

# **SKRIPSI**

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN  
DENGAN PERILAKU KELUARGA KLIEN TB PARU  
DALAM MENCEGAH PENULARAN DI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS PAGESANGAN  
KOTA MATARAM TAHUN 2002**

**PENELITIAN DESKRIPTIF**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk Menyelesaikan  
Pendidikan Sarjana Sains Terapan (S.ST) Perawat Pendidik  
Keperawatan Komunitas  
Pada Program Studi D-IV Perawat Pendidik**



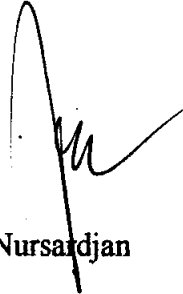
**Oleh :**

**NURSARDJAN  
NIM : 010110356 R**

**PROGRAM STUDI D-IV PERAWAT PENDIDIK  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2003**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jejang pendidikan di perguruan tinggi manapun.



**Nursardjan**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI**

**Pada tanggal : 3 Februari 2003**

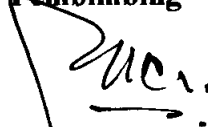
**Oleh :**

**PEMBIMBING KETUA**



**DR. I.K. Sudiana**  
**NIP. 130 877 636**

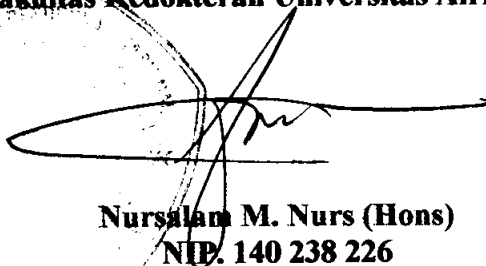
**Pembimbing**



**I Made Sutarna, SKM., M.Kes**  
**NIP 140 065 963**

**Mengetahui**

**a.n. Ketua Program Studi D-IV Perawat Pendidik  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



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

**LEMBAR PENGESAHAN**

Telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Sidang Skripsi  
Pada Program Studi D-IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran  
Universitas Airlangga Surabaya

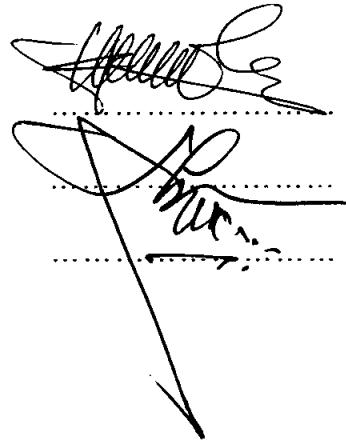
Pada Tanggal : 14 Februari 2003

Tim Penguji :

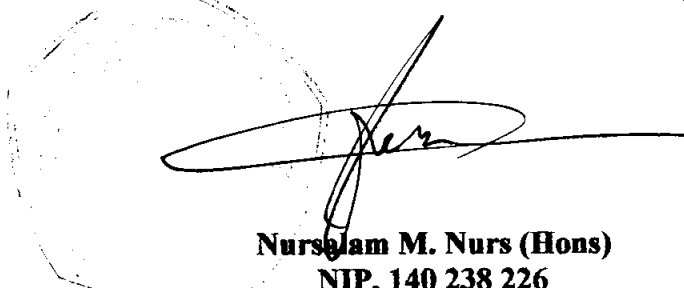
Ketua : ESTY YUNITASARI, S.Kp

Anggota : 1. Dr. I.K. SUDIANA

2. I. MADE SUTARNA, SKM., M.Kes

Handwritten signatures of the examiners, including the chair and two members, with dotted lines below them.

**Mengetahui**  
**a.n. Ketua Program Studi D-IV Perawat Pendidik**  
**Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**

A handwritten signature and a circular stamp of the chair, Nursalam M. Nurs (Hons).

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

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Keluarga Klien TB Paru Dalam Mencegah Penularan Di Wilayah Kerja Puskesmas Pagesangan Kota Mataram” sebagai syarat menyelesaikan pendidikan pada program studi D-IV Perawat Pendidik Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Dengan selesainya skripsi ini, perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr. SP. THFT, Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas pada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program studi D-IV Perawat Pendidik Ilmu Keperawatan Di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
2. Prof. Dr. Eddy Soewandoyo, dr. SpPD, Ketua Program Studi D-IV Perawat Pendidik Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
3. Dr. Reny Bunyamin, M.PH, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Mataram yang telah memberikan ijin pada penulis dalam melakukan penelitian dan pengambilan data.
4. DR. I.K. Suidiana selaku Pembimbing Utama yang telah banyak memberikan bimbingan, petunjuk dan saran selama penelitian dilakukan.

5. I Made Sutarna, S.KM, M.Kes selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, petunjuk dan saran selama penelitian dilakukan.
6. Kepala Puskesmas Pagesangan Kota Mataram yang telah memberikan kesempatan pada penulis dalam melakukan penelitian dan pengambilan data.
7. Semua anggota keluarga Klien TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Pagesangan Kota Mataram bulan November 2002 yang telah bersedia menjadi responden.
8. Istri dan ketiga anakku tercinta, Imad, Indah dan Opi yang selalu memberikan dorongan maupun doa dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Semua teman D-IV Bidang kekhususan keperawatan komunitas angkatan VI dan pihak lain yang telah membantu dan memberikan saran untuk kelancaran penulisan skripsi ini.

Penulis menyadari masih terdapat kekurangan dalam penulisan ini sehingga penulis mengharapkan kritik maupun saran yang bersifat positif demi kesempurnaannya

Semoga tulisan ini berguna untuk kemajuan profesi tercinta.

Surabaya, 31 Oktober 2002

Penulis

## ABSTACT

The Lungs Tuberculosis problems is infection disease caused by microbe *Mycobacterium Tuberculosis* and i.e. under path respiration disease. Problems of lungs tuberculosis disease is matter of healthy community. The observation has purpose to study association between knowledge level and family behavior of lungs tuberculosis client to prevent infection at work area Puskesmas Pagesangan, Mataram city 2002.

Observation design applied is cross sectional, sample taken from family of lungs tuberculosis client at work area Puskesmas Pagesangan, Mataram city 2002 with number of sample 40 person. Data serve table form crossing by chi square on SPSS 8. computer window program with significant level designed  $\alpha = 0.05$ . Observation result get, female respondent (55%), 16-25 years old (22.5%), 26-55 years old (77.5%), more than 55 years old (0%). SMP/ SMU education level (60%), without education (7.5%), private work (45%), PNS (25.5%) . Number of respondent family association as child (52.5%), knowledge level enough (95%), respondent behavior: active behavior (85%), association between knowledge level and active behavior (87.5%).

Statistical test result  $\alpha$  Chi Square indicate that there is association significantly between knowledge level and family behavior of lungs tuberculosis client to prevent infection at work area Puskesmas Pagesangan, Mataram city 2002.

Be get conclusion that knowledge level influence family behavior of lungs tuberculosis client, in this case knowledge enough will help behavior family behavior of lungs tuberculosis client

**Keywords : Knowledge level, behavior, prevention**

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	
Halaman Pernyataan .....	ii
Halaman Persetujuan .....	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji .....	iv
Ucapan Terima Kasih .....	v
Abstrak .....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel .....	x
Daftar Lampiran .....	xi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Perumusan Masalah .....	4
1.3. Tujuan Penelitian .....	4
1.4. Manfaat Penelitian .....	5
1.5. Relevansi .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>6</b>
2.1. Konsep Pengetahuan .....	6
2.2. Konsep Perilaku .....	9
2.3. Konsep Tuberkulosis.....	16
<b>BAB3 KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>	<b>27</b>
3.1 Kerangka Konseptual .....	27
3.2 Hipotesa Penelitian.....	28



<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>29</b>
4.1. Desain Penelitian .....	29
4.2. Kerangka Kerja.....	29
4.3. Identifikasi Variabel.....	30
4.4. Definisi Operasional.....	31
4.5. Sampling Desain.....	33
4.6. Pengumpulan Data .....	34
4.7. Analisa Data .....	34
4.8. Etika Penelitian .....	35
4.9. Keterbatasan .....	36
<b>BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>37</b>
5.1. Hasil Penelitian .....	37
5.2. Pembahasan .....	44
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>49</b>
6.1 Kesimpulan .....	49
6.2 Saran .....	50
<b>Daftar Pustaka .....</b>	<b>51</b>
<b>Lampiran 1.....</b>	<b>53</b>
<b>Lampiran 2.....</b>	<b>57</b>
<b>Lampiran 3.....</b>	<b>60</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Dosis Dan Jumlah Butir Pemakaian Obat Kategori-1 .....	21
Tabel 2.2 Dosis Dan Jumlah Butir Pemakaian Obat Kategori-2 .....	22
Tabel 2.3 Dosis Dan Jumlah Butir Pemakaian Obat Kategori-3 .....	22
Tabel 2.4 Dosis Dan Jumlah Butir Pemakaian OAT Sisipan (S) .....	23
Tabel 4.4 Definisi Operasional .....	31
Tabel 5.1 Distribusi Jumlah Penduduk .....	38
Tabel 5.2 Distribusi Jenis Kelamin .....	39
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Umur .....	39
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden .....	40
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden .....	41
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Hubungan Keluarga Responden .....	41
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden .....	42
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Perilaku Responden .....	42
Tabel 5.9 Cross Tabel Tingkat Pengetahuan dan Responden .....	59

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Kuesioner Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dan Perilaku Keluarga TB Paru Dalam Mencegah Penularan Di Wilayah Kerja Puskesmas Pagesangan Kota Mataram 2002 .....	53
Lampiran 2. Tabulasi Hasil Pengumpulan Data.....	58
Lampiran 3. Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data Mahasiswa D-IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Unair.	60
Lampiran 4. Persetujuan Penelitian Dari Dinas Kesehatan Kota Mataram .....	61

# BAB 1

## PENDAHULUAN

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar belakang**

Penyakit tuberculosis paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh baksil mikobakterium tuberculosis dan merupakan salah satu penyakit pernafasan saluran bawah. Penyakit ini sudah dikenal sejak beribu-ribu tahun sebelum masehi hingga saat ini.

Permasalahan TB Paru di Indonesia cukup serius sudah merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat. Dengan penduduk 203 juta Indonesia menempati urutan ketiga terbanyak dalam jumlah penderita TB Paru diantara 22 negara dengan masalah TB Paru terbesar di dunia. Menurut laporan WHO. 8 juta kasus TB Paru bertambah setiap tahunnya di seluruh dunia. Dimana 3.500.000 adalah kasus BTA positif yang menularkan TB Paru ke sekitarnya 80% diantara seluruh kasus ini terdapat 22 negara dengan masalah TB Paru terbesar di dunia, termasuk di Indonesia sebagai kontributor terbesar setelah India, termasuk Indonesia sebagai kontributor terbesar setelah India dan Cina (Depkes RI, 2000).

Resiko penularan setiap tahun di Indonesia dianggap cukup tinggi dan bervariasi antara 1 – 2 %, sehingga pada daerah dengan annual Risk of tuberculosis inspection (ARTI ) sebesar 1% dapat diartikan diantara 100.000 penduduk terjadi rata-rata 100 (seratus) penderita TB Paru setiap tahun, dimana 50 penderita adalah BTA positif (Depkes. RI. 2000), terjadi

peningkatan penularan TB tampaknya erat kaitannya antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga. Apabila hal ini tidak mendapatkan perhatian yang serius maka tingkat penularan TB Paru akan mengalami peningkatan yang tajam.

Penyakit tuberkulosis paru merupakan penyakit yang unik dimana timbul pelan-pelan dan fase latent sulit ditentukan. Gejala klinik dapat akut, sub akut dan kronis. Tanda dan gejala penyakit ini pada umumnya dapat berupa batuk lebih dari 3 minggu, batuk darah, sesak nafas, nyeri dada dan demam serta gejala sistemik yang lainnya (Alsagaff).

Upaya yang dilakukan untuk tuberkulosis paru dimulai tahun 1916 pengobatan yang tepat dan teratur sangat membantu pasien untuk mempercepat nyeri penyakit tuberkulosis paru. Hal ini karena pengobatannya membutuhkan waktu yang lama dan banyak biaya.

Maret 2000 Menteri Kesehatan dan Perencanaan Pembangunan dari 22 negara dengan masalah TB terbesar di dunia berkumpul untuk membicarakan Global Program, dan dihasilkanlah "Deklarasi Amsterdam" yang menyatakan komitmen bersama untuk memprioritaskan masalah penanggulangan di negara masing-masing. Deklarasi ini dilanjutkan dengan Global DOTS (DIRECTLY OBSERVED TREATMENT SHORT COURSE) expansion Plan". Dengan beberapa pertemuan teknis di Kairo dan Paris Oktober 2001 disusun bersama "Washington Commitment" sebagai tindak lanjut operasional dimana pada akhir tahun 2001, ke-22 negara ini diminta telah selesai dengan penyusunan "STRATEGIC PLAN" untuk mendapat mencapai global target yaitu

menemukan 70% kasus TB dan menyembuhkan 85% diantaranya pada tahun 2005 atau dengan bahasa teknis biasa disebutkan 70% Case Detection Rate dengan 85% Cure Rate.

Kegiatan pemberantasan TB di Indonesia secara nasional telah dimulai sejak diadakan Simposium Pemberantasan TB paru di Ciloto pada tahun 1969. Namun sampai sekarang perkembangan hasil yang didapatkan belum begitu menggembirakan menurut data Survey Kesehatan Rumah Tangga tahun 1995 TB merupakan penyebab kematian terbesar setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit infeksi lainnya (Partner Ship, 2000).

Saat ini Strategi DOTS dilakukan akibat ketidak patuhan minum obat Pengobatan TB paru memakan waktu 6 bulan. Setelah memakan obat 2 atau 3 bulan tidak jarang keluhan klien telah menghilang dan menghentikan pengobatan. Karena itu untuk menjamin klien mau menyelesaikan seluruh masa pengobatannya dipilih suatu strategi. Strategi DOTS memberikan efek kesembuhan tinggi bila sampai dengan 95% Bank Dunia menyatakan Strategi DOTS merupakan strategi kesehatan yang paling cost effective (Tjandra Yoga Aditama, 2000).

Notoatmojo S. 1997, menyatakan bahwa perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistim pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Berdasarkan hal tersebut, maka pada penelitian ini peneliti berupaya untuk mengungkap proses terjadinya peningkatan penularan TB Paru terdapat tingkat pengetahuan dan perilaku keluarga klien TB Paru. Dari

berbagai penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah diatas dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

- 1.2.1 Apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga klien TB Paru terhadap penyakit TB Paru
- 1.2.2 Apakah ada hubungan antara perilaku keluarga klien TB Paru dengan mencegah penularan
- 1.2.3 Apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mempelajari tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga klien TB paru dalam mencegah penularan di wilayah kerja Puskesmas Pagesangan Kota Mataram.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Mengidentifikasi tingkat pengetahuan keluarga klien TB Paru tentang Penyakit TB Paru.
- 2) Mengidentifikasi perilaku keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan.



- 3) Mengidentifikasi hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga klien dalam mencegah penularan.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

- 1.4.1 Mendapat gambaran mengenai tingkat pengetahuan dan perilaku pada keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan TB Paru.
- 1.4.2 Meningkatkan kesadaran dan wawasan perawatan dalam membantu program-program yang berupaya meningkatkan dan memperluas pelayanan kesehatan terhadap penyakit menular khususnya TB Paru.
- 1.4.3 Meningkatkan kesadaran dan wawasan petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan tentang perilaku hidup sehat dan penularan.

#### **1.5 Relevansi**

Tujuan Penanggulangan TB Paru adalah menurunkan angka kesakitan, kematian dan penularan sehingga penyakit TB Paru dengan memutuskan rantai penularan sehingga penyakit TB Paru tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Berkaitan dengan hal tersebut perlu diketahui tingkat pengetahuan dan perilaku keluarga klien TB Paru dalam upaya mencegah penularan TB Paru. Penelitian ini relevan untuk mendukung komitmen yang telah ditetapkan Depkes yaitu:

1. Tercapainya kesembuhan minimal 85% penderita dengan BTA positif yang ditemukan.
2. Tercapainya cakupan penemuan penderita secara bertahap hingga mencapai 7% dari penderita TB Paru yang diperkirakan pada tahun 2005.

## BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Sesuai dengan rumusan judul yang diambil maka pada bab ini akan diuraikan tentang konsep yang mendasari penelitian yaitu tentang konsep pengetahuan dan perilaku keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan.

#### **2.1 Konsep Pengetahuan**

##### **2.1.1 Pengertian pengetahuan**

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu.

Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia yakni : indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (overt behavior).

Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmojo S, 1997).

Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru) di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan 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 subjek 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 subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki stimulus.
- 5) Adoption, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut menjadi langgeng (long lasting). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran akan tidak berlangsung lama.

2.1.2 Pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yaitu :

1) Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap suatu yang spesifik dari seluruh badan yang dipelajari atau rangsangan yang diterima. Oleh sebab itu "tahu" ini adalah merupakan tingkatan pengetahuan yang paling rendah.

## 2) Memahami (Comprehension)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat diinterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

## 3) Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil. Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau menggunakan hukum-hukum, rumus-rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

## 4) Analisis (Analysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja, dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

## 5) Sintesis (Synthesis)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam 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. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

## 2.2 Konsep Perilaku

### 2.2.1 Pengertian Perilaku

Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktifitas dari pada manusia itu sendiri, dapat diamati secara ataupun secara tidak langsung.

### 2.2.2 Bentuk perilaku

Bentuk perilaku menurut Notoadmojo, S (1997) terdiri dari 2 (dua) macam yaitu :

- 1) Bentuk pasif yaitu respon internal, yaitu yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak langsung dapat terlihat oleh orang lain. Oleh sebab itu perilaku ini masih terselubung (covert behavior), misalnya berpikir, tanggapan atau sikap batin dan pengetahuan.

- 2) Bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu jelas dapat diobservasi secara langsung. Oleh karena perilaku mereka sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata, maka disebut overt behavior.

Menurut WHO bentuk-bentuk perubahan perilaku dikelompokkan menjadi 3 yaitu :

- 1) Perubahan alamiah (Natural Change) :

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

- 2) Perubahan Rencana (Planned Change) :

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

- 3) Kesiediaan untuk berubah (Readiness to Change) :

Apabila ada suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut (berubah perilakunya). Tetapi sebagian orang lagi sangat lambat untuk menerima inovasi atau perubahan tersebut meskipun dalam kondisi yang sama.

### 2.2.3 Strategi untuk memperoleh perubahan perilaku menurut WHO

Didalam program kesehatan agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan sangat diperlukan usaha-usaha konkret dan positif.

WHO mengelompokkan strategi untuk memperoleh perubahan perilaku dikelompokkan menjadi 3 yaitu :

#### 1) Menggunakan kekuatan / kekuasaan atau dorongan :

Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau perilaku seperti yang diharapkan. Cara ini akan menghasilkan perubahan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut tidak akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak berdasarkan kesadaran sendiri.

#### 2) Pemberian informasi

Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara-cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat. Dengan pengetahuan yang diperoleh akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Perubahan perilaku dengan cara ini akan memakan waktu yang lama tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng, karena didasari kesadaran mereka sendiri.



### 3) Diskusi dan Partisipasi

Cara ini adalah sebagai peningkatan cara tersebut diatas. Dimana dalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja tetapi dua arah. Dalam hal ini masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi tetapi aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Sehingga pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku yang mereka peroleh lebih mantap dan lebih mendalam dan akhirnya perilaku mereka lebih mantap juga.

#### 2.2.4 Perilaku kesehatan

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan.

Batasan ini mempunyai dua unsur pokok yaitu respon dan stimulus (rangsangan).

Respon atau reaksi manusia baik bersifat pasif (pengetahuan persepsi, dan sikap) maupun aktif (tindakan yang nyata atau practice). Sedangkan stimulus atau rangsangan terdiri dari 4 unsur pokok yakni sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan. Dengan demikian secara rinci perilaku kesehatan itu mencakup :

- 1) Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berespon, baik secara pasif (mengetahui, bersikap, dan mempersepsi penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan

di luar dirinya, maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Perilaku terhadap sakit dan penyakit ini dengan sendirinya sesuai dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit yakni :

- (1) Perilaku sehubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (health promotion behavior), misalnya makan makanan yang bergizi, olahraga, dan sebagainya.
  - (2) Perilaku pencegahan penyakit (health prevention behavior) adalah respon untuk melakukan pencegahan penyakit, misalnya imunisasi, batuk dan bersin dengan menutup mulut. Termasuk juga perilaku untuk tidak menularkan penyakit kepada orang lain.
  - (3) Perilaku sehubungan dengan pencarian pengobatan (health seeking behavior) yaitu perilaku untuk melakukan atau mencari pengobatan, misalnya usaha-usaha mengobati penyakitnya, atau mencari pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan.
  - (4) Perilaku sehubungan dengan pemulihan kesehatan (health rehabilitation behavior) yaitu perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit. Misalnya tidak merokok, mematuhi anjuran-anjuran dokter dalam rangka pemulihan kesehatan.
- 2) Perilaku terhadap sistem pelayanan adalah respon seseorang terhadap sistem pelayanan kesehatan yang baik sistem pelayanan

kesehatan modern maupun tradisional. Perilaku ini menyangkut respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan, dan obat-obatannya yang terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap, dan penggunaan fasilitas, petugas dan obat-obatan.

- 3) Perilaku terhadap makanan (nutrition behavior) yakni respon seseorang terhadap makanan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan. Perilaku ini meliputi pengetahuan tentang makanan, pengolahan makanan, zat gizi sesuai dengan kebutuhan tubuh kita.
- 4) Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (environmental health behavior) adalah respon seseorang terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

Perilaku ini mencakup :

- (1) Perilaku sehubungan air bersih
- (2) Perilaku sehubungan pembuangan air kotor
- (3) Perilaku sehubungan dengan limbah baik cair maupun padat
- (4) Perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat meliputi ventilasi, pencahayaan, lantai dan sebagainya.
- (5) Perilaku sehubungan dengan pembersihan sarang-sarang nyamuk (vektor)

#### 2.2.5 Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan

Becker (1979) mengajukan klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (health related behavior) sebagai berikut :

- 1) Yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan, sanitasi dan sebagainya.
- 2) Perilaku sakit (*ilnes behavior*), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan seorang individu yang merasa sakit. Sehingga individu mampu mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.
- 3) Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini disamping berpengaruh terhadap kesehatan / kesakitannya sendiri, juga berpengaruh terhadap orang lain, terutama kepada anak-anak yang mempunyai kesadaran dan tanggung jawab terhadap kesehatannya.

#### 2.2.6 Domain Perilaku Kesehatan

Menurut Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku itu kedalam 3 domain (ranah/kawasan), yaitu ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*), dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*).

Terbentuknya suatu perilaku baru pada orang dewasa dimulai pada domain kognitif, yaitu subjek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau objek diluarnya, sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subjek tersebut.

## **2.3 Konsep Tuberkulosis**

### **2.3.1 Pengertian Tuberkulosis**

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi yang disebabkan mycobacterium tuberculosis. Tuberkulosis (TB) bukan akibat kutukan. Sebagian besar menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya (Depkes RI, 2000).

### **2.3.2 Kuman Tuberkulosis**

Kuman ini berbentuk batang mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula sebagai basil tahan asam (BTA). Kuman TB cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh, kuman ini dapat dorman (tertidur lama) selama beberapa tahun (Depkes RI, 2000).

### **2.3.3 Cara Penularan**

Sumber penularan adalah penderita TB BTA positif yang dapat menularkan kepada orang yang berbeda disekelilingnya, terutama kontak yang erat. Pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Setelah kuman TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh yang lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas atau penyebaran langsung ke bagian-

bagian tubuh lainnya. Daya penularan dari seseorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Kemungkinan seseorang terinfeksi TB ditentukan oleh konsentrasi droplet per volume udara yang lamanya menghirup udara tersebut (Depkes RI, 2000).

#### 2.3.4 Gejala-Gejala Tuberkulosis

##### 1) Gejala Respiratorik

###### (1) Batuk

Gejala batuk timbul paling dini merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan, mula-mula non produktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah dan batuk berlangsung selama 3 minggu.

###### (2) Batuk darah

Darah yang dikeluarkan bervariasi, mungkin berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat besar akibat pecahnya pembuluh darah.

###### (3) Sesak nafas

Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru yang sudah luas.

###### (4) Nyeri dada

Nyeri dada pada TB Paru termasuk nyeri pleuritis yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena.

## 2) Gejala Sistemik

### (1) Demam

Demam timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza. Demam ini hilang timbul makin lama makin panjang serangannya, sedang masa bebas serangan makin pendek.

### (2) Gejala sistemik lainnya

Keringat malam, anoreksia, berat badan menurun serta malaise (Soedarsono, 2000).

## 2.3.5 Klasifikasi TB Paru

Klasifikasi berdasarkan gejala klinik, radiologik dan riwayat pengobatan sebelumnya untuk menetapkan strategi pengobatan dan penanganan pemberantasan penyakit TB.

### 1) TB paru BTA positif yaitu :

- Dengan atau tanpa gejala
- BTA positif :
  - Mikroskopik (+) (+)
  - Mikroskopik (+) biakan (+)
  - Mikroskopik (+) radiologik (+)
- Gambaran radiologik sesuai dengan TB paru

### 2) TB Paru BTA negatif

- Gejala klinik dan gambaran radiologik sesuai dengan TB paru aktif.

- Bakteriologik (sputum BTA) : negatif, jika belum ada hasil tulis belum periksa.
- Mikroskopis ( - ), biakan ( - ), klinik dan radiologik ( + ).
- Mikroskopis ( - ), biakan ( + ), klinik dan radiologik ( + ).

### 3) Bebas TB Paru

- Bakteriologik (mikroskopik dan biakan) negatif.
- Gejala klinik tidak ada, atau ada gejala sisa akibat kelainan paru yang ditinggalkan.
- Radiologik menunjukkan gambaran lesi TB ini aktif, terlebih menunjukkan gambaran serial foto toraks yang sama / tidak berubah.
- Riwayat pengobatan OAT yang adekuat akan lebih mendukung (Soedarsono, 2000).

#### 2.3.6 Riwayat Penderita

Berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya maka penderita dibagi dalam :

- 1) Kasus baru (new case) yaitu penderita yang belum pernah mendapatkan pengobatan sebelumnya dan bila pernah mendapat pengobatan tidak lebih dari satu bulan.
- 2) Kambuh (relapse) yaitu penderita sudah dinyatakan sembuh sebelumnya oleh dokter dan sekarang dahak BTA positif.



3) **Gagal Terapi (Treatment Failure)** yaitu

- Penderita BTA positif masih tetap positif setelah pengobatan 5 bulan atau lebih.
- Penderita yang menghentikan pengobatan setelah berobat 2 bulan dan dahaknya tetap positif secara mikroskopik.
- Juga termasuk penderita yang pada awal pengobatannya dahak mikroskopik negatif dan menjadi positif setelah pengobatan.

4) **Kasus putus / lalai berobat (treatment after interruption)** yaitu penderita yang berhenti berobat 2 bulan atau lebih, sebelum menyelesaikan satu panduan pengobatan dan memberikan hasil dahak mikroskopik ( + ) ataupun ( - ) namun klinis dan radiologis dianggap masih menderita TB aktif.

5) **Kasus Kronik (Chronic Case)** yaitu penderita yang dahaknya tetap positif secara mikroskopik setelah mengalami pengobatan ulang dengan pengawasan yang baik (Soedarsono, 2000).

### 2.3.7 Pengobatan TB

Saat ini pengobatan dalam pemberantasan TB menggunakan paduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek selama 6 bulan yang terdiri dari Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pyrozinomide (Z), Streptomycin (S) dan Ethambutol (E). ada 3 macam kategori yaitu kategori 1, kategori 2, kategori 3 dan sisipan (HZRE). Obat ini diberikan kepada penderita secara gratis. Untuk memudahkan pemberian dan menjamin kelangsungan pengobatan, obat ini

disediakan dalam bentuk blister kombipak, 1 paket untuk 1 penderita dalam masa pengobatan. Pada fase awal penderita minum obat tiap hari dengan pengawasan penuh untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap Rifampisin. Bila tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 (dua) minggu. Penderita TB BTA positif menjadi BTA negatif pada akhir pengobatan intensif. Fase lanjutan atau intermitten penderita minum obat 3 (tiga) kali seminggu yang bertujuan untuk membunuh kuman persister (dormant) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

Rincian pemberian OAT sesuai dengan masing-masing kategori terlihat pada tabel berikut (Depkes RI, 1999).

**Tabel : 2.1**  
**Dosis dan Jumlah Butir Pemakaian Obat Kategori – 1**

Macam paduan dan dosis OAT	Fase Awal / Intensif setiap hari					Fase Lanjutan / Intermitten seminggu 3 kali					Total kali/hari minum obat
	Dosis	Butir	Butir/hari	Lama pengobatan (Bulan)	Kali/hari minum obat	Dosis	Butir	Butir/hari	Lama pengobatan (Bulan)	Kali/hari minum obat	
2 HRZE / 4H3R3											
H : Isoniasid @ 300 mg	300 mg	1				600 mg	2				
R : Rifampisin @ 350 mg	500 mg	1	8	2	60	450 mg	1	3	4	54	144
Z : Pirazinamid @ 500 mg	1.500 mg	3									
E : Etambutol @ 250 mg	750 mg	3									

**Keterangan :**

Dosis tersebut untuk penderita dengan berat badan antara 35 – 50 kg.

Satu paket kombipak kategori 1 berisi 144 blister harian yang terdiri dari 60 blister HRZE untuk tahap intensif dan 45 blister untuk tahap lanjutan.

Obat ini diberikan untuk :

- Penderita baru TB paru dengan BTA positif
- Penderita TB paru BTA negatif rontgen positif yang sakit berat
- Penderita TB ekstra paru berat

**Tabel : 2.2**  
**Dosis dan Jumlah Butir Pemakaian Obat Kategori – 2**

Macam paduan dan dosis OAT	Fase Awal / Intensif setiap hari					Fase Lanjutan / Intermitten seminggu 3 kali					Total kali/hari minum obat
	Dosis	Butir	Butir/hari	Lama pengobatan (Bulan)	Kali/hari minum obat	Dosis	Butir	Butir/hari	Lama pengobatan (Bulan)	Kali/hari minum obat	
2 HRZES & HRZE/ 5H3R3E3											
H : Isoniasid @ 300 mg	300 mg	1				600 mg	2				
R : Rifampisin @ 350 mg	500 mg	1	8	3	90	450 mg	1	6	5	66	156
Z : Pirazinamid @ 500 mg	1.500 mg	3									
E : Etambutol @ 250 mg	750 mg	3				1.250 mg	3				
S : Streptomycin @ 1,5 gr	750 mg			2	60						

Obat ini diberikan untuk :

- Penderita kambuh (relaps)
- Penderita gagal (failure)
- Penderita dengan pengobatan setelah lalai (after default)

**Tabel : 2.3**  
**Dosis dan Jumlah Butir Pemakaian Obat Kategori – 3**

Macam paduan dan dosis OAT	Fase Awal / Intensif setiap hari					Fase Lanjutan / Intermitten seminggu 3 kali					Total kali/hari minum obat
	Dosis	Butir	Butir/hari	Lama pengobatan (Bulan)	Kali/hari minum obat	Dosis	Butir	Butir/hari	Lama pengobatan (Bulan)	Kali/hari minum obat	
2HRZ/4H3R3											
H : Isoniasid @ 300 mg	300 mg	1				H2 600 mg	2				
R : Rifampisin @ 350 mg	500 mg	1	5	2	60	R2 450 mg	1	3			
Z : Pirazinamid @ 500 mg	1.500 mg	3							4	54	144

Obat kategori – 3 ini diberikan untuk :

- Penderita baru BTA negatif dan rontgen positif sakit ringan.
- Penderita ekstraparu ringan, yaitu TB kelenjar limfe (limfadenitis), pleuritis eksudativa unilateral, TB kulit, TB tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal.

**Tabel : 2.4**  
**Dosis dan Jumlah Butir Pemakaian OAT Sisipan (S)**

Macam paduan dan dosis OAT	Fase Awal / Intensif setiap hari				
	Dosis	Butir	Butir perhari	Lama pengobatan	Kali/hari minum obat
<b>HRZE</b>					
H : Isoniasid @ 300 mg	300 mg	1			
R : Rifampisin @ 350 mg	450 mg	1	8	1 bulan	30
Z : Pirazinamid @ 500 mg	1.500 mg	3			
E : Etambutol @ 250 mg	750 mg	3			

Bila pada akhir tahap intensif dari pengobatan dengan kategori-1 atau kategori-3, hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap selama 1 bulan.

### 2.3.8 Pengobatan dengan Strategi DOTS

WHO telah memperkenalkan strategi DOTS (Directly Observed Treatment Short Course) sebagai pendekatan terbaik untuk menanggulangi TB.

Pengertian DOTS dapat dimulai dari pusatkan perhatian (Direct Attention) dalam usaha menemukan penderita atau mendeteksi kasus secara baik dan akurat melalui pemeriksaan mikroskopik. Setiap penderita harus diawasi (Observed) dalam meminum obatnya yaitu

ditelan didepan seorang pengawas, dan ini yang dikenal sebagai Directly Observed Therapy (DOT). Selain itu penderita harus menerima pengobatan (Treatment) dalam sistem pengolahan, distribusi, dan penyediaan obat yang tertata dengan baik. Juga setiap penderita haruslah mendapat regimen obat yang baik yaitu melalui pengobatan jangka pendek (Short Course) sesuai dengan kategori masing-masing.

Dalam penerapannya, DOTS merupakan suatu strategi yang terdiri dari 5 (lima) komponen, yaitu :

- 1) Adanya komitmen politis dari pengambilan keputusan terhadap penanggulangan TB.
- 2) Diagnosis penyakit TB melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis.
- 3) Pengobatan penderita dengan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO) khususnya pada 2 (dua) bulan pertama dimana penderita harus minum obat setiap hari tanpa absen.
- 4) Kesiambungan ketersediaan paduan OAT jangka pendek yang cukup untuk penderita.
- 5) Pencatatan dan pelaporan yang baku pada setiap unit pelayanan kesehatan sehingga memudahkan evaluasi.

Keberhasilan strategi DOTS telah cukup banyak dicatat.

Evaluasi dari Bank Dunia menyatakan bahwa strategi DOTS merupakan strategi kesehatan yang paling cost efektif.

### 2.3.9 Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan yang merupakan bagian dari promosi kesehatan adalah rangkaian kegiatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana individu, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan dapat hidup sehat dengan cara memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatannya.

Penyuluhan TB perlu dilakukan karena masalah TB banyak berkaitan dengan masalah pengetahuan dan perilaku masyarakat. Tujuan penyuluhan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan peran serta masyarakat dalam penanggulangan TB.

Penyuluhan TB dapat dilaksanakan dengan menyampaikan pesan penting secara langsung ataupun menggunakan media.

Dalam program penanggulangan TB, penyuluhan langsung perorangan sangat penting artinya untuk menentukan keberhasilan pengobatan penderita. Penyuluhan ini ditujukan kepada penderita TB dengan keluarganya, supaya penderita menjalani pengobatan secara teratur sampai sembuh. Bagi keluarga yang sehat dapat menjaga, melindungi dan meningkatkan kesehatannya sehingga terhindar dari penularan TB.

Penyuluhan dengan menggunakan bahan cetak dan media massa dilakukan untuk dapat menjangkau masyarakat tentang TB dari suatu

penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan memalukan menjadi suatu penyakit yang berbahaya, tapi dapat disembuhkan (Depkes RI, 1999).

#### 2.3.10 Resiko Penularan

Menurut Depkes 1995 kelompok penduduk yang mempunyai resiko tinggi tertular TB paru adalah para anak balita, sedangkan resiko penularan sehingga menjadi sakit paling tinggi pada usia produktif diatas 15 tahun.

Faktor-faktor yang mempermudah resiko tertular TB Paru adalah :

- 1) Tingginya prevalensi TB Paru
- 2) Daya tahan rendah karena gizi buruk
- 3) Kontak erat dengan penderita TB Paru
- 4) Sanitasi perumahan yang kurang sehat

#### 2.3.11 Usaha Pencegahan

- 1) Meningkatkan daya tahan tubuh dengan makan makanan yang bergizi.
  - 2) Meningkatkan kekebalan tubuh bagi bayi dengan vaksinasi BCG.
- Melengkapi perumahan dengan pencahayaan dan ventilasi yang cukup.

## **BAB 3**

# **KERANGKA KONSEPTUAL**



### BAB 3

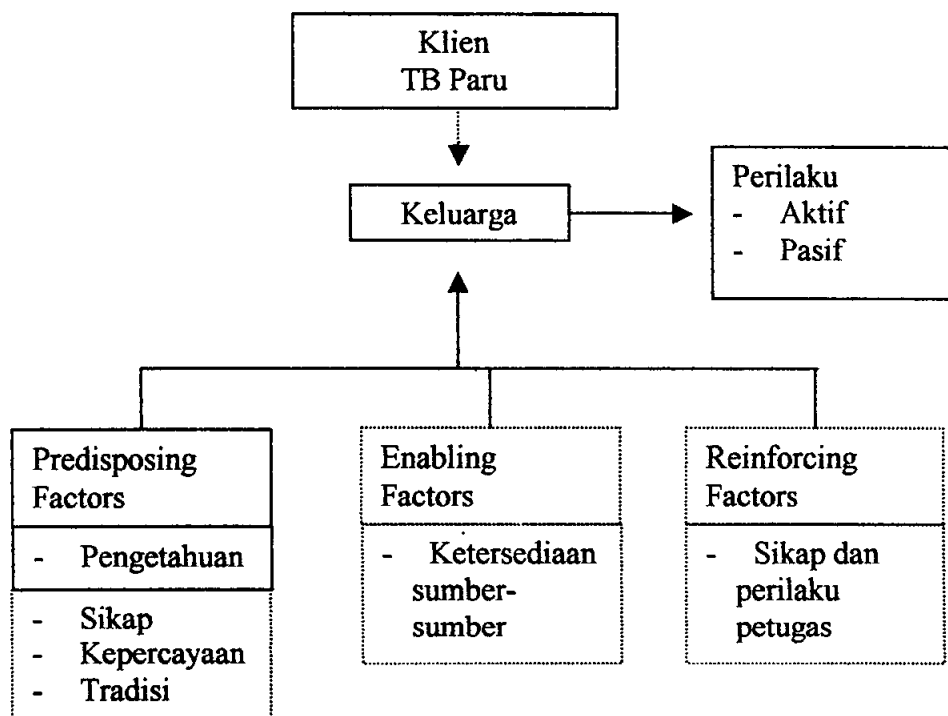
## KERANGKA KONSEPTUAL

Kerangka Konseptual adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang akan diukur atau diamati melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 1993).

Pada bab ini akan dibahas mengenai Kerangka Konseptual Penelitian.

### 3.1 Kerangka Konseptual

Dalam teori H.L. Blum dan Lawrence Green menyatakan bahwa usaha intervensi perilaku diarahkan kepada tiga faktor pokok yaitu faktor predisposisi (predisposing factors), faktor yang mendukung (enabling factors), dan faktor yang memperkuat (reinforcing factors) yang dapat dibuat skema sebagai berikut :



### 3.2 Hipotesa penelitian

Berdasarkan perumusan masalah dalam penelitian ini maka hipotesa penelitian adalah sebagai berikut :

- H<sub>1</sub> : Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga klien TB Paru terhadap penyakit TB Paru.
- H<sub>2</sub> : Ada hubungan antara perilaku keluarga klien TB paru dengan mencegah penularan
- H<sub>3</sub> : Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan

# **BAB 4**

## **METODE PENELITIAN**

## BAB 4

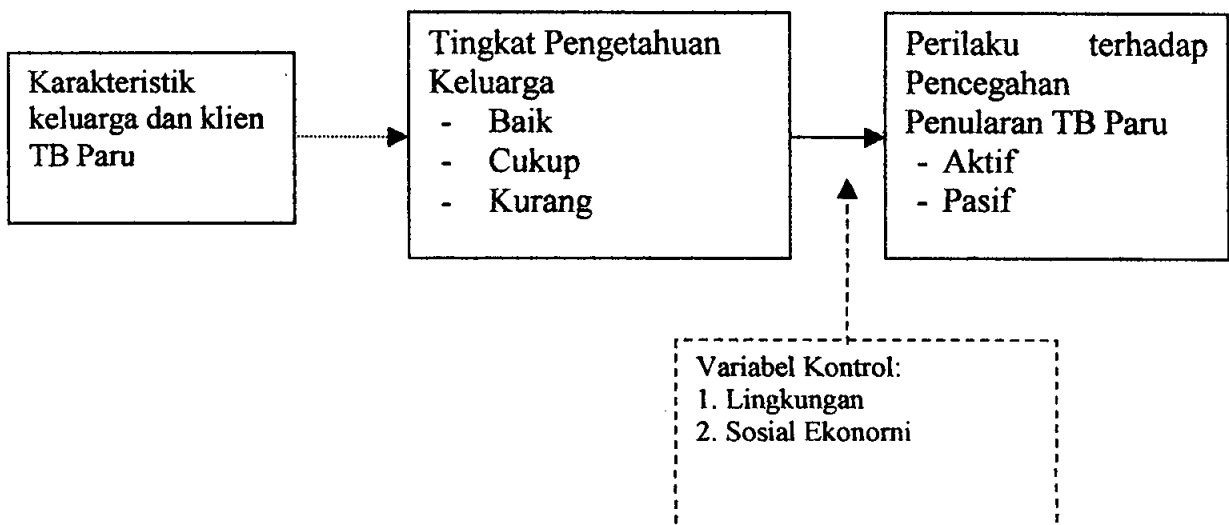
### METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan. Pada bab ini akan disajikan antara lain :

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah observasional dan berdasarkan waktunya bersifat cross. sectional "study. Berdasarkan analisisnya penelitian ini termasuk penelitian diskriptif.

#### 4.2 Kerangka Kerja



Keterangan

\_\_\_\_\_ : diteliti  
 ..... : tidak diteliti

### **4.3 Identifikasi Variabel**

#### **4.3.1 Variabel Independen**

Variabel ini sering disebut sebagai variabel prediktor variabel bebas. Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Sugiono, 1999).

Variabel independen pada penelitian ini adalah tingkat pengetahuan keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan.

#### **4.3.2 Variabel Dependen**

Variabel dependen disebut sebagai variabel output terikat. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiono, 1999).

Variabel dependen penelitian ini adalah perilaku keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan.

4.3.3 Variabel kontrol adalah faktor-faktor yang dikontrol atau dinetralkan oleh peneliti karena jika tidak demikian diduga ikut mempengaruhi hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Variabel kontrol dalam hal ini adalah lingkungan dan sosial ekonomi.

## 4.4 Definisi Operasional

VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	PARAMETER	ALAT UKUR	SKALA	SKOR
1. Variabel Independent adalah tingkat Pengetahuan keluarga, klien TB Paru dalam Mencegah Penularan	Pengetahuan adalah Kemampuan responden untuk mengerti tentang penyakit TB Paru dengan menjawab pertanyaan yang telah disediakan dalam kuesioner	Kuesioner tingkat pengetahuan yang berisi tentang - Pengertian TB Paru sebanyak 1 soal - Penyebab TB Paru sebanyak 1 soal - Cara penularan TB Paru sebanyak 1 soal - Gejala-gejala sebanyak 1 soal - Program Pengobatan TB Paru sebanyak 1 Soal - Resiko tertular TB Paru sebanyak 1 Soal - Cara pencegahan TB Paru sebanyak 4 soal dengan Alternatif jawaban ya atau tidak	Kuesioner	Ordinal	Tingkat pengetahuan diukur dengan memberikan pertanyaan sebanyak 10 pertanyaan dengan kriteria : - Jawaban ya skor =10 - Jawaban tidak skor= 0 Selanjutnya dijumlahkan kemudian dikelompokkan, jika: Skor 75-100 = baik diberi kode 3 Skor 60 - 74 cukup =2 Skor kurang dari 60 = kurang
2 variabel dependent	Perilaku adalah pendapat responden	Kuesioner perilaku keluarga TB Paru	Kuesioner	Ordinal dengan	Untuk perilaku keluarga klien diukur

<p>adalah perilaku keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan</p>	<p>terhadap pertanyaan dalam kuesioner perilaku TB Paru dalam mencegah penularan TB paru.</p>	<p>dalam mencegah penularan yang berisi tentang :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku peningkatan dan perneliharaan kesehatan</li> <li>- Perilaku pencegahan penyakit</li> <li>- Pencarian pengobatan</li> <li>- Perilaku untuk pemulihan kesehatan sebanyak 20 soal dengan alternatif jawaban sangat setuju sampai sangat tidak setuju</li> </ul>		<p>menggunakan skala Likert</p>	<p>dengan memberikan pertanyaan sebanyak 20 pertanyaan dengan Menggunakan skala Likert dengan alternatif jawaban yaitu :</p> <p>SS diberi skor = 5                  ST diberi skor = 4                  RG diberi skor = 3                  TS siberi skor = 2                  STS diberi skor = 1</p> <p>Selanjutnya dijumlahkan skor dari seluruh jawaban, kemudian dikelompokkan menjadi perilaku aktif jika mendapat skor 71 -100 = 2 dan perilaku pasif jika mendapat skor kurang dari 71 = 1</p>
--	---	--	--	---------------------------------	---

## 4.5 Sampling Desain

### 4.5.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan elemen / subyek riset (Bhisma Murti, 1997).

Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh keluarga dari klien TB Paru dengan BTA (+) yang serumah dan klien TB Paru tersebut tercatat dalam register dan mengikuti program pengobatan di Puskesmas Pagesangan Kota Mataram tahun 2002.

### 4.5.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Srikandi K, 1997).

Pada penelitian ini sampel diambil dari seluruh keluarga klien TB Paru dengan BTA (+) yang tercatat dalam buku register dan mengikuti program pengobatan rutin di Puskesmas Pagesangan Kota Mataram dari bulan Januari s/d Agustus 2002 sebanyak 40 orang

#### 4.5.2.1 Kriteria Inklusi

- (1). Seluruh keluarga klien TB paru BTA ⊕
- (2). Jenis kelamin laki-laki dan perempuan.
- (3). Umur diatas 15 tahun
- (4). Tinggal serumah dengan klien TB Paru.
- (5). Bersedia ikut dalam penelitian dan menandatangani inform consent.



#### 4.5.2.2 Kriteria Eksklusi

Menolak untuk menjadi responden.

#### 4.5.3 Sampling

Untuk menentukan sampel yang akan diteliti dipakai teknik sampling yaitu Non Probability Sampling dengan cara Kuota sampling, yaitu untuk menentukan sampel dari populasi yang mempunyai ciri-ciri tertentu sampai jumlah (kuota) yang diinginkan sebanyak 40 orang.

#### 4.6 Pengumpulan Data

Setelah mendapat ijin dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Mataram, peneliti mengadakan pendekatan dengan klien untuk mendapatkan persetujuan dari klien sebagai responden penelitian.

Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan interview Sebagai subyek penelitian. yaitu seluruh keluarga klien TB paru yang ada di wilayah Puskesmas Pagesangan Kota Mataram yang memenuhi kriteria inklusi. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Nopember 2002.

#### 4.7 Analisa Data

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga klien TB Paru. dalam mencegah penularan maka dilakukan uji statistik korelasi Chi-square dengan menggunakan komputer program SPSS 8.0 Windows.

Hipotesa nol dalam penelitian ini adalah tidak ada. hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga klien TB Paru.

#### 4.8 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, Ketua PSIK menyurati Kantor Dinas Kesehatan Kota Mataram dengan tembusan Puskesmas Pagesangan Kota Mataram agar dapat melakukan penelitian. Setelah, mendapat persetujuan barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi

##### 1) Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti. Penelitian menjelaskan maksud dan tujuan riset yang dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika keluarga klien TB paru bersedia diteliti, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut. Bila keluarga klien TB paru menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

##### 2) Anonimity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan keluarga klien TB paru, peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberi nomor kode pada masing-masing lembar tersebut.

### 3) Confidentiality (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi keluarga klien TB paru dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset.

## 4.9 Keterbatasan

Dalam penelitian ini, keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah :

- 1) Sampel yang dipergunakan terbatas sehingga kurang representatif untuk mewakili keluarga klien TB paru.
- 2) Instrumen pengumpulan data yaitu kuesioner yang dirancang oleh peneliti sendiri tanpa uji coba, oleh karena itu validitas dan reliabilitasnya masih perlu diuji. Pertanyaan kuesioner kurang dimengerti akan menimbulkan persepsi yang berbeda.
- 3) Instrumen pengumpulan data yaitu check list serta observasi langsung untuk mengukur domain psikomotor perilaku tidak dapat dilakukan mengingat keterbatasan waktu
- 4) Penelitian ini hanya dilakukan selama 1 bulan sehingga tidak dapat menggambarkan hubungan antara tingkat pengetahuan keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan karena terbatasnya waktu.

# **BAB 5**

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

## **BAB 5**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### **5.1.1 Gambaran Daerah Penelitian**

###### **1) Keadaan geografi**

Puskesmas Pagesangan terletak di wilayah Kecamatan Mataram Kota Mataram yang terdiri dari 3 (tiga) Kelurahan, yaitu :

- (1) Kelurahan Pagesangan**
- (2) Kelurahan Mataram Timur**
- (3) Kelurahan Dasan Agung**

Letak Puskesmas Pagesangan meliputi:

- **Dua kilometer dari Kantor Kecamatan Mataram**
- **Tiga kilometer dari Rumah Sakit Umum Mataram**
- **Tiga kilometer dari Kantor Kota Mataram**

Batas – batas wilayah kerja Puskesmas Pagesangan meliputi :

- **Sebelah Utara : Puskesmas Mataram**
- **Sebelah Timur : Puskesmas Cakranegara**
- **Sebelah Selatan : Puskesmas Jempong**
- **Sebelah Barat : Puskesmas Tanjung Karang**

###### **2) Keadaan demografi**

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Pagesangan pada bulan November 2002 adalah 49380 jiwa, dengan jumlah penduduk

laki – laki sebanyak 23912 jiwa dan jumlah penduduk wanita sebanyak 25.468 jiwa. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Distribusi Jumlah Penduduk Menurut Golongan Umur

Wilayah Kerja Puskesmas Pagesangan  
Bulan November 2002.

Golongan Umur	Kel. Pagesangan	Kel.Mataram Timur	Kel. Dasan Agung	Jumlah	Percen
0 – 1 tahun	1002	184	390	1576	4
1 – 5 tahun	1147	646	1197	2990	6
5 – 15 tahun	2134	3519	3288	8941	18
15 – 45 tahun	11482	8786	9442	29710	60
> 45 tahun	797	3814	1552	6163	12
Total	16562	16949	15869	49380	100

Tabel 5.1 Distribusi Jumlah Penduduk.

### 3) Pekerjaan

Dari 30750 jiwa, penduduk angkatan kerja, yang bekerja di bidang swasta sebanyak 20,73 %, PNS / pensiunan / ABRI 21,95 %, buruh 26,34 % sedang yang tidak bekerja sebanyak 30,98 %.

### 4) Pendidikan

Pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Pagesangan meliputi :Tingkat

- Tidak lulus SD : 12,82 %
- SD : 20,9 %
- SMP : 21,56 %
- SMA : 37,81 %
- D3 / Sarjana : 6,91 %

## 5) Agama

Sebagian besar agama yang dianut di wilayah kerja Puskesmas Pagesangan adalah agama Islam sebanyak 77,91 %, sedangkan agama Hindu sebanyak 19,33%, agama Kristen 1,57%, dan agama Budha 1,19%.

## 5.1.2 Data khusus hasil penelitian

## 1) Jenis kelamin responden

Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden Diwilayah Kerja Puskesmas Pagesangan bulan November 2002.

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1	Laki – laki	18	45
2	Perempuan	22	55
Jumlah		40	100

Tabel 5.2 Distribusi Jenis Kelamin

Pada tabel 5.2 responden lebih dari separoh 22 orang (55 %) berjenis kelamin perempuan, yang kemungkinan merupakan anggota keluarga yang lebih banyak tinggal bersama klien TB Paru di rumah.

## 2) Umur responden

Distribusi Frekuensi Umur Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Pagesangan Bulan November 2002.

No	Umur ( Tahun )	Frekuensi	Persentase (%)
1	15 – 25	9	22,5
2	26 – 55	31	77,5
3	≥ 55 tahun	0	0
Jumlah		40	100

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi Umur

Pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa umur terbanyak adalah kelompok umur 26-55 tahun sebanyak 31 (77,5 %) yang sedikit kelompok umur 15-25 tahun

sebanyak 9 orang (22,5 %).kelompok umur 15-25 tahun sebagai umur remaja dan prilakunya sebagai pencegah TB paru sangat potensi dari segi partisipasi sedangkan kelompok umur 26- 55 tahun termasuk kelompok umur produktif sebagian besar usaha pencegahan sangat menentukan dilihat dari penghasilan, pengetahuan dan pengalaman, sehingga umur kelompok ini memberikan distribusi yang sangat berarti dalam pencegahan penularan TB. Paru.

### 3) Pendidikan responden

Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Pagesangan Bulan November 2002.

No	Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
1	Tidak sekolah	3	7,5
2	SD	10	25
3	SMP / SMA	24	60
4	Akademi / PT	3	7,5
Jumlah		40	100

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden.

Berdasarkan tabel 5.4 Tingkat pendidikan terbanyak dari 40 responden adalah SMP/SMA yaitu 60 % dan pendidikan terendah adalah tidak sekolah sebanyak 7,5 %. Tingkat pendidikan cukup potensi sebagai wacana ke depan dalam pencegahan yaitu sebagai sumber ilmu dan pengetahuan terutama yang berkaitan dengan pencegahan TB Paru.



## 4) Pekerjaan responden

Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Pagesangan Bulan November 2002.

No	Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
1	Tidak bekerja	16	40
2	Buruh	5	12,5
3	Swasta	18	45
4	PNS / ABRI	1	2,5
Jumlah		40	100

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden

Pada tabel 5.5 didapatkan data 45 % responden yang bekerja di swasta, yang cenderung mempunyai tingkat ekonomi menengah. Dan 2,5 % dari jumlah responden bekerja sebagai PNS/TNI Polri. Di Masyarakat pekerjaan memberikan pengaruh yang sangat berarti dipandang dari sudut pengaruh, penghasilan dan status sosial.

## 5) Hubungan keluarga responden

Distribusi Frekuensi Hubungan Keluarga Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Pagesangan Bulan November 2002.

No	Hubungan Keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
1	Bapak	3	7,5
2	Ibu	2	5
3	Suami	0	0
4	Istri	6	15
5	Anak	21	52,5
6	Menantu	5	12,5
7	Ipar	3	7,5
Jumlah		40	100

Tabel 5.6 Ditribusi Frekuensi Hubungan Keluarga Responden

Dari 40 responden yang diteliti lebih dari separoh (52,5 % ) mempunyai hubungan sebagai anak, yang memungkinkan lebih memperhatikan. Hubungan

keluarga memberikan dampak positif dilihat dari hubungan sosial dan dilihat dari segi penularan penyakit sangat beresiko apabila tingkat pengetahuan kurang dalam pencegahan TB paru kemungkinan insiden TB paru akan bertambah.

#### 6) Tingkat pengetahuan responden

Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Pagesangan Bulan November 2002.

Tingkat pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
- Baik	1	2,5
- Cukup	34	85
- Kurang	5	12,5
Jumlah	40	100

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden

Pada tabel 5.7 didapatkan data bahwa sebagian besar (85%) tingkat pengetahuan responden cukup, yang memungkinkan responden mempunyai sikap yang baik pula. Pengetahuan akan sangat berarti apabila dibarengi dengan perilaku yang baik pula karena dampaknya akan mampu mencegah penularan TB Paru.

#### 7) Perilaku responden

Distribusi Frekuensi Perilaku Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Pagesangan Bulan November 2002.

Perilaku	Frekuensi	Persentase (%)
Aktif	37	92,5
Pasif	3	7,5
Jumlah	40	100

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Perilaku Responden

Pada tabel 5.8 sebagian besar (92,5%) responden berperilaku aktif, hal ini perlu dipertahankan untuk mencegah penularan TB Paru pada anggota keluarga yang lain.

#### 8) Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku responden

Tabel Silang Antara Tingkat Pengetahuan Terhadap Perilaku Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Pagesangan Bulan November 2002.

Pengetahuan	Perilaku		Total
	Aktif	Pasif	
Kurang	3 7,5 %	2 5 %	5 12,5 %
Cukup	33 82,5 %	1 2,5 %	34 85 %
Baik	1 2,5 %	0 0 %	1 (2,5 %)
Total	37 92,5 %	3 7,5 %	40 (100 %)
Uji Chi-Square : $X^2 = 8,712$ $df = 2$ : $P = 0,013$			

Tabel 5.9 Cross Tabel Tingkat Pengetahuan dan Perilaku Responden

Hasil uji chi square  $P = 0,013$  artinya tingkat kesalahan dibawah batas toleransi 5%.

Pada tabel 5.9 perilaku responden sebagian besar 37 orang (92,5%) adalah aktif, sebagian kecil 3 orang (7,5%) pasif, yang dimungkinkan sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh responden dan Pengetahuan sebagian besar cukup 34 orang (85 %), yang baik 1 orang (2,5 %) dan kurang 5 orang (12,5 %).

Hasil uji statistik dengan korelasi Chi-square diperoleh nilai  $\rho = 0,013$  kurang dari nilai  $\alpha = 0,05$  maka  $H_0$  ditolak. Ini berarti ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan di wilayah kerja Puskesmas Pagesangan Kodya Mataram 2002.

## 5.2 Pembahasan

### 1) Tingkat pengetahuan

Berdasarkan tabel 4.9 didapatkan hasil tingkat pengetahuan keluarga klien TB Paru mengenai penyakit TB Paru yaitu pengertian TB Paru, penyebab, cara penularan, gejala – gejala, resiko tertular dan cara pencegahan adalah cukup sebanyak 34 orang ( 85 % ), kurang sebanyak 5 orang ( 12,5 % ), dan baik 1 orang (2,5 %). Tingkat pendidikan keluarga klien TB Paru sebagian besar berpendidikan SMP / SMA ( 60% ).

Notoatmodjo, S ( 1997: 127 ) mengatakan bahwa pengetahuan adalah merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan merupakan dasar untuk berperilaku yang baik agar perilaku lebih langgeng diperlukan pengetahuan yang kuat. Pengetahuan ini dapat ditingkatkan dengan berbagai macam pemberian informasi-informasi tentang TB Paru. Penyuluhan TB dapat dilaksanakan dengan menyampaikan pesan penting secara langsung atau pun menggunakan media. Meskipun terdapat keluarga yang berpendidikan tinggi sebanyak 3 orang (7,5%) namun keluarga memiliki pengetahuan tentang TB Paru cukup baik karena :

- Kemajuan teknologi media cetak ataupun elektronika sudah sampai ke pedesaan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan keluarga.

- Informasi baru tentang berbagai macam penyakit dapat diperoleh dengan cepat dari berbagai sumber terutama tentang penyakit TBC.

## 2) Perilaku responden

Berdasarkan hasil pengolahan data pada tabel 4.9 didapatkan data 3 orang perilakunya pasif (7,5%) dan 37 orang perilakunya aktif (92,5%). Dari 38 orang didapatkan 3 orang pendidikannya rendah tetapi berperilaku aktif (7,5%). Hal ini ditunjang data Puskesmas bahwa tidak ada keluarga klien TB Paru yang tertular dan rata-rata klien dinyatakan BTA negatif setelah mengalami masa pengobatan akhir bulan kedua.

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan. Batasan ini mempunyai dua unsur pokok yaitu respon dan stimulus (rangsangan).

Respon atau reaksi manusia menurut Notoatmodjo, S (1997) terdapat 2 bentuk sebagai berikut :

Bentuk pasif yaitu terjadi di dalam diri manusia dan tidak langsung dapat dilihat oleh orang lain dan bentuk aktif yaitu apabila perilaku itu telah dapat diobservasi secara langsung.

Lawrence W. Green (1980) mengemukakan model analisis perilaku yang ditulis oleh Soekidjo Notoatmodjo dan Solita Sarwono (1985) sebagai berikut

$B = f(PF, EF, RF)$ , dimana B = Behavior, PF = Predisposing factors, EF= Enabling Factors dan RF = Reinforcing Factors artinya perilaku seseorang dipengaruhi atau ditentukan oleh tiga faktor tersebut, yaitu :

1. Faktor-faktor predisposisi, yang terwujud dalam pengetahuan, sikap kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dari seseorang
2. Faktor pendukung, yang terwujud dalam lingkungan fisik yaitu tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas yang dibutuhkan.
3. Faktor-faktor pendorong, yang terwujud dalam sikap dan perilaku dari petugas-petugas yang lain

Rogers ( 1974 ) menyatakan bahwa sebelum orang berperilaku baru, di dalam diri orang itu terjadi proses yang berurutan sebagai berikut:

- Menyadari stimulus ( objek )
- Merasa tertarik terhadap stimulus
- Menimbang baik tidaknya stimulus
- Mencoba melakukan sesuai dengan yang dikehendaki stimulus
- Adopsi yaitu subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Perilaku yang baik dapat mencegah terjadinya penularan terhadap keluarga klien TB Paru serta mendukung mempercepat penyembuhan dari klien TB Paru sesuai waktu yang ditentukan. Lingkungan di dalam dan di luar rumah memiliki peranan penting dalam penularan penyakit untuk itu perlu mendapat perhatian agar tidak terjadi penularan penyakit TB Paru.

3) Hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan

Uji Korelasi Chi-square menunjukkan nilai  $\rho = 0,013$  dan  $\alpha = 0,05$  dimana  $\rho < \alpha$  artinya bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan di wilayah kerja Puskesmas Pagesangan Kodya Mataram tahun 2002. Hal ini membuktikan semakin baik tingkat pengetahuan, diduga perilaku keluarga klien semakin aktif. Keadaan ini seperti pendapat dari Notoatmodjo, S (1997) yang mengatakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang, karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari pengetahuan.

Rogers (1994) menyatakan bahwa apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut menjadi langgeng (long lasting). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran tidak akan berlangsung lama.

Strategi untuk memperoleh perubahan perilaku menurut WHO adalah dengan pemberian informasi, diskusi dan partisipasi. Dengan memberikan informasi tentang cara hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan aktif berpartisipasi melalui diskusi akan meningkatkan pengetahuan masyarakat. Dengan

pengetahuan yang diperoleh akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya sehingga pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku yang mereka peroleh lebih mantap dan lebih mendalam yang akhirnya perilaku mereka lebih mantap juga.

Dari 40 responden terdapat 2 orang responden berpengetahuan kurang tetapi berperilaku pasif. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor.

Menurut H.L Blum dan Lawrence Green menyatakan bahwa ada 3 faktor pokok yang mempengaruhi perilaku yaitu:

- 1) Faktor predisposisi (pengetahuan, sikap, kepercayaan dan tradisi )
- 2) Faktor pendukung (ketersediaan sumber atau fasilitas hidup sehat dalam keluarga )
- 3) Faktor pendorong (sikap dan perilaku petugas kesehatan).

Berdasarkan paparan diatas menunjukkan bahwa ada kesesuaian antara hasil penelitian dan teori yang dikemukakan, menyatakan ada hubungan antara pengetahuan dan perilaku. Semakin tinggi pengetahuan seseorang maka orang tersebut akan berperilaku aktif dalam pencegahan penyakit TB Paru.



## **BAB 6**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya, maka pada bab ini akan diuraikan beberapa kesimpulan dari penelitian ini yakni untuk menjawab tujuan yang dicantumkan pada bab 1 sebagai berikut :

- 1) Tingkat Pengetahuan diidentifikasi menunjukkan katagori Cukup Baik, sesuai hasil menunjukkan bahwa dari 40 responden yang menjawab angket dengan nilai cukup baik sebanyak 35 orang (87,5%)
- 2) Perilaku responden diidentifikasi aktif dengan frekuensi dari 40 responden 37 orang (92,5%)
- 3) Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan perilaku keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan.
- 4) Hubungan antara pengetahuan dan perilaku responden, dimana tingkat pengetahuan menunjukkan baik dan perilaku juga menunjukkan hasil baik, kemudian dengan uji statistik Chi- Square hasilnya  $p = 0,013$  menunjukkan ada signifikan. Artinya semakin tinggi pengetahuan keluarga klien TB Paru akan berperilaku aktif dalam mencegah penularan terhadap TB Paru.

## 6.2 Saran-Saran

Saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian adalah sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan keluarga klien sebagian besar cukup baik tapi perlu ditingkatkan dengan penyuluhan-penyuluhan mengenai cara pencegahan penyakit TB Paru dengan berbagai alat media penyuluhan.
2. Perilaku keluarga klien TB Paru dalam mencegah penularan dikategorikan aktif untuk itu perlu diajarkan gerakan yang sifatnya pencegahan penularan penyakit seperti : gerakan membersihkan lingkungan dalam maupun luar rumah dan gerakan menjemur kasur / bantal
3. Sebagai perawat,  
Peran untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku keluarga TB Paru dalam pencegahan penularan melalui penyuluhan-penyuluhan demonstrasi di masyarakat yang dilakukan baik di dalam maupun luar gedung Puskesmas dengan menggunakan berbagai alat media Memberi motivasi, agar setiap individu mampu memberi penyuluhan dalam rangka meningkatkan pengetahuan Untuk memantapkan perlu metode penyuluhan yang bervariasi.
4. Sarana dan fasilitas sebagai penunjang terlaksananya kegiatan dengan baik perlu diperhatikan khususnya oleh pimpinan Puskesmas dan Pemerintah setempat saling kerjasama yang baik sehingga kebijakan yang menguntungkan masyarakat dapat terjalin dengan positif.

# DAFTAR PUSTAKA

### DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga (2000). *Tuberkulosis Diagnosis Terapi dan Masalahnya*, Lab Mikrobiologi RSUP Persahabatan Jakarta, hal. 76.
- Alsagaff H. Mukty H A, *Dasar-dasar Ilmu Penyakit Paru*, Surabaya, Airlangga University Press, 1995, hal. 12.
- Amin, M. (2000). *Tuberkulosis-Permasalahannya dan Penanggulangan*, Makalah Surabaya, hal. 2.
- Arikunto S. (1996). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, PT, Bima Aksara, Jakarta, hal. 13
- DepKes RI. (1996). Repelita VI, *Program Penyuluhan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, hal. 17.
- DepKes RI. (2000). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkolusis*, Jakarta, hal. 8.
- DepKes RI (2000). *Stop di Indonesia dengan DOTS*, Gerdunas TB, Jakarta, hal. 3, 7, 10.
- DepKes RI (1999). *Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis*, Ditjen PPM & PLP Jakarta, hal. 23-26, 55.
- Hadi, Sutrisno. (2001). *Metode Research*, Andi Yogyakarta, hal. 9.
- Irwanto, dkk. (1997). *Psikologi Umum*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, hal.15.
- Murti, Bhisma. (1997). *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, hal. 14, 73.
- Notoadmodjo S. (1993). *Penelitian Kesehatan*, Jakarta, Penerbit Rineka Cipta, hal. 121.
- Notoadmodjo S. (1997). *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta, Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat FKM-UI, hal. 127-128.
- Nursalam dan Pariani S. (2000). *Pendekatan Praktis Metode Riset Keperawatan FK-UNAIR Surabaya*, hal. 14.
- Partner Ship (2000). *A Key Factor In The Success Of National TB Programme*, Gerdunas Jakarta, p. 8, 24.

- Purwanto, N. (2000). *Psikologi Pendidikan*, PT, Remaja Rosdakarya, Bandung, hal. 20.
- Sawitri, Nur Indah. (2001). *Perbandingan Keberhasilan Konfersi Dahak TB Paru Pengobatan Program (DOTS) Dengan Non Program Pada Akhir Fase Intensif*, Thesis, Surabaya, hal. 11.
- Smet, Bart. (1994). *Psikologi Kesehatan*, PT, Gramedia Widia Sarana Indonesia, Jakarta, hal. 9.
- Soedarsono. (2000). *Diagnosis & Pengobatan Tuberkulosis Paru*, PKP Paru-IV, Surabaya, hal. 49-51, 54-56.
- Soekamto, dkk. (1997). *Teori Belajar Dan Model-model Pembelajaran*, Depdikbud, Jakarta, hal. 15.
- Sugiyono. (1999). *Metode Penelitian Administrasi*, Alfabeta, Bandung, hal. 22.
- Suwarno. (1992). *Pengantar Umum Pendidikan*, PT, Rineka Cipta, Jakarta, hal. 11.
- Widayatun, Trirusmi. (1999). *Ilmu Perilaku*, CV, Infomedika, Jakarta, hal. 16.

# LAMPIRAN

Lampiran 1 :

**LEMBAR KUESIONER****HUBUNGAN ANTARA TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN PERILAKU KELUARGA KLIEN TB PARU DALAM MENCEGAH PENULARAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAGESANGAN KOTA MATARAM TAHUN 2002**

Tanggal :

Waktu /jam :

Nomor Kode Responden :

**Petunjuk** : Berilah tanda rumput V pada kolom jawaban yang sesuai menurut anda.

**I. DATA UMUM****1. Jenis kelamin**

- 1. Laki - laki
- 2. Perempuan

**2. U s i a**

- 1. 15 - 25 tahun
- 2. 26 - 35 tahun
- 3. 36 - 45 tahun
- 4. 46 - 55 tahun

**3. Pendidikan**

- 1. Tidak sekolah tidak tamat SD
- 2. SD
- 3. SMP / SMA
- 4. Akademi / PT

**4. Pekerjaan**

- 1. Tidak bekerja
- 2. Buruh
- 3. Swasta
- 4. PNS/ABRI



## 5. Hubungan responden dengan penderita

- 1. Bapak
- 2. Ibu
- 3. Suami
- 4. Istri
- 5. Anak
- 6. Menantu
- 7. Lain-lain .....

**II. KODE A Pengetahuan Responden**

PERNYATAAN		Ya	Tidak	Kode
1.	Penyakit TB Paru merupakan penyakit yang dapat Disembuhkan.			
2.	Penyakit TB Paru disebabkan oleh bakteri			
3.	Penvakit TB Paru d'tularkan melalui ludah yang Mengandung kuman.			
4.	Gejala dari penyakit TB Paru adalah batuk berdahak lebih dari 3 minggu.			
5.	Pengobatan yang dilakukan pada TB Paru adalah minum obat secara teratur.			
6.	Resiko penularan pada TB paru adalah semua. keluarga yang serumah dengan penderita.			
7.	Cara pencegahan penularan TB Paru adalah penderita tidak membuang dahak di sembarangan tempat penderita.			
8.	Dengan Imunisasi BCG pada bayi dapat meningkatkan Kekebalan.			
9.	Salah satu cara mencegah penularan TB Paru. adalah Membiasakan penderita menutup mulut saat batuk.			
10.	Cara mencegah TB Paru adalah membuka pintu dan Jendela setiap hari.			

**III. KODE B : Perilaku Responden**

Jawablah pertanyaan berikut sesuai dengan pendapat Saudara dengan

memberi tanda rumput ( V ) pada kolom jawaban.

<b>Keterangan</b>	<b>SS</b>	<b>Sangat setuju</b>
	<b>ST</b>	<b>Setuju</b>
	<b>RG</b>	<b>Ragu - ragu</b>
	<b>TS</b>	<b>Tidak setuju</b>
	<b>ST</b>	<b>Sangat tidak setuju</b>

PERNYATAAN	JAWABAN					
	SS	ST	RG	TS	STS	Kode
1. Saya akan ikut penyuluhan tentang penyakit TB Paru yang diadakan oleh Puskesmas.						
2. Saya berusaha mencari informasi tentang TB Paru dengan membaca buku atau mendatangi Puskesmas.						
3. Setelah saya mendapat informasi, saya akan menceritakan kepada keluarga saya yang sakit TB Paru.						
4. Saya akan mengingatkan keluarga saya yang sakit untuk berolah raga secara rutin.						
5. Saya akan menanya'kan makan-makanan bergizi untuk meningkatkan daya tahan tubuh dalam rangka mencegah penularan TB Paru.						
6. Saya membawa bayi saya ke Puskesmas untuk mendapatkan imunisasi BCG untuk Meningkatkan kekebalan terhadap Tuberkulosis						
7. Dengan menutup mulut setiap kali batuk bagi Klien TB Paru adalah upaya untuk mencegah penularan.						
8. Dengan membiasakan diri hidup sehat, resiko tertular penyakit TB Paru dapat kita cegah.						
9. Saya akan berusaha membuka pintu dan jendela pada pagi dan siang hari agar kuman Tuberkulosis mati.						
10. Saya akan menjemur kasur secara rutin sesuai anjuran petugas kesehatan.						
11. Saya menganjurkan tidak berludah disembarangan tempat kepada keluarga saya yang menderita TB Paru untuk mencegah Penularan						
12. Saya akan menjaga kebersihan diri dan Lingkungan tempat tinggal untuk mencegah penularan.						
13. Saya menyediakan kamar tersendiri bagi keluarga saya yang menderita TB Paru untuk mencegah penularan.						
14. Jika salah satu keluarga saya batuk-batuk lebih dari 3 minggu , upaya yang saya lakukan adalah mengantarnya ke Puskesmas.						

15. Salah satu keluarga saya menderita TB Paru maka seluruh anggota keluarga saya yang serumah, saya sarankan untuk periksa ke Puskesmas.						
16. Saya seharusnya mengingatkan dan mengawasi keluarga saya agar minum obat sesuai dengan petunjuk dari petugas kesehatan.						
17. Saya akan menyarankan keluarga saya yang menderita TB Paru untuk kontrol lagi ke Puskesmas bila obat sudah habis.						
18. Saya akan menyarankan keluarga saya untuk Memeriksa dahaknya secara rutin ke Puskesmas.						
19. Bila keluarga saya yang menderita TB Paru Kontrol ke Puskesmas saya menyempatkan diri untuk mengantar supaya tahu perkembangan Penyakitnya.						
20. Saya selalu mengingatkan keluarga saya yang menderita TB Paru untuk mengikuti anjuran yang disarankan oleh petugas kesehatan.						

## TABULASI HASIL PENGUMPULAN DATA

DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PAGESANGAN KOTA MATARAM  
BULAN NOVEMBER TAHUN 2002

No. Sampel	Karakteristik Responden					Pengetahuan	Perilaku
	Jenis kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Hubungan keluarga		
1	2	1	2	4	5	3	2
2	2	1	1	1	6	1	1
3	2	2	3	1	6	3	2
4	1	3	2	2	5	3	1
5	1	3	4	3	7	2	2
6	1	2	1	3	1	1	1
7	2	4	3	2	1	2	2
8	1	4	4	3	5	2	2
9	1	3	3	3	5	3	2
10	2	2	3	1	6	3	2
11	1	2	3	3	5	3	2
12	2	4	2	1	4	3	2
13	1	1	3	1	5	2	1
14	1	1	3	1	5	2	2
15	2	1	3	1	5	3	2
16	1	1	3	1	5	3	2
17	2	3	3	3	7	3	2
18	1	3	3	3	7	3	2
19	2	3	2	1	4	3	2
20	2	2	3	1	6	3	2
21	1	2	3	3	6	3	2
22	2	2	3	1	5	3	2
23	2	4	2	3	4	3	2
24	2	3	3	3	5	3	2
25	2	2	3	3	5	3	2
26	1	3	1	3	1	2	1
27	2	3	2	3	2	3	2
28	1	1	3	1	5	3	2
29	2	2	2	2	4	3	2
30	2	2	4	2	5	3	2
31	1	1	3	1	5	3	2
32	2	4	2	1	4	3	2
33	1	2	3	3	5	3	2
34	2	2	3	1	5	3	2
35	1	2	3	3	5	3	2
36	1	4	2	2	1	1	1
37	2	4	2	1	4	3	2
38	2	2	3	3	5	3	2
39	2	1	3	3	5	3	2
40	1	2	3	3	5	3	2

35

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Perilaku	40	100,0%	0	,0%	40	100,0%

**Pengetahuan \* Perilaku Crosstabulation**

		Perilaku		Total
		1,00	2,00	
1,00	Count	2	3	5
	Residual	,16	-1,6	
	Std. Residual	2,7	-,8	
2,00	Count	1	33	34
	Residual	-,15	1,6	
	Std. Residual	-1,0	,3	
3,00	Count	0	1	1
	Residual	-,1	,1	
	Std. Residual	-,3	,1	
Count		3	37	40

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Chi-Square	8,712 <sup>a</sup>	2	,013
Likelihood Ratio	5,558	2	,062
Fisher's Linear Contingency Coefficient	7,253	1	,007
N of Valid Cases	40		

a. 3 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

## Nonparametric Correlations

### Correlations

			Pengetahuan	Perilaku
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1,000	,438*
		Sig. (2-tailed)	.	,005
		N	40	40
	Perilaku	Correlation Coefficient	,438*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,005	.
		N	40	40

\*\* . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).



Surabaya, 1 Nopember 2002

Nomor : 1745 /JO3.1.17/D-IV & PSIK/2002  
Lampiran : 1 ( satu ) Berkas.  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data  
Mahasiswa DIV Perawat Pendidik - FK UNAIR

Kepada Yth. :

**Kepala Dinas Kesehatan Kota Mataran**

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 untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : **Nursardjan.**  
NIM : **010110356 - R**  
Judul Penelitian : **Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Keluarga Klien TB Paru Dalam Mencegah Penularan Di Wilayah Kerja Puskesmas Pagesangan Kota Mataran.**  
Tempat : **Kota Mataran.**

Atas perhatian dan kerjasamanya , kami sampaikan terima kasih.

a.n. Ketua Program  
Pembantu Ketua I  
**Nursalam Mhurs (Hons)**  
NIP. 140 238 226

Tembusan :

1. Yth, **Kepala Puskesmas Pagesangan**

**di Mataran.** Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Keluarga Klien ...

Nursardjan

2. A r s i p

**PEMERINTAH KOTA MATARAM  
DINAS KESEHATAN**

*Jln. Sultan Hasanudin no. 34 cakranegara Telp. 637440 Fax. 641562*

Mataram, 11 Nopember 2002

Nomor : 443/ 470 /P3PPL-DIKES/XI/2002  
Lampiran : -  
Perihal : **Persetujuan Penelitian An. Nursardjan  
Program Studi D-IV Perawat Pendidik FK. UNAIR**

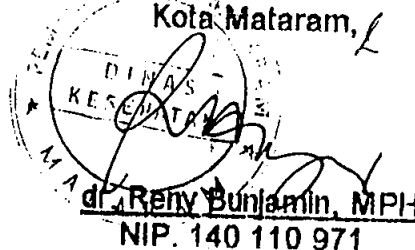
Kepada, Yth.  
Kepala Puskesmas Pagesangan  
di-

Tempat.

Menindaklanjuti surat dari Program studi D-IV Perawat Pendidik FK-UNAIR No. 1745/JO3.1.17/D-IV & PSIK/2002 tanggal 1 Nopember 2002 perihal Permohonan bantuan Fasilitas Pengumpulan Data Mahasiswa D-IV Perawat Pendidik FK-UNAIR , dengan ini kami sampaikan pada prinsipnya menyetujui. Untuk itu agar saudara memberikan bantuan untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian.

Atas perhatian saudara diucapkan terima kasih.

Kepala Dinas Kesehatan  
Kota Mataram,

  
dr. Reny Bunjamin, MPH  
NIP. 140 110 971