoniazid (H), Rifampicin (R), pirazinamid (Z), Ethambutol (E) dan suntikan streptomisin setiap hari. Dilanjutkan dengan isoniazid (H) Rifampicin (R), pirazinamid (Z), dan Ethambutol (E) setiap hari. Selanjutnya selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan tiga kali dalam seminggu, obat suntikan streptomisin diberikan setelah penderita selesai menelan obat. Obat ini diberikan untuk penderita kambuh, penderita gagal, penderita dengan pengobatan setelah lalai.

Tabel 2 : Paduan OAT kategori 2

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Tablet isoniazid 300 mg	Tablet rifampicin 450 mg	Tablet pyrazinamid 500 mg	Ethambutol		Streptomisin injeksi	Jumlah hari /kali menelan obat
					Tablet 250 mg	Tablet 500 mg		
Tahap intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	-	0,75 gr	60
	1 bulan	1	1	3	3	-	-	30
Tahap lanjutan	5 bulan	2	1	-	1	2	-	60

Keterangan : dosis tersebut diatas untuk penderita dengan BB antara 33- 50 kg

3. Kategori -3 (2HRZ/4 H3R3)

Tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZ) diteruskan dengan tahap lanjut terdiri dari HR selama 4 bulan diberikan 3 kali seminggu (4H3R3). Obat ini diberikan kepada penderita baru BTA negatif dan rotgsen positif sakit ringan. Penderita ekstra paru ringan, yaitu TB kelenjar limfe, TB kulit, TB tulang, sendi dan kelenjar adrenal.

Tabel 3 : Paduan OAT kategori 3

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Tablet isoniazid 300 mg	Tablet rifampicin 450 mg	Tablet pyrazinamid 500 mg	Jumlah hari Menelan obat
Tahap intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	60
Tahap lanjutan (dosis 3 x seminggu)	4 bulan	2	1	-	54

Keterangan : dosis tersebut diatas untuk penderita dengan BB antara 33-50kg

4. Obat sisipan

Bila pada akhir tahap intensif dari pengobatan dengan kategori 1 atau kategori 2 hasil pemeriksaan dahak masih positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan.

Tabel 4 : paduan OAT sisipan

Tahap pengobatan	Lama pengobatan	Tablet isoniazid 300 mg	Tablet rifampicin 450 mg	Tablet pyrazinamid 500 mg	Tablet ethambutol 250 mg	Jumlah hari/kali Obat
Tahap intensif (dosis harian)	1 bulan	1	1	3	3	30

Keterangan : satu paket obat sisipan berisi 30 blister HRZE yang dikemas dalam 1 dos kecil

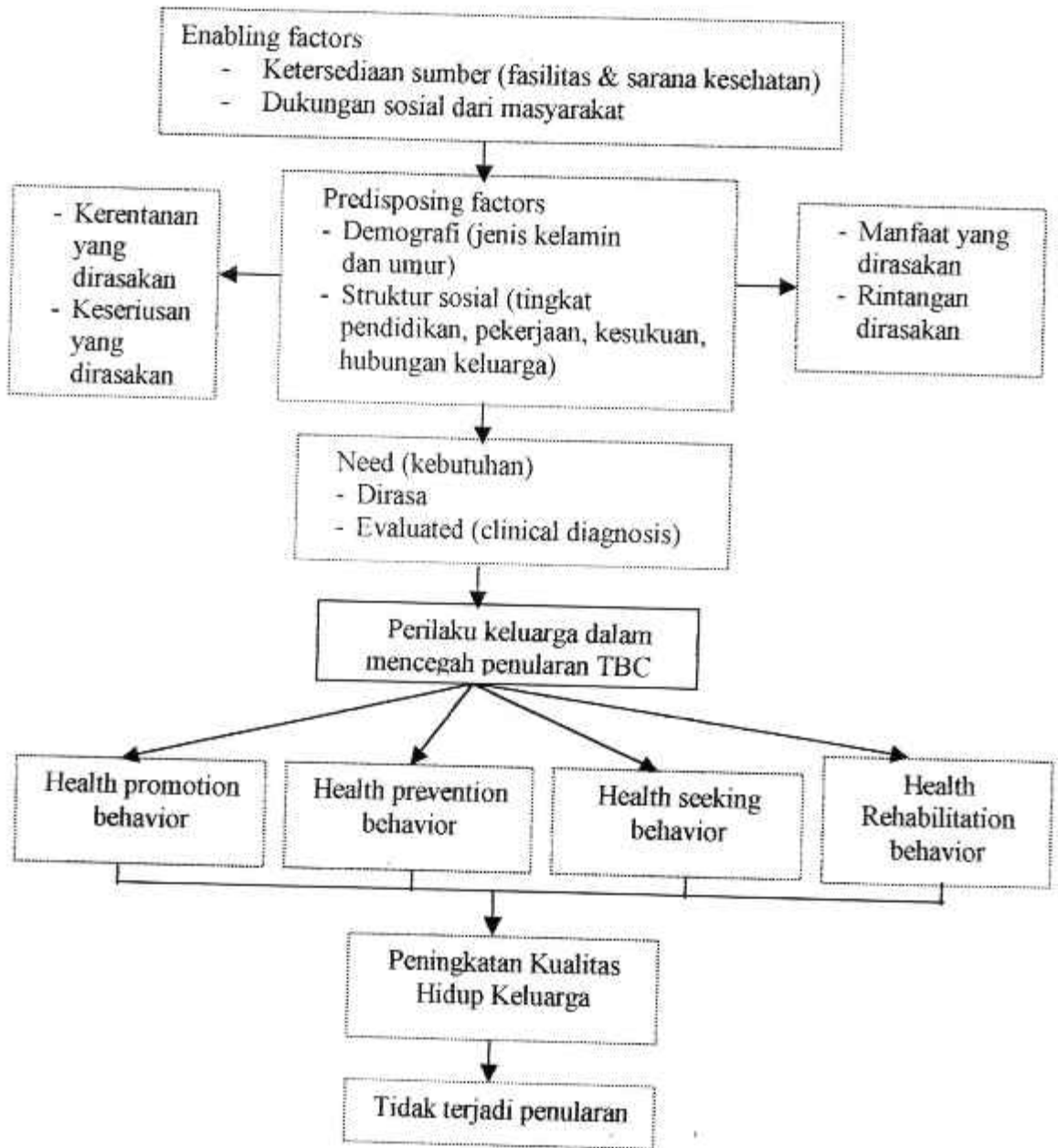
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :
 [Solid Box] : Diteliti
 [Dashed Box] : Tidak diteliti

Green mengatakan bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu : faktor internal dan eksternal . Faktor internal meliputi kepercayaan, nilai, keyakinan, pendidikan, pekerjaan. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan, keyakinan. Faktor ini mempengaruhi berhasil tidaknya upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga.

Dapat disimpulkan bahwa pengetahuan keluarga tentang pencegahan penularan TBC didukung oleh sarana pelayanan kesehatan, media massa, jarak dan faktor pendorong bagi keluarga, sikap dan perilaku, motivasi, pengkondisian. Dari beberapa faktor tersebut dapat membentuk perilaku keluarga terhadap pelayanan yang efektif sehingga terjadi perubahan yang mengarah pada meningkatnya kualitas hidup keluarga.

3.2 Hipotesis

H1 : Ada hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

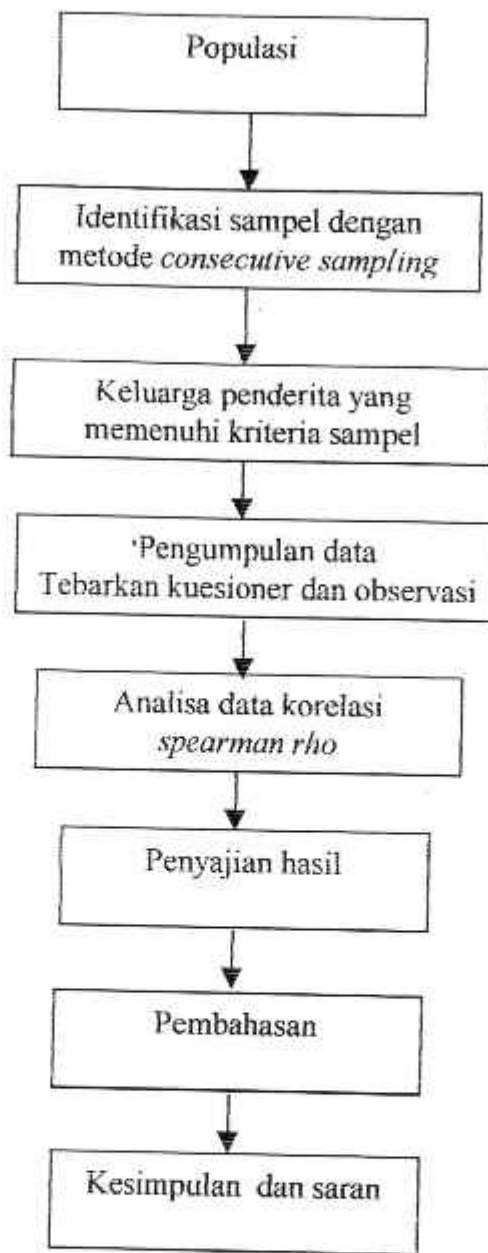
Dalam bab ini akan dijelaskan tentang desain penelitian yang akan digunakan, populasi, sampel, sampling, identifikasi variabel, definisi operasional, pengumpulan dan analisis data.

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu yang sangat penting dalam penelitian yang memungkinkan memaksimalkan kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil. Rancangan ini bisa digunakan sebagai petunjuk dalam merencanakan penelitian untuk mencapai tujuan dan jawaban pertanyaan - pertanyaan (Nursalam, 2003). Desain pada penelitian ini menggunakan “ *Cross Sectional* ” untuk mengidentifikasi apakah ada hubungan antara pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga.

4.2. Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan pentahapan dalam suatu penelitian. Pada kerangka kerja tersebut alur penelitian, terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2003).



Gambaran 4.2 Kerangka kerja penelitian hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya.

4.3. Populasi, Sampel, dan Sampling Penelitian

4.3.1. Populasi

Populasi adalah setiap subyek (pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003). Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga penderita TBC yang tercatat dan berobat jalan di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya.

4.3.2. Sampel

Dalam penelitian ini sampel dilakukan terhadap seluruh obyek populasi atau total populasi (Notoatmodjo, 2002). Sampel penelitian ini adalah keluarga penderita TBC yang tercatat dan berobat di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya, dengan Kriteria sebagai berikut :

1) Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2003) yaitu :

- Keluarga penderita TBC yang berkunjung ke Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya
- Keluarga penderita TBC yang terdaftar berobat di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya
- Keluarga penderita TBC yang bersedia menjadi responden

2) Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena pelbagai sebab (Nursalam, 2003) yaitu :

- Keluarga penderita TBC yang pertama kali berobat

- Tempat tinggal diluar wilayah Klampis Ngasem
- Keluarga penderita yang kurang Kooperatif

3) Besar Sampel

Penentuan besar sampel masuk dalam golongan jumlah populasi < 1000, maka dihitung dengan rumus :

$$n = \frac{N z^2 \alpha p.q}{d^2 (N-1) + z^2 \alpha p.q}$$

Keterangan :

n = Perkiraan besar sampel

N= Perkiraan besar populasi

z = Nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

p = Perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50 %

q = 1-p (100 % - p)

D = Tingkat kesalahan yang dipilih (d= 0,05) .Dikutip dari zainudin M, 2000.

Mengingat jumlah penderita TBC yang mengikuti program pengobatan di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya sebanyak 20 orang penderita maka responden tidak bisa dikembangkan lagi

4.3.3. Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat memenuhi populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian. Sampling dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling* (berurutan) dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria dimasukkan dalam penelitian sampai kurung waktu tertentu, sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi (sastroasmoro, Ismail, 1995. Dikutip Nursalam, 2003).

4.4. Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

4.4.1 Identifikasi Variabel

4.4.1.1 Variabel Independen (Bebas)

Variabel independen adalah variabel yang menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen. Variabel bebas biasanya dimanipulasi diamati dan diukur untuk mengetahui hubungannya atau pengaruh terhadap variabel lain. Dalam ilmu keperawatan variabel bebas biasanya merupakan stimulus atau intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien untuk mempengaruhi tingkah laku klien (Nursalam, 2003). Variabel independen dari penelitian ini adalah pengetahuan

4.4.1.2 Variabel Dependen (Tergantung)

Variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel responden akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel - variabel lain. Dalam ilmu tingkah laku variabel tergantung adalah aspek tingkah laku yang diamati dari suatu organisme yang dikenal stimulus dengan kata lain variabel terikat dalam faktor yang diamati dapat diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2003). Variabel dependen dari penelitian ini adalah upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga.

4.4.2 Definisi Operasional

Variabel ini didefinisikan perlu diidentifikasi secara operasional setiap istilah atau variabel dapat diartikan secara berbeda – beda oleh orang yang berbeda (Nursalam, 2003).

- Variabel bebas : Pengetahuan
- Variabel terikat : Upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga.

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1. Variabel Independen pengetahuan keluarga	Pengetahuan merupakan hasil "Tahu" ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap pencegahan penularan penyakit TBC.	Pengetahuan tentang pencegahan penularan TBC yang meliputi : <ul style="list-style-type: none"> - Tanda dan gejala - Cara pengobatan. - Resiko tertular - Cara mencegah penularan - Penyebaran kuman TBC - Meningkatkan daya tahan tubuh 	Kuesioner	Ordinal	Jawaban benar bobot nilai 3, nilai 2, nilai 1 dan tidak dijawab nilainya 0 76 - 100 % (baik) skor = 3 56- 75 % (cukup) skor = 2 < 56 % (kurang) skor = 1
2. Variabel Dependen Upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga	Pernyataan pendapat dari suatu subjek yang sudah dilakukan dalam perbuatan nyata.	Upaya pencegahan penularan TBC meliputi : <ul style="list-style-type: none"> - Cara pencegahan penularan - Pengawasan terhadap obat - Menyajikan makanan bergizi - Cara batuk dan membuang dahak - Kebersihan lingkungan 	Check list	Ordinal	Jawaban benar bobot nilai 3, nilai 2, nilai 1 dan tidak dijawab nilainya 0 76-100 % (baik) skor = 3 56-75% (cukup) skor=2 < 56 % (kurang) skor = 1

4.5. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya dengan waktu pelaksanaan pengumpulan data bulan Juli 2004.

4.6. Pengumpulan dan Analisis Data

4.6.1. Instrumen Penelitian

Pengumpulan data penelitian ini melalui kuisisioner pada responden yang diteliti dalam bentuk kuisisioner tertutup dan observasi langsung saat pengumpulan data. Instrumen yang digunakan adalah instrumen dari peneliti sendiri. Kuisisioner merupakan daftar pertanyaan yang disusun secara tertulis dalam rangka penelitian data suatu penelitian (Nursalam, 2003).

4.6.2. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuisisioner dan observasi langsung yakni :

1. Pengumpulan data dikumpulkan dengan cara menyebarkan angket kuisisioner pada responden dan langsung dijawab untuk mengetahui tingkat pengetahuan keluarga, dengan menggunakan test obyektif.
2. Data tentang upaya pencegahan penularan dikumpulkan dengan check list caranya observasi langsung pada responden (keluarga) terhadap tindakan pencegahan penularan dilakukan.

4.6.3. Analisis Data

Pengolahan data dilakukan secara tabulasi dengan mengelompokkan sesuai dengan variabel yang diteliti. Jawaban responden dari masing – masing pertanyaan dijumlahkan dan dibandingkan dengan jumlah pertanyaan dan kemudian dikalikan 100 %, hasilnya berupa prosentase. Kemudian hasil prosentase diinterpretasikan dengan menggunakan kriteria kualitatif yaitu :

- 76 – 100 % : Baik, dengan skor = 3
- 56 – 75 % : Cukup, dengan skor = 2
- < 56 % : Kurang, dengan skor = 1

Data yang telah dikumpulkan dianalisis secara sistematis dan disajikan dalam bentuk tabulasi silang antara variabel independen dan dependen dalam uji statistik “ *Corelation Spearman Rho* ” dengan menggunakan bantuan komputer program SPSS 11.00.

Selanjutnya diolah dengan korelasi untuk mengetahui ada hubungan antara pengetahuan dan upaya pencegahan penularan dengan nilai kemaknaan $p \leq 0,05$.

4.7. Etika Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan subyek penelitian pada keluarga penderita TBC di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya sebagai lokasi penelitian. Setelah itu peneliti memenuhi subyek yang akan dijadikan responden untuk menekankan permasalahan meliputi :

1. Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan akan diberikan kepada setiap keluarga penderita yang menjadi subyek dan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian untuk mengadakan penelitian yang akan dilakukan, serta penjelasan akibat – akibat yang akan terjadi bila keluarga penderita bersedia menjadi subyek penelitian. Jika keluarga penderita bersedia maka subyek harus menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda bersedia. Apabila subyek tidak bersedia menjadi responden maka peneliti akan tetap menghormati hak – hak responden.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Nama subyek tidak akan dicantumkan pada lembar pengumpulan data dan untuk mengetahui keikutsertaannya peneliti hanya menggunakan kode dalam bentuk nomor pada masing – masing lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah didapat oleh peneliti dari responden akan dijamin kerahasiaannya. Hanya pada kelompok tertentu saja yang akan peneliti sajikan utamanya dilaporkan pada hasil riset.

4.8. Keterbatasan

Dalam penelitian keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah :

1. Instrumen pengumpulan data dirancang oleh peneliti sendiri tanpa melakukan uji coba, karena itu validitasnya perlu diuji coba lagi.
2. Waktu yang tersedia dalam penelitian ini sangat terbatas, sehingga mempengaruhi penyusunan hasil penelitian sehingga hasilnya kurang maksimal.
3. Dengan instrumen pengumpulan data dalam bentuk kuisioner memungkinkan responden menjawab tidak jujur.
4. Pada sampel penelitian tidak diketahui angka prevelensi penderita TBC sehingga sampel yang digunakan tidak memakai rumus karena responden sebanyak 20 orang.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan mengenai hasil pengumpulan data dari kuesioner dan observasi yang dilaksanakan pada tanggal 17 Juli sampai dengan 25 Juli 2004 di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Sampel pada penelitian ini adalah keluarga penderita TBC yang terdiri dari 20 responden.

Penyajian di mulai dari data umum tentang lokasi penelitian, karakteristik responden dan penderita TBC yang terdiri dari jenis kelamin, usia pendidikan, pekerjaan, hubungan responden dengan penderita dan riwayat pengobatan. Dilanjutkan dengan data khusus yang disajikan berdasarkan variabel yang di ukur meliputi hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat yaitu hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan penyakit TBC dalam keluarga.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Data Umum

5.1.1.1 Gambaran Umum Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya

Puskesmas Klampis Ngasem merupakan salah satu bagian Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan. Pelayanan Puskesmas Klampis Ngasem mencakup 3 Kelurahan yaitu Kelurahan Klampis Ngasem, Gebang Putih, Keputih dengan luas wilayah 17.568 km² dan jumlah penduduk 28.525 jiwa terdiri dari

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa responden memiliki upaya pencegahan penularan TBC terbanyak adalah cukup sebanyak 12 (60%) dan baik sebanyak 7 orang (35 %).

5.1.2.3 Hubungan pengetahuan responden dan upaya pencegahan penularan penyakit TBC dalam keluarga

Tabel 5.14 Hasil analisa hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan penyakit TBC dalam keluarga di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Pengetahuan	Upaya Pencegahan						Total	
	Kurang		Cukup		Baik		Σ	%
	Σ	%	Σ	%	Σ	%		
Kurang	-	0	1	5	-	0	1	5
Cukup	-	0	8	40	-	0	8	40
Baik	1	5	3	15	7	35	11	55
Total	1	5	12	60	7	35	20	100
Spearman Rho : $r = 0,536$ $p = 0,015$								

Berdasarkan hasil tabel diatas dapat dilakukan analisa hubungan antara variabel pengetahuan keluarga dan upaya pencegahan penularan penyakit TBC dalam keluarga di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya dengan menggunakan analisa Spearman, memakai bantuan Windows Program SPSS 11.00

Sesuai analisa Spearman didapatkan nilai Koefisiensi Korelasi $r = 0,536$ dengan tingkat signifikansi $p = 0,015$ kurang dari $p < 0,05$, artinya H_0 di tolak dan H_1 diterima yang berarti ada hubungan antara pengetahuan dan upaya pencegahan penularan penyakit TBC dalam keluarga.

5.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini akan disajikan sesuai tujuan penelitian yaitu identifikasi pengetahuan, upaya pencegahan TBC dalam keluarga dan hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga.

5.2.1 Pengetahuan keluarga tentang pencegahan penularan TBC dalam keluarga

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah seseorang tersebut untuk menerima informasi, baik dari orang lain maupun media massa, semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang di dapat tentang kesehatan (I.M.Mantra, 1994). Dapat di lihat dari pengumpulan data responden berpendidikan SLTP, SLTA dan Perguruan Tinggi sehingga dapat kita ketahui dari rata-rata pengetahuan responden tentang pencegahan penularan TBC dalam keluarga yang tergolong baik sebanyak 11 orang (55%), tergolong cukup sebanyak 8 orang (60%) dari 20 responden.

Pengetahuan atau domain kognitif yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*Overt behavior*). Karena dari pengalaman perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

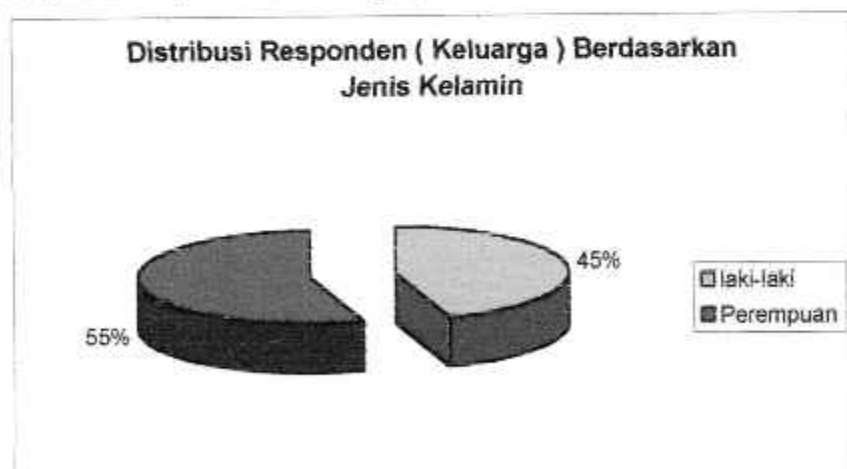
Menurut Rogers (1974) mengemukakan bahwa sebelum mengadopsi perilaku baru dalam diri seseorang akan terjadi proses berturut-turut yaitu *Awareness* (kesadaran) dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui lebih dahulu terhadap stimulus (objek), *Interest* (merasa tertarik), terhadap stimulus atau objek tersebut, *Evaluation* (menimbang-nimbang terhadap baik

14.229 laki-laki dan 14.296 perempuan dengan jumlah dokter 2 orang, dokter gigi 2 orang, perawat 4 orang, bidan 4 orang, perawat gigi 1 orang, petugas gizi 1 orang, asisten apoteker 1 orang dan sanitarian 1 orang. Puskesmas Klampis Ngasem terdiri dari Puskesmas Induk di Kelurahan Klampis Ngasem dengan Pelayanan BP. KIA / KB dan BPG, Puskesmas Pembantu Gebang Putih di Kelurahan Gebang Putih dengan pelayanan BP. KIA / KB dan BPG, Puskesmas Pembantu Keputih di Kelurahan Keputih dengan Pelayanan BP. KIA/KB dan BPG, serta Puskesmas Keliling di Bali RW VI Mleto Kelurahan Klampis Ngasem 1 (satu) minggu sekali setiap hari Rabu.

5.1.1.2 Karakteristik Responden

Keluarga penderita TBC yang menjadi sampel penelitian ini sebanyak 20 responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pemaparan karakteristik responden keluarga penderita TBC di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem akan diuraikan sebagai berikut :

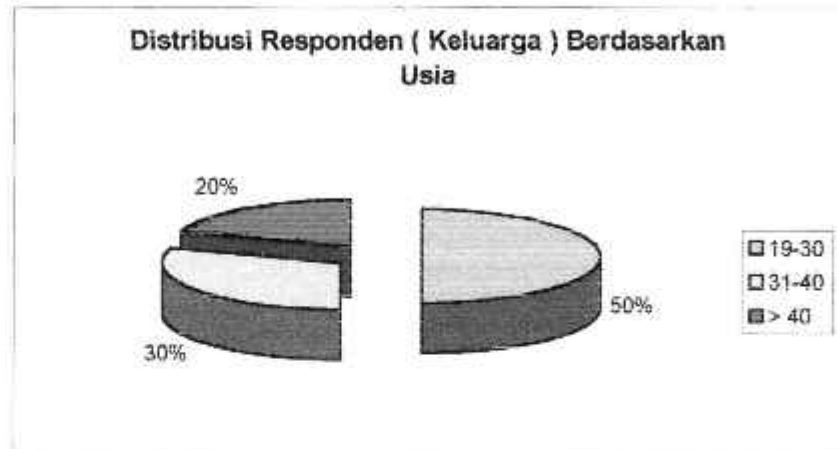
(1) Distribusi Responden (Keluarga) Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.1 Distribusi responden (keluarga) berdasarkan jenis kelamin di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Dari gambar 5.1 didapatkan bahwa responden terbanyak berjenis kelamin perempuan sebanyak 11 orang (55 %) dan laki-laki sebanyak 9 orang (45 %).

(2) Distribusi Responden (Keluarga) Berdasarkan Usia



Gambar 5.2 Distribusi responden (keluarga) berdasarkan usia di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Dari gambar 5.2 didapatkan bahwa responden terbanyak berusia 19 – 30 tahun sebanyak 10 orang (50 %), berusia 31-40 tahun sebanyak 6 orang (30 %) dan berusia > 40 tahun sebanyak 4 orang (20 %).

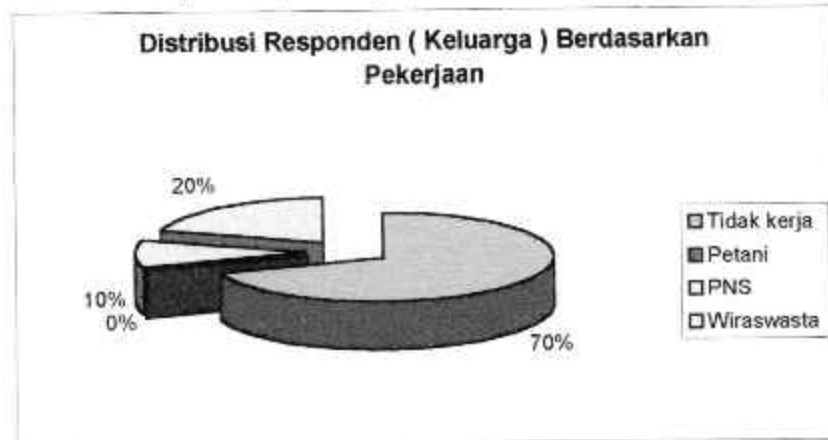
(3) Distribusi Responden (Keluarga) Berdasarkan Tingkat Pendidikan



Gambar 5.3 Distribusi responden (keluarga) berdasarkan tingkat pendidikan di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Dari gambar 5.3 didapatkan bahwa responden terbanyak adalah berpendidikan SLTA sebanyak 7 orang (35 %) dan SLTP sebanyak 6 orang (30 %).

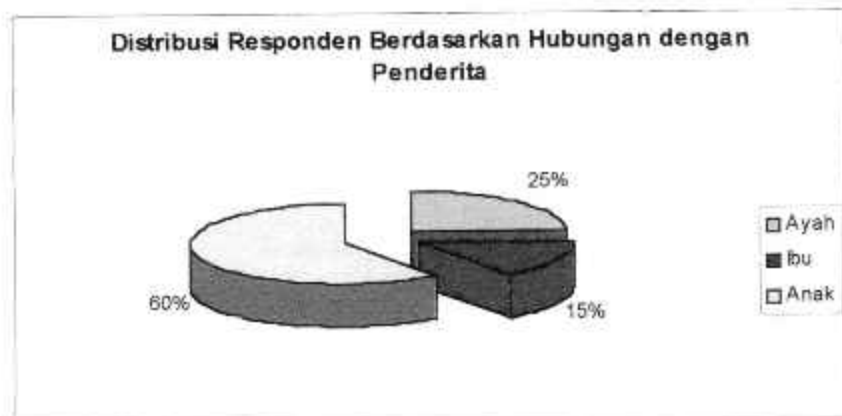
(4) Distribusi Responden (Keluarga) Berdasarkan Pekerjaan



Gambar 5.4 Distribusi responden (keluarga) berdasarkan pekerjaan di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Dari gambar 5.4 didapatkan pekerjaan responden terbanyak adalah tidak bekerja sebanyak 14 orang (70 %) dan wirasawasta sebanyak 4 orang (20 %).

(5) Distribusi Berdasarkan Hubungan Responden dengan Penderita TBC

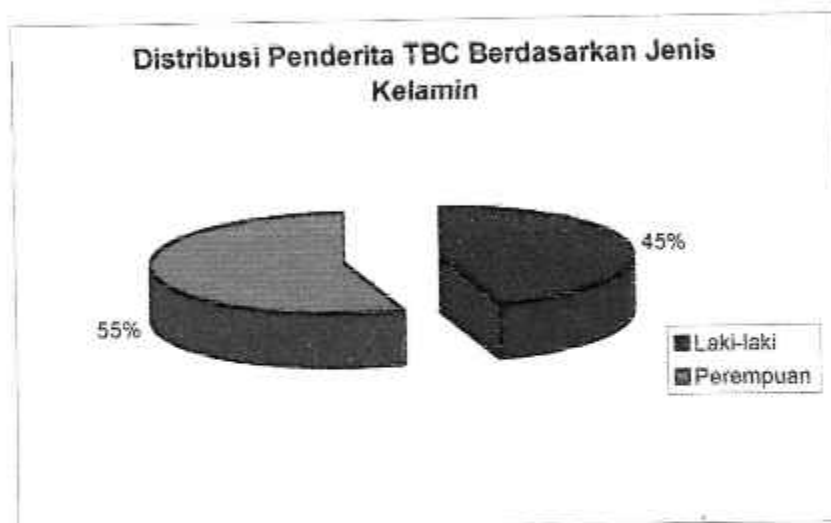


Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan hubungan dengan penderita TBC di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Dari gambar 5.4 didapatkan hubungan responden dan penderita TBC yang terbanyak adalah anak sebanyak 12 orang (60 %) sisanya ayah sebanyak 5 orang (25 %) dan ibu sebanyak 3 orang (15 %).

5.1.1.3 Karakteristik Penderita TBC

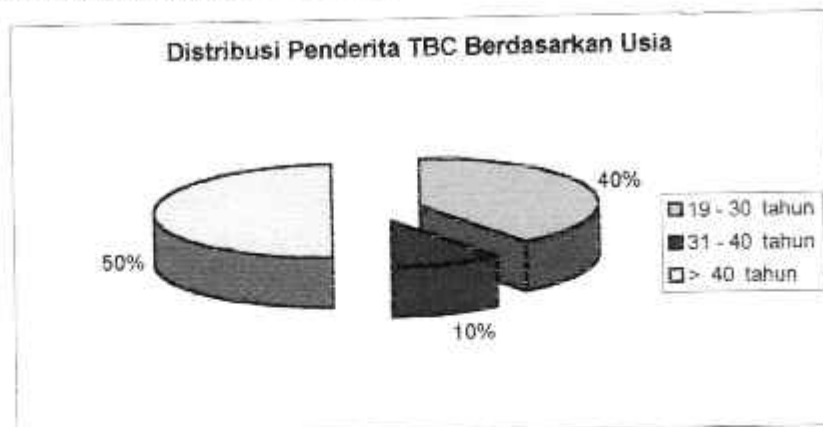
(1) Distribusi penderita TBC berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.6 Distribusi penderita TBC berdasarkan jenis kelamin di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Dari gambar 5.6 didapatkan bahwa penderita TBC terbanyak berjenis kelamin perempuan sebanyak 11 orang (55 %) dan laki-laki sebanyak 9 orang (45 %).

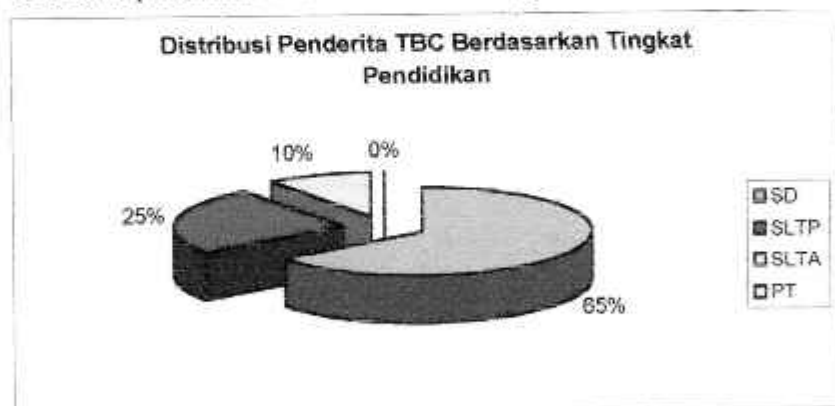
(2) Distribusi penderita TBC berdasarkan Usia



Gambar 5.7 Distribusi penderita TBC berdasarkan Usia di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Dari gambar 5.7 didapatkan bahwa penderita TBC terbanyak berusia > 40 tahun sebanyak 10 orang (50 %), berusia 19 – 30 tahun sebanyak 8 orang (40 %) dan 31 – 40 tahun sebanyak 2 orang (10 %).

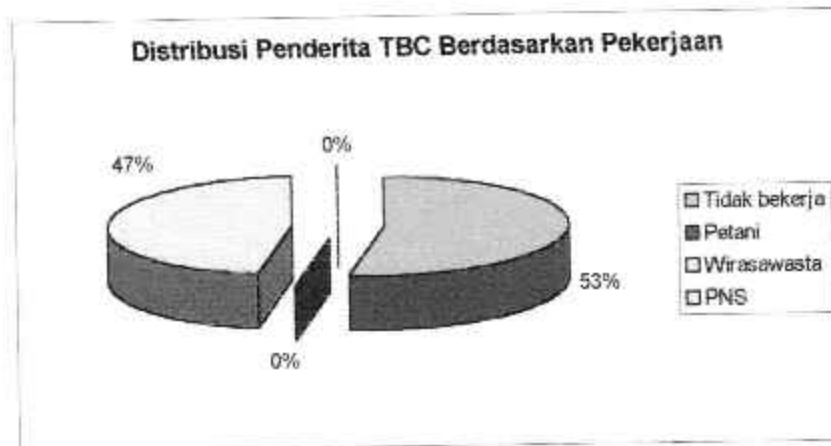
(3) Distribusi penderita TBC Berdasarkan Tingkat Pendidikan



Gambar 5.8 Distribusi penderita TBC berdasarkan tingkat pendidikan di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Dari gambar 5.8 didapatkan bahwa responden terbanyak adalah berpendidikan Sekolah Dasar sebanyak 13 orang (65 %) dan SLTP sebanyak 5 orang (25 %).

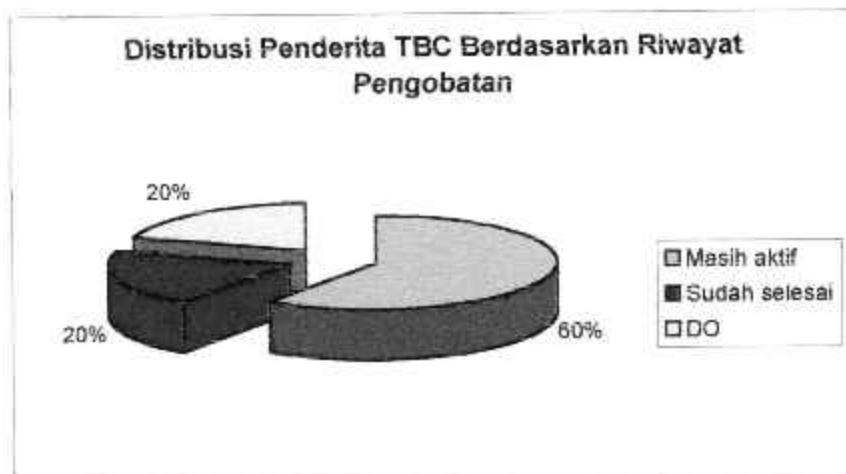
(4) Distribusi Penderita TBC berdasarkan Pekerjaan



Gambar 5.9 Distribusi penderita TBC berdasarkan pekerjaan di wilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Dari gambar 5.9 didapatkan pekerjaan penderita TBC terbanyak adalah tidak bekerja sebanyak 17 orang (85 %) dan wiraswasta sebanyak 3 orang (15 %).

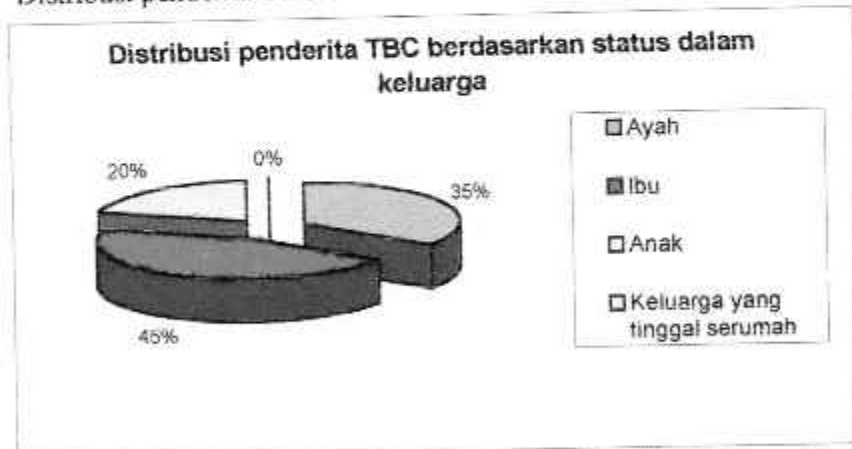
(5) Distribusi Penderita TBC Berdasarkan Riwayat Pengobatan



Gambar 5.10 Distribusi penderita TBC berdasarkan riwayat pengobatan di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Dari gambar 5.10 didapatkan riwayat pengobatan penderita TBC terbanyak yang masih aktif sebanyak 12 (60 %), sudah selesai sebanyak 4 orang (20 %) dan droup out sebanyak 4 orang (20 %).

(6) Distribusi penderita TBC berdasarkan status dalam keluarga



Gambar 5.11 Distribusi penderita berdasarkan status dalam keluarga di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

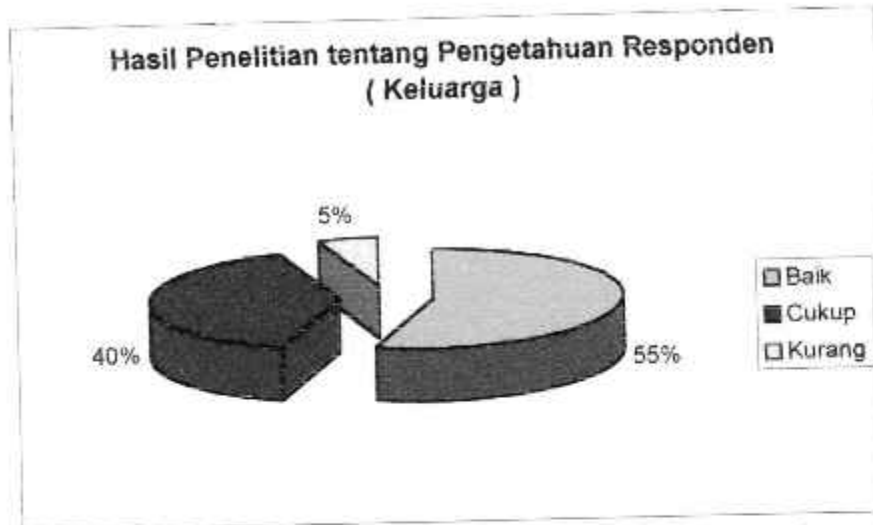
Dari gambar diatas didapatkan bahwa penderita terbanyak adalah ibu sebanyak 9 orang (45 %), sisanya ayah sebanyak 7 orang (35 %) dan anak sebanyak 4 orang (20 %).

5.1.2 Data Khusus

Pada bagian ini dibahas tentang pengetahuan, upaya pencegahan penularan penyakit TBC, hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan penyakit TBC.

5.1.2.1 Pengetahuan

Hasil penelitian tentang pengetahuan responden (keluarga) dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

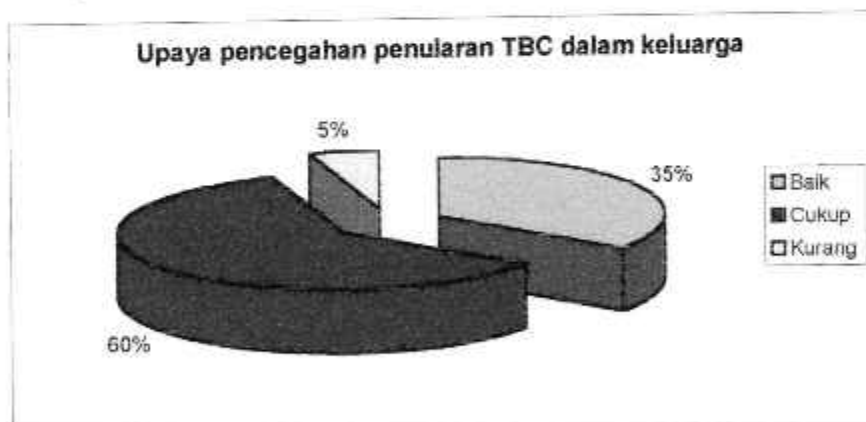


Gambar 5.12 Distribusi responden tentang tingkat pengetahuan di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

Dari gambar diatas dapat di lihat bahwa responden memiliki pengetahuan baik sebanyak 11 orang (55 %) dan cukup sebanyak 8 orang (40 %).

5.1.2.2 Upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga.

Hasil penelitian dapat dilihat pada gambar dibawah ini :



Gambar 5.13 Distribusi responden (keluarga) tentang upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga diwilayah Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya Juli 2004.

tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya, *Trial* dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus. *Adoption* dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikap terhadap stimulus.

Pengetahuan atau pemahaman hanya dapat diperoleh melalui proses belajar. Pengetahuan keluarga tentang upaya pencegahan penularan TBC dapat diperoleh dari pengalaman, informasi atau penyuluhan kesehatan yang berhubungan dengan penyakit TBC.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng. Pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif adalah tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi.

5.2.2. Upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa ada perilaku yang kurang ini dapat dipahami karena bila ditinjau dari teori WHO mengatakan bahwa untuk terwujudnya sikap menjadi suatu buatan ini disebabkan oleh beberapa alasan antara lain, banyak dan sedikitnya pengalaman orang lain situasi yang kurang mendukung, pengalaman orang lain, banyak dan sedikitnya pengalaman seseorang dan nilai (*value*) yang dianut oleh keluarga. Dapat kita lihat pada hasil penelitian tentang Upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga yang tergolong baik sebanyak 7 orang (35%), sedangkan tergolong cukup sebanyak 12 orang (60%) dari 20 responden.

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*Overt behavior*). Untuk terwujud sikap menjadi perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Disamping fasilitas juga diperlukan faktor pendukung (*support*) dari pihak lain, misalnya suami, istri, orang tua, atau mertua penting untuk mendukung praktek.

Setelah orang mengetahui stimulus atau objek kesehatan kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekannya apa yang diketahui. Oleh sebab itu indikator praktek kesehatan ini juga mencakup hal-hal tersebut diatas yakni tindakan (praktek) sehubungan dengan penyakit misalnya pencegahan penyakit, melakukan anjuran-anjuran dokter, berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan, penyembuhan penyakit dengan cara minum obat sesuai petunjuk dokter, tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan seperti makan makanan bergizi, melakukan olah raga secara teratur, tidak merokok, tidak minum minuman keras dll. Tindakan pemeliharaan kesehatan lingkungan seperti kebersihan rumah, sekitar tempat tinggal, membuang sampah di tempat sampah dll. (Notoatmodjo, 2003).

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni jam, hari, bulan yang lalu. Pengukuran Yang dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

5.2.3 Hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa dengan pengetahuan baik 55 % sehingga upaya pencegahan penularan dapat dilakukan dengan hasil cukup 60 % dengan demikian terdapat hubungan antara pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga diukur dengan menggunakan uji statistik "*Spearman Rho*" dengan tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$. Hasil uji statistik menunjukkan nilai signifikan 0,015. Hal ini berarti ada hubungan yang signifikan dengan interpretasi korelasi termasuk cukup.

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan (Notoatmodjo, 2003). Respon atau reaksi manusia, baik bersifat pasif (pengetahuan, sikap, persepsi) maupun bersifat aktif (tindakan yang nyata atau practice).

Perilaku manusia itu sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Menurut Bloom (1908) membagi perilaku itu ke dalam 3 domain (ranah / kawasan). Meskipun kawasan – kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagiannya terdiri dari tiga domain perilaku yakni ranah kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotor.

Pengetahuan baru pada obyek tersebut dan selanjutnya menimbulkan respon batin dalam bentuk sikap subjek terhadap objek yang diketahui itu. Akhirnya objek yang telah diketahui dan di sadari sepenuhnya tersebut akan menimbulkan respon lebih jauh lagi yaitu berupa tindakan (practice). Adanya kesadaran dari keluarga akan manfaat dan pentingnya upaya pencegahan

penularan TBC dalam keluarga, apabila keluarga mau dan mampu melakukan pencegahan penularan maka resiko tertular pada anggota keluarga lain sangat sedikit.

Dalam upaya pencegahan penularan penyakit TBC yang optimal perlu dukungan baik dari keluarga, masyarakat maupun petugas kesehatan dengan cara memberikan penyuluhan dan menempel poster tentang penyakit TBC pencegahan dan resiko penularan. Ini merupakan cara untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dan penderita dengan memberikan informasi – informasi yang bermanfaat. Secara tidak langsung hal ini dapat dijadikan sebagai suatu motivasi yang dapat meningkatkan upaya pencegahan penularan dalam keluarga.

Perilaku sehat dapat terbentuk karena berbagai pengaruh atau rangsangan yang berupa pengetahuan, sikap, pengalaman, keyakinan, sosial budaya, sarana fisik. Pengaruh ini bersifat internal dan eksternal dan diklasifikasikan menjadi faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan yaitu individu, keluarga, kelompok atau masyarakat yang mempermudah keluarga untuk berperilaku seperti pengetahuan, sikap, nilai, persepsi dan keyakinan sedangkan faktor pemungkin merupakan faktor yang memungkinkan individu berperilaku, karena tersedianya sumber daya, keterjangkauan, rujukan dan ketrampilan, faktor penguat merupakan faktor yang menguatkan perilaku seperti sikap dan ketrampilan petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua dan majikan (Notoatmodjo, 203).

5.2.4. Keterbatasan penelitian

dalam penelitian ini ada beberapa hal yang menjadi keterbatasan atau kekurangan, yaitu :

- 1). Penelitian hanya 1 (satu) kali melalui evaluasi langsung saat pengumpulan data.
- 2). Peneliti tidak meneliti perubahan perilaku secara keseluruhan yaitu sikap karena keterbatasan waktu.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6**KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan disajikan hasil kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang hubungan pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga sebagai berikut :

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka disimpulkan sebagai berikut :

- 1) Tingkat pengetahuan keluarga tentang pencegahan penularan TBC dalam keluarga sebagian besar berpengetahuan baik sebanyak 11 orang (55 %), cukup sebanyak 8 orang (40%) dan kurang sebanyak 1 orang (5%) dari 20 responden.
- 2) Upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga sebagian besar nilainya adalah cukup 12 orang (60 %), baik sebanyak 7 orang (35%) dan kurang 1 orang (5%) dari 20 responden.
- 3) Ada hubungan yang cukup bermakna antara pengetahuan dan upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga ($r=0,536$) dan derajat kemaknaan atau signifikan $p = 0,015$.

6.2 Saran

- 1) Untuk meningkatkan pengetahuan keluarga penderita TBC yang berkunjung ke Puskesmas tentang pencegahan penularan TBC perlu peran serta aktif petugas kesehatan untuk memberikan penyuluhan kesehatan.
- 2) Perlu adanya penyebaran informasi dari Puskesmas kepada keluarga dan penderita tentang upaya pencegahan penularan TBC dalam keluarga baik berupa penyuluhan, pemberian leaflet dan pemasangan poster tentang TBC.
- 3) Perlu dilaksanakan penelitian lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pencegahan penularan penyakit TBC dalam keluarga dengan variabel yang sama maupun berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto S (1999), *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi Revisi V Rineka Cipta, Jakarta.
- Bahar Asril (2003), *Buku Ajar Penyakit Dalam*, Edisi Ketiga, EGC, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (2000), *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (2001), *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (1999), *Rencana Pemabangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (1999), *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*, Jakarta.
- Danusantoso Halim (2000), *Ilmu Penyakit Paru*, Hipokrates, Jakarta.
- Herawani dkk (1999), *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*, EGC Jakarta
- Heri Purwanto (1999), *Pengantar Perilaku Manusia Untuk Keperawatan*, EGC Jakarta
- Indan Entjang (2000) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Bandung
- JF Palilingan (2004) *Simposium Nasional Tuberculosis UPDATE*, Surabaya.
- Marilyn, M Friedman (1998), *Keperawatan Keluarga*, EGC Jakarta
- Muhamad Amin (1998), *Ilmu Penyakit Paru*, Airlangga University Press, Surabaya
- Nasrul Effendy (1998), *Dasar- Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, Edisi 2, EGC Jakarta
- Nursalam (2003), *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta
- Nursalan dan Pariani Siti (2001), *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, CV. Segung Seto, Jakarta.
- Notoatmodjo .S. (1995), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta

- Notoatmodjo S (1995), *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo S (1995), *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Rineka Cipta, Jakarta
- Nur.N. Noor(1997), *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta
- Program Studi Ilmu Keperawatan FK UNAIR (2002) *Pedoman Penyusunan Proposal Dan Skripsi*. UNAIR Surabaya
- Sugiyono (2003) *Statistik Untuk Penelitian*, Alfabeta, Bandung
- Suliha UHA (2002) *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*, EGC, Jakarta
- Wijaya (2000), *Statistik Non Parametrik (Aplikasi Program SPSS)*, Alfabeta Bandung
- _____ , (2004) *Laporan P2 Kapus Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular 2003*. Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya.
- _____ , (2002) *Laporan Profil Tahun 2001*, Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

LAMPIRAN



PROGRAM STUDI D.IV PERAWAT PENDIDIK

Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Facs : 5022472

Telp. (031) 5012496 - 5020251 - 5030252 - 5030253 Kode Pos : 60131

Surabaya, 1 Juli 2004

Nomor : *428* /J03.1.17/PSIK & DIV PP/ 2004
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data
Mahasiswa DIV- Perawat Pendidik - FK Unair

Kepada Yth.
Kepala Puskesmas Klampis Ngasem
Kecamatan Sukolilo, Surabaya

Di
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi DIV Perawat Pendidik 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 : OCTOVINA ONA HELEN TAWARU.....
NIM : 010310364 R.....
Judul Penelitian : HUBUNGAN PENGETAHUAN KELUARGA DENGAN PENCEGAHAN
PENULARAN TBC DALAM KELUARGA DI PUSKESMAS KLAMPIS
NGASEM. KECAMATAN SUKOLILO KOTA SURABAYA
Tempat : PUSKESMAS KLAMPIS NGASEM.....

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program Studi

Prof. Eddy Soewandojo, dr., Sp.PD, KTI
NIP.: 130 325 831

Tembusan :

1. Sdr. Octovina Ona Helen Tawaru

2. ArsipSKRIPSI

HUBUNGAN PENGETAHUAN ... OCTOVINA ONA HELEN TAWARU

PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS KLAMPIS NGASEM.
Jl. Arif Rahman Hakim No. 99 B. Telp. 5992389
S u r a b a y a

SURAT IJIN
SURVEY/PENELITIAN
NOMOR;072/18/402.4.8.29/2004

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Puskesmas Klampis Ngasem memberikan ijin penelitian kepada :

Nama : OCTOVINA HELEN TAWARU
NIM : 010310364 R

Untuk melakukan pengumpulan data dalam rangka penelitian keperawatan dengan judul
“ **HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN UPAYA PRNCEGAHAN PENULARAN
PENYAKIT TBC DALAM KELUARGA** “

Demikian surat ijin diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 6 Juli 2004

Kepala Puskesmas
Klampis Ngasem



Dr. INA ANIATI

Nip. 140 139 387

Lampiran 4

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan :

Nama : Octovina Ona Helen Tawaru

Nim : 010310364 R

Mahasiswa D-IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Yang berjudul : Hubungan Pengetahuan dan Upaya Pencegahan Penularan TBC Dalam Keluarga di Puskesmas Klampis Ngasem Surabaya.

Tanda tangan saya dibawah ini menunjukkan saya telah diberi informasi dan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surabaya, 2004

Responden

(.....)

Tanda Tangan Tanpa Nama

LEMBAR KUESIONER**PENGETAHUAN DAN UPAYA PENCEGAHAN PENULARAN TBC
DALAM KELUARGA
DI PUSKESMAS KLAMPIS NGASEM KECAMATAN SUKOLILO
SURABAYA**

Petunjuk : Berilah (√) dan isilah kotak sesuai dengan pendapat anda.

Nomor Responden :

Hari/tgl. :

Waktu/jam :

DATA DEMOGRAFI

DATA	ANGGOTA KEUARGA	YANG MENDERITA
1. Status dalam keluarga	<input type="checkbox"/> ayah, <input type="checkbox"/> ibu, <input type="checkbox"/> anak, <input type="checkbox"/> keluarga yang tinggal serumah	<input type="checkbox"/> Ayah, <input type="checkbox"/> ibu <input type="checkbox"/> Anak, <input type="checkbox"/> keluarga yang tinggal seruma
2. Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> laki-laki <input type="checkbox"/> perempuan	<input type="checkbox"/> laki-laki <input type="checkbox"/> perempuan
3. Usia	<input type="checkbox"/> tahun	<input type="checkbox"/> tahun
4. Pendidikan	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SLTP <input type="checkbox"/> SLTA <input type="checkbox"/> PT
5. Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> Petani <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Wiraswasta	<input type="checkbox"/> Tidak bekerja <input type="checkbox"/> Petani <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Wiraswasta

<p>6. Riwayat penyakit</p> <ul style="list-style-type: none">- batuk-batuk < 2 minggu- berat badan <p>7. Mulai sakit kapan : tanggal, bulan, tahun</p> <p>8. Mulai pengobatan Kapan : Tanggal, Bulan, tahun</p> <p>9. Sekarang masih berobat</p> <ul style="list-style-type: none">- masih aktif- sudah selesai- DO <p>10. Putus berobat</p> <ul style="list-style-type: none">- mulai kapan- mengapa		
--	--	--

LEMBAR KUESIONER**1. Pengetahuan**

Petunjuk : Berilah tanda (\checkmark) sesuai dengan pendapat anda, pilihan lebih dari satu dan dijawab dengan jujur.

1. Gejala penyakit TBC adalah.....
 1. Batuk terus menerus selama 3 minggu.
 2. Berat badan menurun.
 3. Kurang nafsu makan.
2. Penyakit TBC merupakan penyakit yang dapat disembuhkan dengan cara.....
 1. Mengikuti program sampai selesai.
 2. Konsumsi nutrisi yang bergizi.
 3. Berobat rutin ke dokter praktek.
3. Cara pencegahan penularan penyakit TBC adalah
 1. Waktu batuk menutup mulut dengan kain.
 2. Tidak membuang dahak di sembarang tempat.
 3. Dahak di tampung di tempat tertutup.
4. Yang resiko tertular penyakit TBC adalah.....
 1. Keluarga yang tinggal serumah.
 2. Keluarga yang selalu kontak dengan penderita.
 3. Keluarga yang tidur sekamar dengan penderita.

5. Pencegahan penularan pada keluarga lain dengan cara.....
- 1. Memisahkan alat makan dan minum.
 - 2. Kamar tidur penderita terpisah dnegan keluarga.
 - 3. Waktu batuk menutup mulut dengan kain.
6. Kuman TBC dapat bertahan hidup lama pada.....
- 1. Suhu yang lembab.
 - 2. Kurang cahaya matahari.
 - 3. Penghuni yang padat.
7. Penyebaran penyakit TBC dapat melalui.....
- 1. Melalui dahak penderita.
 - 2. Batuk tidak menutup mulut.
 - 3. Lewat saluran pernafasan.
8. Kuman TBC tidak dapat hidup lama apabila....
- 1. Sinar matahari masuk ke dalam rumah.
 - 2. Ventilasi yang cukup.
 - 3. Sirkulasi udara lancar.
9. Pemeriksaan dahak atau sputum dilakukan pada ..
- 1. Awal pengobatan
 - 2. Akhir pengobatan
 - 3. Putusnya pengobatan
10. Meningkatkan daya tahan tubuh penderita dengan cara..
- 1. Makan makanan yang bergizi.
 - 2. Istirahat yang cukup.
 - 3. Kurangi kerja berat.

LEMBAR CHECK LIST**2. PSIKOMOTOR**

LEMBAR OBSERVASI : UPAYA PENCEGAHAN PENULARAN PADA
KELUARGA LAIN.

1. Upaya pencegahan penularan dilakukan.....
 1. Isolasi alat makan dan minum.
 2. Tidur terpisah dengan penderita.
 3. Menyediakan tempat tertutup untuk menampung dahak.
2. Upaya agar kuman TBC tidak tertular kepada keluarga lain.....
 1. Saat batuk menutup mulut dengan kain.
 2. Tidak membuang dahak di sembarang tempat.
 3. Dahak ditampung ditempat tertutup.
3. Saat batuk dan berdahak agar.....
 1. Tidak berhadapan dengan keluarga lain
 2. Menutup mulut dengan kain.
 3. Membuang dahak pada tempat yang telah disediakan.
4. Upaya mencegah agar tidak terjadi penularan pada keluarga.....
 1. Membuka pintu dan jendela pada siang hari.
 2. Menjemur perlengkapan tidur seminggu sekali.
 3. Menjaga agar tidak selalu kontak dengan penderita.
5. Mempertahankan daya tahan tubuh penderita dengan.....
 1. Makan makanan yang bergizi.
 2. Banyak istirahat.
 3. Mengurangi kerja berat.

6. Upaya terhadap perlengkapan tidur
- 1. 2 seminggu sekali.
 - 2. Seminggu sekali.
 - 3. Sebulan kali.
7. Upaya terhadap pengobatan.....
- 1. Minum obat sesuai aturan.
 - 2. Mengikuti program pengobatan.
 - 3. Ke Puskesmas bila obat habis.
8. Upaya mempercepat penyembuhan adalah
- 1. Memeriksa diri ke Puskesmas.
 - 2. Minum obat secara teratur.
 - 3. Tidak putus ikut program.
9. Membuka pintu dan jendela pada pagi dan siang agar...
- 1. Cahaya matahari masuk ke dalam rumah.
 - 2. Sirkulasi udara lancar.
 - 3. Suhu tidak lembab.
10. Upaya keluarga untuk menyajikan makanan yang bervariasi agar.....
- 1. Menambah selera makan.
 - 2. Tidak merasa bosan.
 - 3. Tidak merasa mual dan muntah.

Lampiran 6

TABULASI HASIL PENELITIAN
PENEGTAHAUN DAN UPAYA PENCEGAHAN PENULARAN TBC
DALAM KELUARGA DI PUSKESMAS KLAMPIS NGASEM SURABAYA
PADA TANGGAL 17 JULI SAMPAI DENGAN 25 JULI 2004

1. DATA RESPONDEN (KELUARGA)

Nomor responden	Jenis kelamin	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Status dalam keluarga	Pengetahuan	Upaya pencegahan
1	1	3	3	4	1	1	2
2	2	1	4	1	3	2	2
3	2	2	3	3	3	1	2
4	2	1	3	1	3	1	3
5	2	2	2	1	3	3	2
6	2	3	1	1	2	1	1
7	2	1	4	1	3	2	2
8	1	1	2	4	1	1	1
9	2	1	2	1	2	1	1
10	1	1	3	4	1	2	2
11	1	2	1	3	3	2	2
12	1	1	4	1	3	1	1
13	2	2	2	1	3	2	2
14	1	2	1	4	1	2	2
15	2	2	2	1	3	2	2
16	2	1	2	1	2	1	2
17	1	1	3	1	3	1	2
18	1	3	1	1	1	2	2
19	2	1	3	1	3	1	1
20	1	1	3	1	3	1	1
Keterangan	Laki-laki = 1 Perempuan = 2	19-30=1 31-40=2 >40 = 3	SD = 1 SLTP = 2 SLTA = 3 PT = 4	Tidak bekerja = 1 Tani = 2 PNS=3 Wiraswasta=4	Ayah=1 Ibu=2 Anak=3 Keluarga lain yang tinggal serumah=4	Baik=1 Cukup=2 Kurang=3	Baik=1 Cukup=2 Kurang=3

1. DATA PENDERITA TBC

Nomor responden	Jenis kelamin	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Status dalam keluarga	Riwayat pengobatan
1	2	1	3	1	2	1
2	2	3	1	1	2	2
3	1	3	1	4	1	2
4	2	3	1	1	2	1
5	2	1	2	4	3	1
6	1	1	3	1	3	3
7	1	3	1	1	1	1
8	2	1	2	1	2	1
9	2	1	2	1	3	1
10	2	1	2	1	3	1
11	1	3	1	1	1	1
12	1	3	1	1	1	1
13	2	3	1	1	2	2
14	2	1	1	1	2	1
15	2	2	1	1	2	2
16	1	1	2	4	1	3
17	1	2	1	1	1	3
18	2	3	1	1	2	1
19	1	3	1	1	1	3
20	1	3	1	1	1	1
Keterangan	Laki-laki=2 Perempuan=2	19-30 thn=1 31-40 thn=2 > 40 thn=3	SD = 1 SLTP = 2 SLTA = 3 PT = 4	Tidak bekerja = 1 Petani = 2 PNS = 3 Wiraswasta = 4	Ayah=1 Ibu=2 Anak=3 Keluarga yang tinggal serumah=4	Aktif=1 Selesai=2 DO=3

Frequencies

Statistics

	Pengetahuan	Upaya Pencegahan
N	Valid 20	Valid 20
	Missing 0	Missing 0

Frequency Table

Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5.0	5.0	5.0
	8	40.0	40.0	45.0
	11	55.0	55.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Upaya Pencegahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5.0	5.0	5.0
	12	60.0	60.0	65.0
	7	35.0	35.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Nonparametric Correlations

Correlations

Spearman's rho	Pergetahuan	Correlation Coefficient	Pergetahuan	Upaya Pencegahan
			1,000	.536*
		Sig. (2-tailed)		.015
		N	20	20
	Upaya Pencegahan	Correlation Coefficient	.536*	1,000
		Sig. (2-tailed)	.015	
		N	20	20

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Crosstabs

Case Processing Summary

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pergetahuan *	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%
Upaya Pencegahan						

Pergetahuan * Upaya Pencegahan Crosstabulation

Count

	Upaya Pencegahan			Total
	1.00	2.00	3.00	
Pergetahuan	1.00	2.00	3.00	
	1	8	11	20
	1	3	7	11
	1	12	7	20
Total				
	1	1	1	3
	1	1	1	3
	1	1	1	3