



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN TB. PARU  
RENCANA PULANG TENTANG PENYAKIT TB. PARU DI  
RUANG RAWAT INAP RS. PARU DR. M. GOENAWAN  
PARTOWIDIGDO**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Keperawatan**

**KURNIAWAN ADIWIDIA**

**1006823362**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DEPOK**

**JULI 2012**

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Kurniawan Adiwidia**

**NPM : 1006823362**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 11 Juli 2012**



## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Kurniawan Adiwidia

NPM : 1006823362

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien TB. Paru Rencana Pulang Tentang Penyakit TB. Paru Di Ruang Rawat Inap RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo.

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian dari persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Tuti Herawati S.Kp., M.N (  )

Penguji : Masfuri S.Kp., M.N (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 11 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin penulis panjatkan kehadiran Alloh SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi sesuai pada waktunya. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Pendidikan Sarjana Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Judul skripsi ini adalah “ GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN TB PARU RENCANA PULANG TENTANG PENYAKIT TB. PARU DI RUANG RAWAT INAP RS. PARU DR. M. GOENAWAN PARTOWIDIGDO.”

Dalam menyusun skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dan arahan dari berbagai pihak maka dalam kesempatan ini perkenakan penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Dewi Irawati, MA,Ph.D., selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Kuntarti S.Kp., M.Biomed sebagai penanggung jawab mata kuliah Tugas Akhir Ekstensi 2010.
3. Bapak Agung Waluyo, S.Kp, M.Sc, Ph.D., selaku koordinator mata ajar riset keperawatan pada semester III.
4. Ibu Dewi Gayatri S.Kp., M.Kes sebagai pembimbing Proposal Penelitian semester III mata kuliah riset keperawatan.
5. Ibu Tuti Herawati S.Kp., M.N sebagai pembimbing Proposal Penelitian dan Skripsi, terima kasih atas bimbingan dan motivasi.
6. Ibu dr. Hj Zubaedah Tabrani Sp.P selaku direktur utama RS Paru dr M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor yang telah memberikan izin dan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan penelitian.
7. Ibu dr. Neni Sawitri Sp.P selaku kepala bagian Diklat RS Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo beserta staf.
8. Bapak Masfuri S.Kp., M.N selaku penguji sidang Skripsi.
9. Rekan-rekan sejawat Ekstensi 2010 yang telah memberikan dukungan dan masukan atas Proposal penelitian dan Skripsi yang telah disusun.

10. Rekan-rekan kerja di Instalasi Gawat Darurat dan seluruh perawat RS Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor yang telah memberikan banyak pengertian dan kerjasama selama peneliti melaksanakan perkuliahan.
11. Bapak dan Ibu dosen serta staf kampus yang telah memberikan bimbingan dan motivasi selama dua tahun penulis menjadi mahasiswa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
12. Kedua orang tuaku serta kakak-kakak tercinta yang senantiasa mencurahkan kasih sayang, dorongan, dan do'a sehingga penulis mampu menyelesaikan perkuliahan dan Skripsi.
13. R. Nirmalasari Nurlaila yang selalu memberikan motivasi tiada henti.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi maupun sistematika penulisan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan penelitian atau riset keperawatan ini.

Depok, Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Saya sitivas akademik Universitas Indonesia, yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kurniawan Adiwidia  
NPM : 1006823362  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Skripsi

Demi mengembangkan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul : “Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien TB. Paru Rencana Pulang Tentang Penyakit TB. Paru Di Ruang Rawat Inap RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 11 Juli 2012

Yang menyatakan,



( Kurniawan Adiwidia )

Nama : Kurniawan Adiwidia  
NPM : 1006823362  
Program Studi : Program Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
Judul : Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien TB Paru Rencana Pulang Tentang Penyakit TB Paru Di Ruang Rawat Inap RS Paru. Dr. M. Goenawan Partowidigdo.

### ABSTRAK

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis* yang salah satunya menyerang paru-paru dan ditularkan melalui *droplet* (udara) dari penderita TB paru aktif. Pengendalian penyakit TB paru adalah dengan meningkatkan pengetahuan penderita. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien TB paru rencana pulang rawat inap tentang penyakit TB paru. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan 64 sampel. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pasien adalah 51,6% berpengetahuan baik dan 48,4% berpengetahuan kurang. Rumah sakit perlu mengoptimalkan pengetahuan dan evaluasi pengetahuan pasien rawat inap yang akan pulang.  
Daftar pustaka : 41 (1983-2010)

Kata kunci : Tuberkulosis paru, pasien rencana pulang, pengetahuan TB

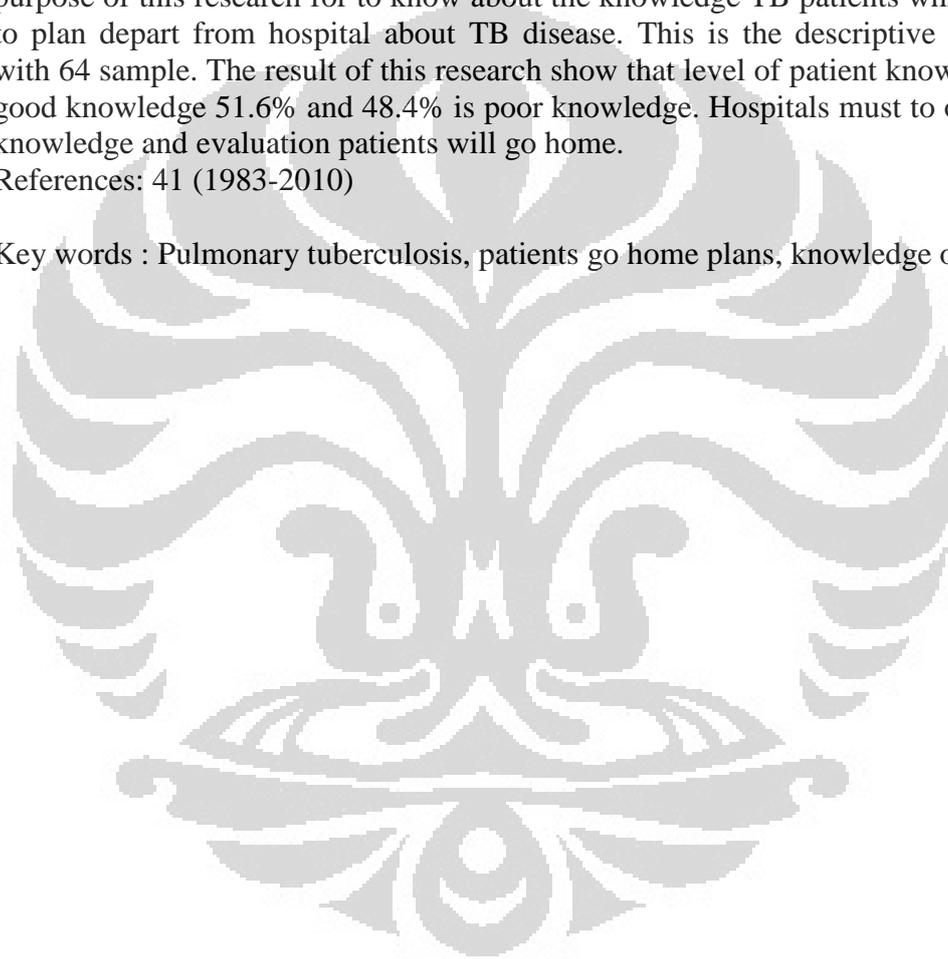
Title : Description Of TB Patients Knowledge Which Have To Plan Depart From Hospital About TB Disease In Dr. M Goenawan Partowidogdo's Lung Hospital

### ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by *mycobacterium tuberculosis* germs, the disease can attacks the lungs and transmitted by *droplets* (air) by patients TB active. Control of TB with increase knowledge of the patient TB. The purpose of this research for to know about the knowledge TB patients which have to plan depart from hospital about TB disease. This is the descriptive research with 64 sample. The result of this research show that level of patient knowledge is good knowledge 51.6% and 48.4% is poor knowledge. Hospitals must to optimize knowledge and evaluation patients will go home.

References: 41 (1983-2010)

Key words : Pulmonary tuberculosis, patients go home plans, knowledge of TB



## DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
<b>2.1 TUBERKULOSIS.....</b>	<b>8</b>
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Cara Penularan.....	9
2.1.4 Faktor Resiko.....	9
2.1.5 Tanda Dan Gejala.....	10
2.1.6 Klasifikasi Tuberkulosis.....	11
2.1.6.1 Klasifikasi Berdasarkan Pengobatan.....	12
2.1.7 Diagnosa Penunjang.....	13
2.1.8 Pengobatan.....	14
2.1.8.1 Panduan OAT Di Indonesia .....	16
2.1.8.2 Tahapan Pengobatan.....	16
2.1.8.3 Efek Samping.....	17
2.1.9 Pencegahan.....	19
<b>2.2 PENGETAHUAN.....</b>	<b>20</b>
2.2.1 Pengertian.....	20

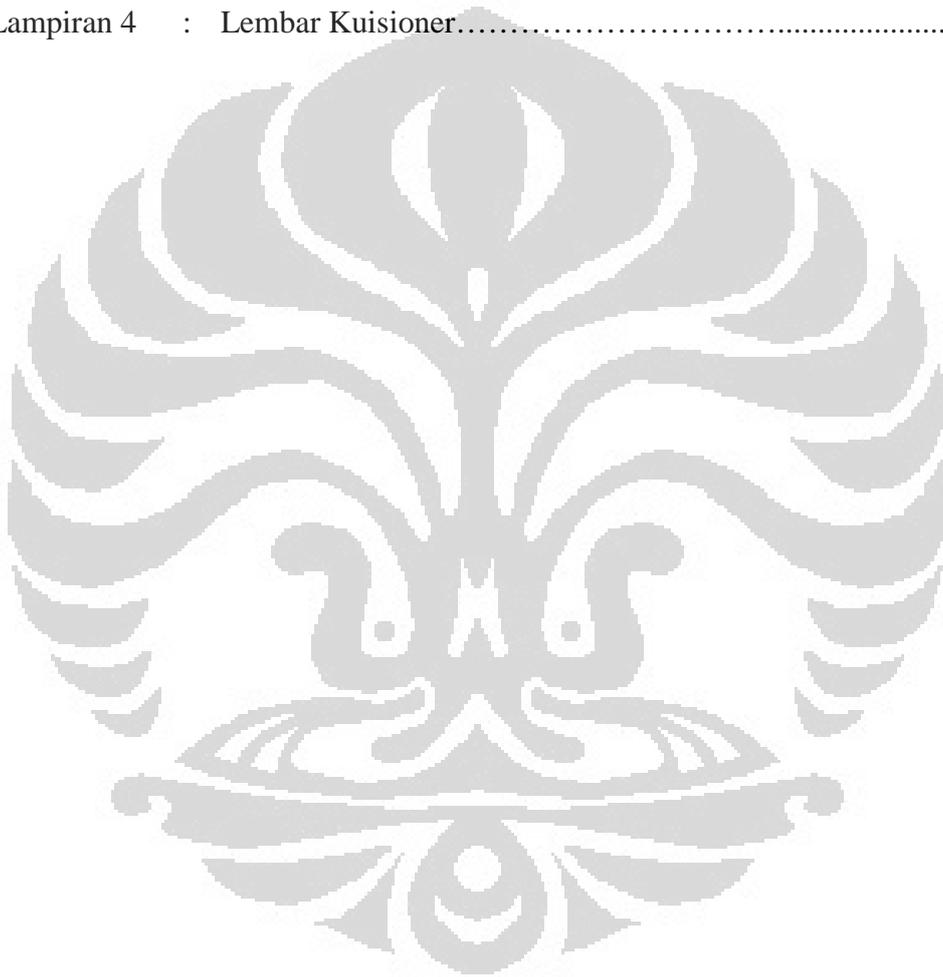
2.2.2. Tingkatan Pengetahuan.....	20
2.2.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	22
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESA, DAN DEFINISI</b>	
<b>OPERASIONAL</b>	
3.1 Kerangka Konsep.....	28
3.2 Definisi Operasional.....	29
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN</b>	
4.1 Desain Penelitian.....	32
4.2 Populasi Dan Sampel.....	32
4.3 Tempat Penelitian.....	35
4.4 Waktu Penelitian.....	35
4.5 Etika Penelitian.....	35
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	36
4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas.....	37
4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	38
4.9 Pengolahan Dan Analisa Data.....	39
<b>BAB 5 HASIL</b>	
5.1 Hasil Analisis Univariat.....	41
5.1.1 Distribusi Karakteristik Responden .....	41
5.2 Tingkat Pengetahuan Responden.....	43
<b>BAB 6 PEMBAHASAN.....</b>	<b>48</b>
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Kesimpulan.....	58
7.2 Saran.....	59
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>60</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>64</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	: Definisi Operasional.....	29
Tabel 4.1	: Analisis Variabel.....	40
Tabel 5.1	: Distribusi Usia Responden.....	41
Tabel 5.2	: Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Kelompok Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Riwayat Pengobatan, dan Sumber Informasi.....	42
Tabel 5.3	: Distribusi Tingkat pengetahua Responden.....	44
Tabel 5.4	: Distribusi Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Kelompok Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Riwayat Pengobatan, dan Sumber Informasi.....	45

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Biodata Penulis.....	64
Lampiran 2	: Persetujuan Tertulis Untuk Permohonan Menjadi Responden.....	65
Lampiran 3	: Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	66
Lampiran 4	: Lembar Kuisisioner.....	67



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dan terpenting dari pembangunan nasional dimana pembangunan kesehatan memiliki tujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Arah pembangunan nasional periode 2010-2014 tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 yang memiliki lima agenda utama pembangunan nasional. Salah satu misi pemerintah yaitu mencapai pembangunan kesehatan yang berkeadilan, dan sasaran pembangunan kesehatan tersebut dikembangkan menjadi sasaran-sasaran yang lebih spesifik, termasuk sasaran angka kesakitan penyakit menular untuk pemberantasan penyakit TB (Departemen Kesehatan RI, 2007).

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis* yang ditemukan oleh Robert Koch pada tahun 1882 melalui penelitiannya. Kuman tersebut dianggap paling berbahaya dalam dunia kesehatan yang menyerang paru-paru, kuman *mycobacterium tuberculosis* juga menyerang luar paru seperti kelenjar getah bening (kelenjar), kulit, usus/saluran pencernaan, selaput otak, dan tulang (Somantri, 2009). Selain berbahaya, penyakit Tuberkulosis juga dianggap penyebarannya sangat cepat dan dapat menyerang semua usia.

Tuberkulosis (TB) paru merupakan penyakit yang ditularkan melalui *droplet* (udara) yang dikeluarkan oleh penderita TB paru aktif melalui batuk atau bersin dan terhirup oleh orang lain sehingga penyakit ini semakin rentan untuk menjadi lebih luas dan akan menjadi temuan kasus yang semakin meningkat apabila tidak dikendalikan. Penyakit ini sebagian besar menyerang usia produktif antara usia 15 dan 45 tahun sehingga selain meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas, penyakit ini juga menurunkan produktivitas

masyarakat. Oleh karena itu, penyakit TB merupakan tantangan terbesar kesehatan di negara berkembang seperti Indonesia.

WHO pada tahun 2009 menerangkan bahwa lebih dari 2 miliar orang di dunia atau sama dengan sepertiga warga dunia terinfeksi basil TB. Jika tidak dapat pengobatan, setiap orang dengan TB Paru aktif dapat menularkan kepada rata-rata 10 sampai 15 orang pertahun. Data dari WHO pada tahun 2009, mencatat peringkat Indonesia berada di posisi lima di dunia. Pada Global Report WHO 2010 didapatkan data di Indonesia bahwa seluruh kasus TB tahun 2009 sebanyak 294.731, dimana 169.213 adalah kasus baru BTA positif, 108.616 adalah kasus baru BTA negatif, 11.215 adalah kasus TB Extra Paru, 3.709 adalah kasus TB Kambuh, dan 1.978 adalah kasus pengobatan ulang diluar kasus kambuh (*sumber WHO Global Tuberculosis Control 2010*). Dari data di atas menunjukkan bahwa angka kesakitan orang dengan penyakit Tuberkulosis sangat tinggi selain karena penyebarannya yang mudah melalui udara tetapi juga karena kurang kesadaran penderita sehingga angka kambuh dan pengobatan ulang masih terjadi.

Berbagai upaya pemerintah untuk memberantas kasus TB Paru sudah banyak dilakukan seperti promotif, preventif, dan kuratif oleh instansi Puskesmas dan Rumah Sakit untuk melakukan penemuan dini, mencegah peningkatan angka kejadian, dan penularan. Hasil monitoring dan evaluasi yang telah dilakukan oleh Tim TB External Monitoring Mission pada tahun 2005 dan evaluasi yang dilakukan oleh WHO dan Program Nasional TB menunjukkan bahwa meskipun angka penemuan kasus TB Paru di rumah sakit cukup tinggi tetapi angka keberhasilan pengobatan rendah dengan angka putus berobat masih cukup tinggi. Kondisi tersebut berpotensi untuk menciptakan masalah besar pada peningkatan terjadinya resistensi terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) (Departemen Kesehatan RI, 2007). Program pemerintah sudah dijalankan dengan baik, berbagai program dan pengembangan sumber daya manusia juga sudah dikembangkan namun dengan adanya angka putus berobat

yang tinggi menunjukkan bahwa rendahnya tingkat pengetahuan penderita TB Paru sehingga berpotensi pada rendahnya kesadaran akan pengobatan.

Hasil penelitian Safitri (2001) menunjukkan bahwa faktor yang berhubungan bermakna dengan putus berobat adalah pengetahuan. Penderita TB paru dengan pengetahuan rendah berpeluang putus berobat 3,69 kali (95% CI : 1,418 - 9,951) dibandingkan penderita TB paru yang berpengetahuan tinggi tentang TB paru. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pengetahuan sangat berperan dalam kepatuhan minum obat, keberhasilan pengobatan, kesuksesan program pengendalian dan pemberantasan penyakit TB.

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu yang telah orang lakukan dengan cara penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah usia, pendidikan, pekerjaan, sosial ekonomi, sumber informasi, pengalaman. Faktor tersebut akan mempengaruhi bagaimana pengetahuan secara kognitif yang meliputi 6 tingkat, yaitu; tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis dan evaluasi (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan ini akan mempengaruhi bagaimana seseorang merencanakan, mengambil keputusan, dan bertindak. Salah satu peranan pengetahuan dalam pengendalian penyakit Tuberkulosis adalah bagaimana seseorang dapat mencegah dan mengurangi angka kesakitan Tuberkulosis.

RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo merupakan Rumah Sakit Khusus tipe A yang memberikan pelayanan pada penyakit paru-paru. Departemen Kesehatan RI (2007) menjelaskan bahwa rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan berupa pelayanan rawat jalan, rawat inap, rawat darurat yang mencakup pelayanan medis dan penunjang medis, serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. Sedangkan yang disebut Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang menyelenggarakan kesehatan berdasarkan disiplin

ilmu tertentu atau jenis penyakit tertentu yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik dan sub spesialistik.

Berdasarkan dari data RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor tahun 2010, ditemukan 998 pasien kasus baru, serta 329 kasus putus berobat dan kambuh baik itu yang berasal dari rumah sakit itu sendiri maupun rujukan dari beberapa Puskesmas atau Rumah Sakit lain. Hal ini menunjukkan bahwa angka kejadian TB Paru masih tinggi dan kasus putus berobat (pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif) serta kambuh (pasien TB paru yang pernah mendapatkan pengobatan TB Paru lengkap, dinyatakan sembuh, tapi didiagnosa kembali dengan BTA positif/kultur) juga masih tinggi.

Rumah sakit Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor memiliki pelayanan rawat inap, rawat jalan, instalasi gawat darurat, dan penunjang medis. Untuk rawat inap tersedia 163 tempat tidur untuk dewasa, 91 tempat tidur khusus untuk penderita TB. Paru yang terdiri dari 15 tempat tidur kelas I, 26 tempat tidur kelas II, dan 50 tempat tidur kelas III, sedangkan untuk VIP tidak ada ruangan khusus untuk TB Paru karena bersifat fleksibel dan dapat dipergunakan oleh pasien TB Paru dan non TB Paru. Pasien rawat inap tersebut terdiri dari pasien TB Paru baru, putus berobat, atau kambuh. Departemen Kesehatan RI (1987) menerangkan bahwa rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien yang masuk ke rumah sakit yang menggunakan tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan atau penunjang medik lainnya.

Pelayanan keperawatan yang diberikan di ruang rawat inap telah berjalan dengan cukup baik, meliputi pelayanan biopsikososial dan spiritual, yang mana sebagian besar asuhan keperawatan klien diberikan pada keluhan utama pasien saat di rawat, dan tindakan yang bersifat kolaboratif. Namun untuk penilaian atau pengkajian tingkat pengetahuan masih jarang terlihat, ditandai dengan jarang nya diagnosa keperawatan yang muncul mengenai pengetahuan

klien. Hal itu karena, sebagian besar pelayanan difokuskan kepada keluhan utama klien.

Untuk peningkatan pengetahuan pasien tentang penyakit TB Paru baik perawat dan dokter memberi penjelasan singkat tentang penyakit yang diderita oleh pasien, penyebab, tanda atau gejala, pencegahan, dan pengobatan ketika interaksi dengan pasien. Penjelasan tersebut termasuk kepada *discharge planning* dari sejak dia mulai dirawat sampai pemulangan pasien maka ada persiapan yang diberikan kepada pasien meliputi pengetahuan tentang penyakit TB Paru, pemeriksaan selanjutnya, dan bagaimana perawatan di rumah pada pasien TB Paru. Penjelasan singkat itu dikarenakan jumlah perawat dengan jumlah pasien memiliki perbandingan yang cukup jauh, rata-rata ruangan rawat inap memiliki perbandingan 1 : 8 antara perawat dengan pasien. Adapun poster di setiap ruangan yang ditempel di dinding lorong depan kamar tidur pasien tentang penyakit TB Paru serta adanya televisi untuk setiap ruangan tunggu keluarga pasien yang menayangkan seputar penyakit TB Paru pada pukul 08.00 – 10.00 WIB namun antusiasme pasien maupun keluarga pasien terhadap informasi tentang penyakit TB Paru tersebut masih cukup rendah.

Dari paparan di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran tingkat pengetahuan pasien TB Paru rencana pulang tentang penyakit TB. Paru di ruang rawat inap RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor. Hal ini dianggap penting untuk melihat bagaimana keefektifan program rumah sakit dalam meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit TB Paru sehingga mencegah terjadinya peningkatan angka kesakitan, penularan, putus berobat, kambuh, dan resisten terhadap pengobatan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi yang penyebarannya melalui udara yang dikeluarkan oleh penderita melalui batuk atau bersin yang

sebagian besar menyerang usia produktif. Menurut data WHO tahun 2009 menunjukkan angka yang sangat tinggi untuk kasus TB di dunia dan pada saat ini Indonesia menduduki peringkat kelima dunia untuk kasus TB itu sendiri. Berbagai program sudah dilakukan untuk menurunkan angka kejadian TB paru, baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Berbagai penelitian pun dilakukan untuk mengatasi permasalahan yang ada, dan ditemukan bahwa faktor pengetahuan sangat berperan dalam kesuksesan penurunan kasus TB.

RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo merupakan rumah sakit tipe A khusus yang bersifat spesialis terhadap penyakit paru serta memiliki kapasitas rawat inap yang cukup banyak. Upaya peningkatan pengetahuan dari pihak Rumah Sakit baik itu dari perawat, dokter, maupun pihak PKMRS (Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit) telah dilakukan. Maka dari itu peneliti merumuskan permasalahan yang akan diteliti adalah gambaran tingkat pengetahuan pasien TB Paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru di rawat inap RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor. Penelitian ini untuk melihat gambaran secara umum tentang tingkat pengetahuan pasien TB. Paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru, selain untuk melihat bagaimana pengetahuan dari pasien yang akan pulang sehingga mencegah peningkatan angka kesakitan, penularan, putus berobat, kambuh, dan resisten terhadap pengobatan tetapi untuk melihat keefektifan peningkatan pengetahuan dari pihak Rumah Sakit.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengidentifikasi tingkat pengetahuan pasien TB Paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru di rawat inap RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien TB paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru berdasarkan usia
- b. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien TB paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru berdasarkan pendidikan
- c. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien TB paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru berdasarkan pekerjaan
- d. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien TB paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru berdasarkan status ekonomi
- e. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien TB paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru berdasarkan riwayat pengobatan.
- f. Untuk mengidentifikasi sumber informasi yang mempengaruhi tingkat pengetahuan pasien TB paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mempunyai manfaat untuk beberapa pihak :

#### **1. Instansi Rumah Sakit**

Supaya dapat memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien dengan memberikan informasi yang akurat dan adekuat mengenai gambaran tingkat pengetahuan pasien TB Paru rencana pulang tentang penyakit TB paru di ruang rawat inap RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor. Sehingga akan memberikan penjelasan bagaimana keefektifan program Rumah Sakit dalam mencapai tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit TB Paru

#### **2. Peneliti Selanjutnya**

Sebagai bahan informasi dan perbandingan untuk dijadikan dasar atau acuan serta perbandingan pada penelitian kasus yang terkait di masa yang akan datang.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menjelaskan tentang konsep dasar Tuberkulosis dan konsep dasar tentang pengetahuan untuk dijadikan kerangka konsep dalam penelitian yang dilakukan.

#### 2.1 TUBERKULOSIS

##### 2.1.1 Pengertian

Tuberkulosis ( TB ) adalah penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru, disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini dapat juga menyebar ke bagian seluruh tubuh lain seperti meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe (Somantri, 2009).

Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi kronik yang dihubungkan dengan tempat tinggal di daerah urban dan lingkungan yang padat. (Bahar & Amirn, 2006).

##### 2.1.2 Etiologi

Penyakit Tuberkulosis disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis* yang merupakan jenis kuman berbentuk batang berukuran panjang 1-4 mm dengan tebal 0,3-0,6 mm. Sebagian besar komponen *mycobacterium tuberculosis* adalah berupa lemak/ lipid sehingga kuman mampu tahan terhadap asam serta sangat tahan terhadap zat kimia dan faktor fisik. Mikroorganisme ini adalah bersifat aerob yakni menyukai daerah yang banyak oksigen. Oleh karena itu, *mycobacterium tuberculosis* senang berada di daerah apeks paru-paru yang kandungan oksigennya sangat tinggi. Daerah tersebut menjadi tempat yang kondusif untuk penyakit Tuberkulosis (Somantri, 2009).

### 2.1.3 Cara Penularan

Penularan tuberkulosis paru terjadi karena terdapat *mycobacterium tuberculosis* pada dahak penderita TB Paru aktif, kemudian kuman tersebut keluar melalui batuk dan bersin sehingga menjadi *droplet nuclei* ke udara sekitar kita dan pada saat itu individu yang lain menghirup udara yang telah mengandung *mycobacterium tuberculosis* tersebut. Pada saat itu pula orang tersebut dikatakan kontak dengan penderita Tuberkulosis. Partikel infeksi ini juga dapat menetap dalam udara bebas selama 1-2 jam, tergantung pada ada atau tidaknya sinar ultraviolet, ventilasi, dan kelembaban. Dalam suasana lembab dan gelap kuman dapat tahan berhari-hari sampai berbulan-bulan. Bila partikel infeksi ini terisap oleh orang sehat, ia akan menempel pada saluran nafas atau jaringan paru dan membuat infeksi daerah paru (Misnadiarly, 2006).

### 2.1.4 Faktor Resiko

Kuman *mycobacterium tuberculosis* menyebar melalui *droplet* atau udara sehingga orang-orang yang berada di sekitar penderita baik itu anggota keluarga, kerabat, tetangga atau bahkan pemberi pelayanan kesehatan beresiko mengalami penularan penyakit tersebut. Corwin (2000) menjelaskan individu yang beresiko tertular *mycobacterium tuberculosis* adalah :

- a. Mereka yang tinggal berdekatan dengan orang yang telah di diagnosa TB paru aktif berdasarkan pemeriksaan sputum, foto thorax, atau tes mantoux dan mendapatkan pengobatan Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Individu yang berdekatan tidak hanya terbatas pada keluarga namun juga pada lingkungan sekitar atau tetangga sehingga ditemukan kejadian satu lingkungan dengan penderita Tuberkulosis.
- b. Individu yang tinggal di perumahan kumuh dengan ruangan yang gelap, lembab dan ventilasi udara kurang baik. Lingkungan dan sanitasi yang buruk merupakan tempat yang sangat cocok untuk pertumbuhan dan perkembangan *mycobacterium tuberculosis* sehingga individu yang berada di lingkungan tersebut rentan terinfeksi Tuberkulosis.
- c. Anggota keluarga pasien. Anggota keluarga adalah orang yang sering kontak dengan penderita Tuberkulosis, selain penyebarannya yang mudah

melalui udara tapi karena pencegahan penularan untuk anggota keluarga juga sangat jarang dilakukan.

- d. Petugas kesehatan yang merawat pasien Tuberkulosis. Individu pelayanan kesehatan adalah orang yang sering kontak dengan penderita, disadari atau tanpa disadari penularan dapat terjadi.
- e. Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi pasien TB Paru adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk). Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas sistem daya tahan tubuh seluler (*cellular immunity*), sehingga jika terjadi infeksi penyerta (*oportunistic*) seperti tuberkulosis, maka yang bersangkutan akan menjadi sakit parah bahkan bisa mengakibatkan kematian (Departemen Kesehatan RI, 2000).

### 2.1.5 Tanda Dan Gejala

Somantri (2009) menjelaskan keluhan yang dirasakan pasien tuberkulosis dapat bermacam-macam dan keluhan yang sering muncul adalah:

- a. Demam

Biasanya subfebris menyerupai demam influenza tetapi kadang mencapai 40°-41°C yang hilang timbul sehingga pasien merasa tidak pernah terbebas dari serangan demam influenza. Keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi *mycobacterium tuberculosis* yang masuk.

- b. Batuk

Gejala ini banyak ditemukan. Terjadi karena adanya iritasi pada bronkus, sebagai reaksi tubuh untuk membuang atau mengeluarkan produksi radang. 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 peradangan bermula. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi batuk purulen (menghasilkan sputum) timbul dalam jangka waktu lama (lebih dari 3 minggu). Keadaan yang lanjut adalah berupa batuk darah pada tuberculosis karena terdapat

pecahnya pembuluh darah. Kebanyakan batuk darah ini terjadi pada kavitas dan terjadi pada ulkus dinding bronkus.

c. Sesak nafas

Pada penyakit ringan belum ditemukan atau dirasakan. Sesak akan terjadi pada penyakit yang sudah lanjut, yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

d. Nyeri dada

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

e. Malaise

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

f. Pada atelektasis terdapat gejala berupa : sianosis, sesak nafas, dan kolaps.

Bagian dada klien tidak bergerak pada saat bernafas dan jantung terdorong ke sisi yang sakit. Pada rontgen dada tampak bayangan hitam pada sisi yang sakit dan diafragma menonjol ke atas.

### 2.1.6 Klasifikasi Tuberkulosis

Klasifikasi tuberculosis paru menurut Yoannes (2008) :

1. Tuberkulosis paru adalah tuberculosis yang menyerang jaringan paru-paru.

Tuberkulosis paru dibedakan menjadi 2 macam, yaitu sebagai berikut :

a. Tuberkulosis paru BTA positif (sangat menular)

- 1) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 pemeriksaan dahak, memberikan hasil yang positif.
- 2) Satu pemeriksaan dahak memberikan hasil yang positif dan foto rontgen dada menunjukkan tuberculosis aktif.

b. Tuberkulosis paru BTA negatif.

Pemeriksaan dahak negatif, foto rontgen dada menunjukkan tuberkulosis aktif. Positif negatif yang dimaksudkan disini adalah “hasilnya meragukan”, jumlah kuman yang ditemukan pada waktu pemeriksaan belum memenuhi syarat positif.

2. Tuberkulosis ekstra paru adalah tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru-paru, misal selaput paru, selaput otak, selaput jantung, kelenjar getah bening (kelenjar), tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing.

#### **2.1.6.1 Klasifikasi Penderita Berdasarkan Riwayat Pengobatan Menurut Departemen Kesehatan RI (2007):**

a. Baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah minum OAT kurang dari 1 bulan ( 4 minggu ).

b. Kambuh (*Relaps*)

Adalah pasien tuberkulosis yang pernah mendapatkan pengobatan, dan dinyatakan sembuh, pengobatan lengkap, dan didiagnosa kembali dengan BTA positif/ kultur.

c. Putus berobat (*Default*)

Adalah pasien yang telah berobat dan putus setelah berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

d. Gagal (*Failure*)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan sputumnya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama masa pengobatan.

e. Pindahan (*Transfer In*)

Adalah pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB untuk melanjutkan pengobatan di tempat lain.

f. Lain – lain

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas, misalnya: kasus kronik (BTA tetap positif setelah selesai pengobatan ulangan).

### 2.1.7 Diagnosa Penunjang

Price (2005) menjelaskan perangkat yang dianjurkan untuk menentukan diagnosa tuberkulosis pada individu yang dicurigai menderita tuberkulosis adalah :

#### a. Tes Tuberculin Mantoux

Teknik standar tes ini adalah dengan menyuntikkan tuberculin (PPD) sebanyak 0,1 ml yang mengandung 5 unit tuberculin secara intrakutan pada sepertiga atas permukaan volar atau dorsal lengan bawah setelah kulit dibersihkan dengan alkohol. Untuk memperoleh reaksi kulit yang maksimum diperlukan waktu 48-72 jam sesudah penyuntikan dan harus dibaca saat periode tersebut. Yang harus dicatat dari reaksi ini adalah diameter indurasi (pembengkakan yang teraba) dalam satuan millimeter, pengukuran harus dilakukan melintang terhadap sumbu panjang lengan bawah. Daerah indurasi sebesar 5 mm atau lebih dianggap positif. Tidak ada indurasi sebaiknya dicatat sebagai 0 mm bukan negatif. Reaksi positif terhadap tes tuberculin tes ini adalah alat diagnostik penting dalam mengevaluasi seorang pasien dan juga berguna untuk menentukan prevalensi infeksi TB pada masyarakat.

#### b. Foto Thoraks

Pemeriksaan radiologi seringkali tidak menunjukkan TB Paru atau memberikan gambaran yang berbeda sehingga disebut *tuberculosis is the greatest imitator*. Pada orang dewasa, segmen apeks dan posterior lobus atau segmen superior lobus bawah merupakan tempat-tempat yang sering menimbulkan lesi yang terlihat homogen dengan densitas yang lebih pekat. Dapat juga terlihat adanya pembentukan kavitas dan gambaran penyakit yang menyebar yang biasanya bilateral. Gambaran tuberculosis milier terlihat berupa bercak-bercak halus yang umumnya tersebar merata pada seluruh lapangan paru.

Foto toraks dapat memperlihatkan infiltrasi kecil pada lesi awal bagian paru atas adanya cairan pleura. Perubahan ini mengindikasikan TB Paru yang lebih berat dapat menyebabkan area berlubang dan fibrosa.

### c. Pemeriksaan bakteriologi dan histologi

Sputum adalah bahan untuk pemeriksaan bakteriologi yang paling penting untuk diagnosis TB untuk menemukan kuman BTA. Selain itu sputum dapat memberikan evaluasi terhadap pengobatan yang sudah diberikan. Kriteria sputum BTA positif adalah bila sekurang-kurangnya ditemukan 3 batang kuman BTA pada satu sediaan. Cara penegakan diagnosis yang paling tepat adalah memakai *sputum cultur* untuk memastikan keberadaan *mycobacterium tuberculosis* pada stadium aktif.

Pemeriksaan 3 spesimen sputum yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS).

- ✓ S (sewaktu) dahak dikumpulkan pada saat suspek TB datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah tempat sputum untuk mengumpulkan dahak pada hari kedua.
- ✓ P (pagi) dahak dikumpulkan di rumah pada hari kedua, segera setelah bangun tidur dan segera di antarkan ke tempat pemeriksaan.
- ✓ S (sewaktu) dahak dikumpulkan di tempat pemeriksaan pada hari kedua saat menyerahkan dahak.

### 2.1.7 Pengobatan

Pengobatan TB terutama berupa pemberian obat anti mikroba yang diberikan dalam jangka waktu lama. Obat-obatan ini juga dapat digunakan untuk mencegah timbulnya penyakit klinis pada seseorang yang sudah terjangkit infeksi.

Departemen Kesehatan RI (2002) menjelaskan penggunaan Obat Anti TB yang dipakai dalam pengobatan TB adalah antibiotik dan anti infeksi sintetis untuk membunuh *mycobacterium tuberculosis*. Aktifitas obat TB didasarkan atas tiga

mekanisme, yaitu aktifitas membunuh bakteri, aktifitas sterilisasi, dan mencegah resistensi. Obat yang umum dipakai adalah Isoniazid, Etambutol, Rifampisin, Pirazinamid, dan Streptomisin. Kelompok obat ini disebut sebagai obat primer, isoniazid adalah obat TB yang paling bekerja untuk membunuh bakteri. Sedangkan rifampisin dan pirazinamid bekerja dalam mekanisme sterilisasi.

Penderita tidak boleh lupa minum obat, karena bila terjadi hal tersebut bisa terjadi gagal pengobatan. Apabila penderita lupa minum obat, yang harus dilakukan adalah jika jarak waktu antara ingat harus minum lebih dekat dengan jadwal seharusnya maka segera minum obat, namun jika jarak waktu ingat minum obat lebih dekat dengan jadwal berikutnya maka minum obat sesuai jadwal berikutnya. Misalnya jika minum obat pada jam 8 pagi tetapi ingat pada jam 18 sore, sedangkan jam minum berikutnya adalah jam 8 pagi berikutnya maka segera sesudah jam 18 minum obat yang seharusnya diminum hari tersebut. Sebaliknya, jika ingat minum obat baru pada jam 22 malam, maka minum obat berikutnya adalah jam 8 besok pagi (Binfar Departemen Kesehatan RI, 2000).

Menurut (Tjandra, 2006) pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. Obat harus diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis obat dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan.
2. Untuk menjamin kepatuhan pasien dalam menelan obat, perlu dilakukan pengawasan langsung (DOT) oleh seorang pengawas menelan obat (PMO).
3. Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap awal intensif dan tahap lanjutan.

Menurut Departemen Kesehatan RI (2002), persyaratan seorang PMO adalah seseorang yang dekat dengan penderita namun disegani dan dihormati oleh penderita, bersedia membantu penderita dengan sukarela, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun penderita. Selain itu, bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita. Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya bidan di desa, perawat, sanitarian, juru

imunisasi, dan lain-lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.

Adapun tugas dari PMO, yaitu mengawasi penderita TB Paru agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan, memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat teratur. mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu-waktu yang telah ditentukan. Hal yang perlu diperhatikan saat pasien akan pulang adalah dipersiapkannya PMO untuk mengawasi keteraturan dalam meminum obat anti tuberkulosis.

#### **2.1.8.1 Paduan OAT Yang Digunakan Di Indonesia**

Paduan pengobatan yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan TB oleh Pemerintah Indonesia, Departemen Kesehatan (2002) :

a. Kategori 1 : 2HRZE/4H3R3.

Obat ini diberikan kepada penderita baru TB Paru BTA positif, penderita baru TB Paru BTA negatif tetapi rontgen menunjukkan diganosa TB atau pasien dengan gejala klinis berat.

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

Obat ini diberikan untuk penderita TB paru BTA positif yang sebelumnya pernah diobati (penderita kambuh, penderita gagal, penderita dengan pengobatan setelah lalai atau putus).

c. Kategori 3 : 2 HRZ/4H3R3.

Obat ini diberikan untuk penderita baru BTA negatif dan rontgen positif sakit ringan, penderita TB ekstra paru.

#### **2.1.8.2 Tahapan Pengobatan**

Tahap pengobatan menurut WHO (1991) dibagi pada 2 tahap yaitu:

a. Tahap intensif

Melalui kegiatan bakterisid memusnahkan kuman terutama pada populasi kuman yang membelah dengan cepat, dengan menggunakan sedikitnya 2 obat bakterisid. Ripamfisin, Isonazid, Pirazimamid dan Etambutol

diberikan setiap hari selama 2 bulan, optimal pada 2 bulan dimana konversi sputum terjadi pada akhir bulan kedua.

b. Tahap lanjutan

Melalui kegiatan sterilisasi kuman pada pengobatan jangka pendek, atau kegiatan bakteriostatik pada pengobatan konvensional selama sisa masa pengobatan, dengan menggunakan 2 obat berkala 2-3 kali seminggu selama 4 bulan.

### **2.1.8.3 Efek Samping**

Sebagian besar penderita TB dapat menyelesaikan pengobatan tanpa efek samping. Namun sebagian kecil dapat mengalami efek-samping, oleh karena itu pemantauan kemungkinan terjadinya efek samping sangat penting dilakukan selama pengobatan. Berikut ini beberapa efek samping yang sering muncul dan cara mengatasinya.

Berdasarkan derajat keseriusannya, efek samping OAT dibagi menjadi efek samping berat yaitu efek samping yang dapat menjadi sakit serius. Dalam kasus ini maka pemberian OAT harus dihentikan dan penderita harus segera dirujuk ke UPK spesialisik. Serta efek samping ringan yaitu hanya menyebabkan sedikit perasaan yang tidak enak.

Gejala-gejala ini sering dapat ditanggulangi dengan obat-obat simptomatik atau obat sederhana, tetapi kadang-kadang menetap untuk beberapa waktu selama pengobatan. Dibawah ini akan dijelaskan efek samping masing-masing jenis OAT menurut Departemen Kesehatan RI (2000):

a. Rifampisin

Rifampisin bila diberikan sesuai dosis yang dianjurkan, jarang menyebabkan efek samping, terutama pada pemakaian terus-menerus setiap hari. Salah satu efek samping berat dari Rifampisin adalah ikterik, walaupun ini sangat jarang terjadi. Bila terjadi ikterik (kuning) maka pengobatan perlu dihentikan. Bila ikterik sudah hilang/sembuh pemberian Rifampisin dapat

diulang lagi. Adapun efek samping Rifampisin yang sering dialami pasien adalah :

- Sindrom kulit seperti gatal-gatal kemerahan
- Sindrom flu berupa demam, menggigil, dan nyeri tulang
- Sindrom perut berupa nyeri perut, mual, muntah, kadang-kadang diare.

Efek samping ringan sering terjadi pada saat pemberian berkala dan dapat sembuh sendiri atau hanya memerlukan pengobatan simtomatik. Rifampisin dapat menyebabkan warna merah pada air seni, keringat, air mata, air liur. Hal ini harus diberitahukan kepada penderita agar penderita tidak jadi khawatir, warna merah tersebut terjadi karena proses metabolisme obat dan tidak berbahaya.

b. Isoniazid (INH)

Efek samping berat berupa ikterik yang dapat timbul pada kurang lebih 0,5% penderita. Bila terjadi ikterus, hentikan pengobatan sampai ikterus membaik. Bila tanda-tanda ikteriknya berat maka penderita harus dirujuk ke UPK spesialisik. Efek samping INH yang ringan dapat berupa:

- Tanda tanda keracunan pada saraf tepi, kesemutan, dan nyeri otot atau gangguan kesadaran.
- Kelainan kulit yang bervariasi, antara lain gatal-gatal.

c. Pirazinamid

Efek samping utama dari penggunaan Pirazinamid adalah ikterik, juga dapat terjadi nyeri sendi dan kadang-kadang dapat menyebabkan serangan arthritis Gout yang kemungkinan disebabkan berkurangnya ekskresi dan penimbunan asam urat. Kadang-kadang terjadi reaksi hipersensitivitas misalnya demam, mual, kemerahan dan reaksi kulit yang lain.

d. Etambutol

Etambutol dapat menyebabkan gangguan penglihatan berupa berkurangnya ketajaman penglihatan, buta warna untuk warna merah dan hijau. Meskipun

demikian, keracunan okuler tersebut tergantung pada dosis yang dipakai. Setiap penderita yang menerima Etambutol harus diingatkan bahwa bila terjadi gejala-gejala gangguan penglihatan supaya segera dilakukan pemeriksaan mata. Gangguan penglihatan akan kembali normal dalam beberapa minggu setelah obat dihentikan.

e. Streptomisin

Efek samping utama dari Streptomisin adalah kerusakan syaraf kedelapan yang berkaitan dengan keseimbangan dan pendengaran. Risiko efek samping tersebut akan meningkat seiring dengan peningkatan dosis yang digunakan dan umur penderita. Kerusakan alat keseimbangan biasanya terjadi pada 2 bulan pertama dengan tanda-tanda telinga mendenging (tinitus), pusing dan kehilangan keseimbangan. Keadaan ini dapat dipulihkan bila obat segera dihentikan atau dosisnya dikurangi.

### 2.1.9 Pencegahan

Pencegahan dapat dilakukan baik perorang maupun kelompok. Tujuan mendeteksi dini seseorang dengan infeksi TB adalah untuk mengidentifikasi siapa saja yang akan memperoleh keuntungan dari terapi pencegahan untuk menghentikan perkembangan TB yang aktif secara klinis.

Menurut Depkes RI (2001) hal-hal yang dapat dilakukan untuk mencegah penularannya adalah :

- Kebersihan ruangan dalam rumah terjaga terutama kamar tidur dan setiap ruangan dalam rumah dilengkapi jendela yang cukup untuk pencahayaan alami dan ventilasi untuk pertukaran udara serta usahakan agar sinar matahari dapat masuk ke setiap ruangan dalam rumah melalui jendela atau genting kaca, karena kuman TBC mati dengan sinar matahari yang mengandung sinar ultraviolet.
- Menjemur kasur dan bantal secara teratur.
- Pengidap TBC diminta menutupi hidung dan mulutnya apabila mereka batuk atau bersin.

- Minum obat secara teratur sampai selesai, gunakan Pengawas Minum Obat (PMO) untuk menjaga keteraturan minum obat.
- Jangan meludah disembarang tempat karena ludah yang mengandung *mycobacterium tuberculosis* akan terbawa udara dan dapat terhirup orang lain.
- Apabila sedang dalam perjalanan maka penderita dianjurkan memakai penutup mulut atau masker, dan bila akan membuang dahak maka harus di closet kemudian disiram atau di pembuangan air yang mengalir
- Gunakan tempat penampungan dahak seperti kaleng atau sejenisnya yang ditambahkan air sabun atau karbol/ lysol.
- Cuci dan bersihkan barang-barang yang digunakan oleh penderita. Seperti alat makan dan minum, atau perlengkapan tidur.

## **2.2 PENGETAHUAN**

### **2.2.1 Pengertian**

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Taufik (2007), pengetahuan merupakan penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan lain sebagainya).

### **2.2.2 Tingkat Pengetahuan**

Menurut Notoatmodjo (2007) ada enam tingkatan pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif, yaitu:

a. Tahu (know)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari keseluruhan bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (comprehension)

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

b. Aplikasi (application)

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

c. Analisis (analysis)

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

d. Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

e. Evaluasi (evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

### 2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan Individu

a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat, salah satunya pengetahuan tentang kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal (jenjang pendidikan dengan dibuktikan adanya ijazah), akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal (penyuluhan kesehatan, pelatihan, pembinaan, atau sistem kelompok). Pengetahuan seseorang tentang sesuatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut. (Notoatmodjo, 2007). Pendidikan yang diteliti pada penelitian ini adalah pendidikan yang bersifat formal.

Anugrah (2007) melakukan penelitian tentang kepatuhan minum obat penderita Tuberkulosis paru, cakupan penyembuhan penderita Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Jatibarang yaitu 61,1%, yang masih jauh dari tingkat penyembuhan yang ditetapkan secara nasional (85%). Rendahnya cakupan

penyembuhan ini tidak lepas dari rendahnya kepatuhan minum obat penderita TB. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden mempunyai tingkat pendidikan dasar (82,22%). Dari data tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan dan sikap individu terhadap pengobatan Tuberkulosis.

Pendidikan formal menjadi standar dalam penelitian, menurut Robert M. Gagne (2005) bahwa tingkat pendidikan formal merupakan landasan seseorang dalam berbuat sesuatu, membuat lebih mengerti dan memahami sesuatu, atau menerima dan menolak sesuatu. Tingkat pendidikan formal juga memungkinkan perbedaan pengetahuan dan pengambilan keputusan

b. Pekerjaan dan Ekonomi

Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Dengan banyaknya tantangan tersebut, akan bertambah pengetahuan seseorang mengenai suatu masalah yang dihadapinya. Sedangkan status ekonomi akan menentukan tersedianya suatu fasilitas untuk menunjang kegiatan tertentu, salah satunya untuk menunjang kesehatan. Adanya jaminan atau dukungan kesehatan akan mempermudah seseorang menggunakan fasilitas kesehatan. (Notoatmodjo, 2007).

Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilaksanakan atau diselesaikan oleh seseorang sesuai dengan jabatan atau profesi masing-masing. Status pekerjaan yang rendah sering mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Pekerjaan biasanya sebagai simbol status sosial di masyarakat.

Menurut penelitian Departemen Kesehatan RI pada tahun 1999 bahwa pada status ekonomi masyarakat yang masih rendah, secara tidak langsung keadaan ini dapat menimbulkan faktor resiko ancaman kesehatan. Tingkat ekonomi dapat digolongkan menjadi rendah dan tinggi. Status ekonomi tersebut didapatkan dengan menggunakan standar Upah Minimum Regional (UMR) di

wilayah yang dilakukan penelitian. Menurut Badan Statistik Nasional Kota dan Kabupaten Bogor tahun 2011, UMR kota dan kabupaten Bogor adalah Rp. 1.174.200,-

c. Sumber informasi atau media massa

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut (Notoatmodjo, 2007)

Salah satu sumber informasi kesehatan lainnya adalah melalui petugas kesehatan yang memberikan pendidikan kesehatan atau penyuluhan kesehatan baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif, atau rehabilitatif. Menurut Supardi (1998), bahwa penyuluhan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan seseorang dibandingkan dengan yang tidak diberi penyuluhan. Penyuluhan dapat dilakukan oleh dokter, perawat, bidan atau petugas kesehatan masyarakat lainnya.

Salah satu tempat untuk pendidikan kesehatan adalah ruang rawat inap suatu rumah sakit. Mencakup di dalamnya peningkatan terhadap pengetahuan pasien tentang masalah yang dihadapi sehingga diharapkan adanya perubahan pengetahuan yang lebih baik saat pasien akan dipulangkan. Peningkatan pengetahuan pasien ketika akan dipulangkan terdapat pada *discharge planning* yang dimulai sejak pasien masuk Rumah Sakit sampai pasien dipulangkan. Petugas kesehatan yang berperan aktif dalam pendidikan kesehatan di Rumah Sakit adalah perawat dan dokter.

Kozier (2004) mendefinisikan bahwa *discharge planning* merupakan proses mempersiapkan pasien untuk meninggalkan satu unit pelayanan kepada unit lain di dalam atau di luar suatu agen pelayanan kesehatan umum. Adapun tujuan dari *discharge planning* itu sendiri untuk meningkatkan kemajuan

pasien, mencapai kualitas hidup optimum, menurunkan komplikasi penyakit, mencegah kekambuhan, dan menurunkan angka mortalitas serta morbiditas.

Media massa juga berperan dalam peningkatan pengetahuan, adanya media elektronik maupun cetak yang beredar di lingkungan atau sekitar kehidupan seseorang akan mempermudah akses individu menerima pengetahuan. Berbagai macam media, baik cetak maupun elektronik dengan berbagai macam informasi yang diberikan akan memberikan banyak informasi dibandingkan dengan orang yang tidak terpapar informasi (Sukmadinata, 2000).

d. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

Menurut Piaget (1958) dalam Suparno (2001), pengetahuan dibentuk dalam proses asimilasi dan akomodasi terhadap skema pengetahuan seseorang. Supaya proses pembentukan pengetahuan itu berkembang, pengalaman sangat menentukan. Semakin orang mempunyai banyak pengalaman mengenai persoalan, lingkungan, atau objek yang dihadapi maka seseorang akan semakin mengembangkan pemikiran dan pengetahuannya. Tanpa pengalaman, pemikiran seseorang sulit untuk berkembang dan tanpa pengalaman, pengetahuan seseorang sulit maju.

Piaget (1958) membedakan dua macam pengalaman, menjadi :

- 1) Pengalaman fisis, terdiri dari tindakan atau aksi seseorang terhadap objek yang dihadapi umengabstraksi sifat-sifatnya.
- 2) Pengalaman matematis-logis, terdiri dari tindakan terhadap objek untuk mempelajari akibat tindakan-tindakan terhadap objek itu.

Pada klasifikasi pasien TB dibedakan menjadi pasien dengan kasus baru, putus berobat, dan kambuh. Pada pasien baru belum ada pengalaman pengobatan, sedangkan pada pasien kambuh dan putus ada pengalaman pengobatan maka dari klasifikasi tersebut dapat dilihat bagaimana tingkat pengetahuan pasien TB Paru berdasarkan klasifikasi riwayat pengobatan.

e. Usia

Notoatmodjo (2007), menjelaskan bahwa usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia dewasa muda-tua, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial sehingga orang pada usia ini akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk belajar, berlatih, dan membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini. Diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosa kata dan pengetahuan umum.

Sebaliknya sulit untuk mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia

Untuk keperluan perbandingan, WHO dalam Notoatmodjo (2007) menganjurkan pembagian kelompok umur berdasarkan kedewasaannya yang dibagi menjadi bayi dan anak-anak = 0-13 tahun, remaja dan dewasa =14-49 tahun, dan orang tua = diatas 50 tahun. Hal ini sesuai pula dengan karakteristik ruang rawat inap RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor, ruang rawat dewasa dimulai dari usia 14 tahun.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden yang ada ke dalam pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut.

Berdasarkan konsep pengetahuan maka pengetahuan erat kaitannya terhadap bagaimana individu dapat mengetahui, memahami, dan melakukan hal yang sesuai dengan tingkat pengetahuannya. Begitu pula pada penderita Tuberkulosis, pengetahuan berperan penting dalam bagaimana individu tersebut dapat melakukan tindakan yang dapat meningkatkan status kesehatannya dan dapat berperan dalam pengendalian penyakit Tuberkulosis. Untuk mengetahui pengetahuan diperlukan suatu penelitian untuk menilai tingkat pengetahuan individu dengan menggunakan pengukuran pengetahuan.

Dalam pengukuran pengetahuan diperlukan kategori pengetahuan berdasarkan hasil statistik jawaban responden, salah satu cara untuk pengkategorian responden dalam tingkatan pengetahuan adalah dengan melakukan uji normalitas data terhadap hasil pengumpulan data. Apabila hasil dari uji normalitas menunjukkan data tersebut berdistribusi normal maka kategori pengetahuan dapat dibedakan dengan *cut of point*. Salah satu *cut of point* dalam pengkategorian adalah *mean*, dinyatakan dengan apabila nilai responden  $< mean$  maka responden dikategorikan ke dalam pengetahuan kurang sedangkan jika nilai responden  $\geq mean$  maka responden dikategorikan berpengetahuan baik.

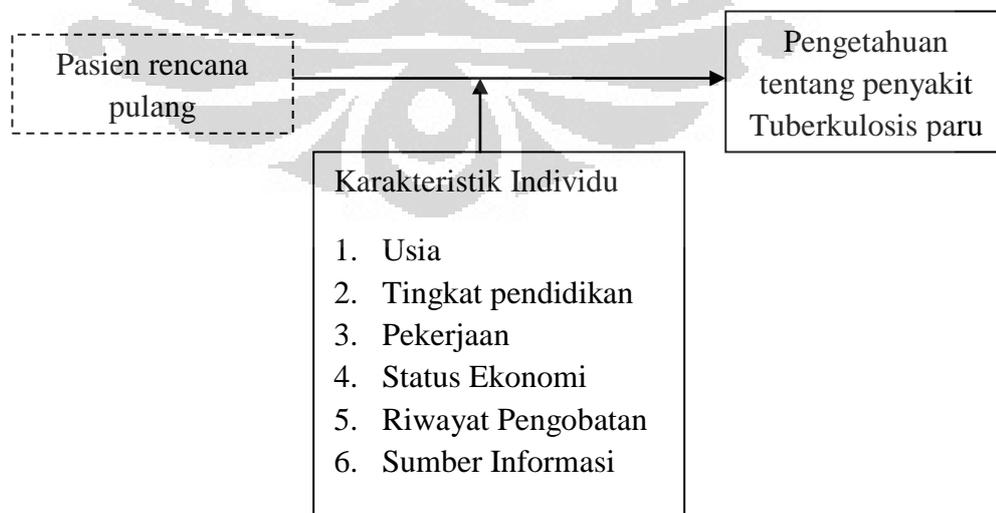
## BAB 3

### KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini menjelaskan tentang kerangka konsep yang merupakan rangkuman dari kerangka teori yang dibuat dalam bentuk diagram yang menghubungkan antar variabel yang diteliti dan variabel lain yang terkait (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Berikut ini akan dijelaskan kerangka dan definisi operasional.

#### 3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan cara berfikir untuk melakukan penelitian berdasarkan teori yang ada serta keterkaitan variabel-variabel yang dapat diukur dalam penelitian. Berdasarkan tinjauan pustaka, bahwa pengetahuan berperan penting dalam pengendalian penyakit TB Paru, salah satunya pengetahuan pasien yang akan pulang untuk mencegah terjadinya putus berobat dan mencegah penyebaran penyakit TB Paru ketika kembali ke tempat tinggal. Beberapa faktor lain yang dapat mempengaruhi pengetahuan adalah usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, riwayat pengobatan, dan sumber informasi. Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini digambarkan dalam bentuk bagan yang terdiri dari karakteristik individu dengan variabel dependen.



*Keterangan :*

\_\_\_\_\_ = *Variabel yang diteliti*

----- = *Variabel yang tidak diteliti*

Berdasarkan gambaran kerangka konsep di atas maka variabel yang diteliti adalah tingkat pengetahuan pada pasien TB Paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru. Sedangkan usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, riwayat pengobatan, dan sumber informasi adalah karakteristik individu yang ingin diketahui dari pasien TB Paru. Adapun tingkat pengetahuan yang akan diteliti adalah pengertian, penyebab, tanda dan gejala, cara penularan, pengobatan, pencegahan penyakit TB paru, dan peran PMO (pengawas menelan obat).

### 3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional, cara ukur, hasil ukur dan skala ukur masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 3.1

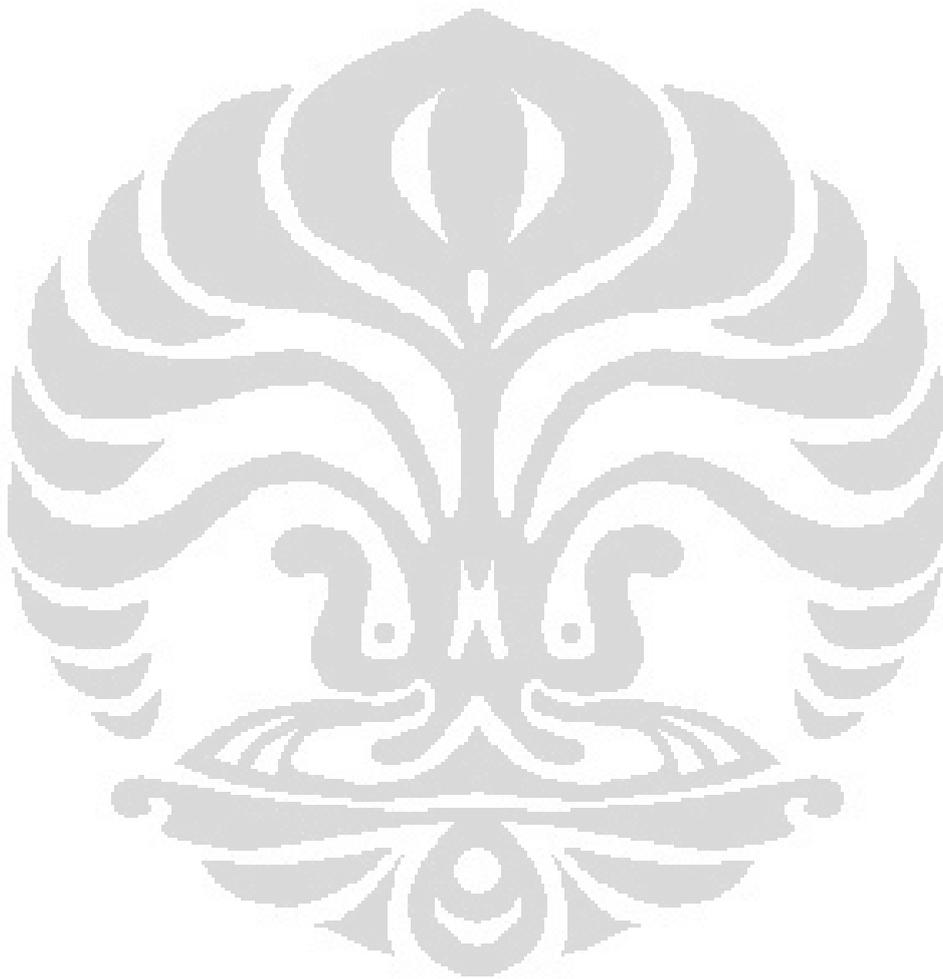
Tabel 3.1  
Definisi Operasional

N o	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Tingkat Pengetahuan	Jumlah responden yang benar dari pertanyaan seputar Tuberkulosis: 1. Pengertian 2. Penyebab 3. Penularan 4. Manifestasi Klinis 5. Pemeriksaan 6. Pencegahan 7. Pengobatan 8. Efek samping obat 9. PMO	Kuisisioner	Baik bila $\geq$ mean  Kurang bila $<$ mean	Ordinal

<i>Karakteristik individu</i>					
2	Usia	Jumlah tahun sejak lahir hingga tahun terakhir	Alat pengumpulan data penelitian bagian data karakteristik responden	1 =14– 49 tahun 2 ≥ 50 tahun	Interval
3	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal yang telah dilalui oleh responden	Alat pengumpulan data penelitian bagian data karakteristik responden	1= SD 2= SMP 3= SMA 4= PT	Ordinal
4	Pekerjaan	Aktivitas yang dilakukan responden dan mempunyai penghasilan dari aktivitas tersebut	Alat pengumpulan data penelitian bagian data karakteristik responden	1=Tidak bekerja/ IRT 2=Petani/ Pedagang/ buruh 3=Swasta 4=PNS/ABRI/ POLRI 5=Pensiunan	Nominal
5	Status ekonomi	Penghasilan rata-rata perbulan hasil dari pekerjaanya	Alat pengumpulan data penelitian bagian data karakteristik responden	1≤Rp.1.172.400 2>Rp.1.172.400	Ordinal
6	Pengalaman	Status penderita Tuberkulosis berdasarkan klasifikasai pengobatan.	Alat pengumpulan data penelitian bagian data karakteristik responden	1 = Baru 2 = Putus 3 = Kambuh	Nominal
7	Sumber informasi	Segala sesuatu yang baik	Alat pengumpulan data penelitian bagian data karakteristik responden	1= Perawat 2= Dokter	Nominal

bersifat formal data	3=Media cetak
maupun informal penelitian	(Koran,
yang menjadi bagian dari	majalah, leaflet,
sumber karakteristik	poster)
pengetahuan responden	4=media
	elektronik
	(televisi, radio)

---



## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

BAB ini menjelaskan rancangan pelaksanaan penelitian dengan menguraikan metodologi penelitian yang meliputi: desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan deskriptif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang menggambarkan objek atau peristiwa yang bertujuan untuk mengetahui keadaan yang terjadi pada saat sekarang (Notoatmodjo, 2002). Pada penelitian ini dilihat tingkat pengetahuan penyakit TB Paru pada pasien TB Paru rencana pulang yang dilakukan pengukuran pada satu saat tertentu.

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran tingkat pengetahuan pasien TB.Paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru di RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor.

#### **4.2 Populasi Dan Sampel**

##### **4.2.1 Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien rawat inap TB. Paru termasuk pasien kasus baru, kambuh atau putus berobat di ruangan khusus paru kelas I, II, III di rumah sakit paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor pada saat dilakukan penelitian. Jumlah populasi rawat inap pasien TB Paru merujuk kepada *Bed Occupancy Rate* (BOR) dari tiap-tiap ruangan rawat inap yang akan dijadikan tempat pengambilan data, BOR yang diambil adalah 2 bulan terakhir yaitu bulan maret dan april tahun 2012.

Berdasarkan data rekam medis bahwa BOR bulan Maret untuk ruangan kelas III adalah 88,27%, kelas II adalah 83,05%, dan kelas I adalah 74,88% sehingga rata-

rata BOR ketiga ruangan tersebut adalah 82,06%. Sedangkan BOR bulan April untuk ruangan kelas III adalah 86,81%, kelas II adalah 81,19%, dan kelas I adalah 78,56% sehingga rata-rata BOR ketiga ruangan tersebut adalah 82,19%.

Sehingga jumlah populasi yang digunakan adalah rata-rata BOR dari ruangan rawat inap berdasarkan data 2 bulan terakhir, yaitu 82,12% dari 91 jumlah tempat tempat tidur adalah 75 tempat tidur dengan anggapan bahwa BOR tersebut adalah pasien rencana pulang rawat inap.

#### 4.2.2 Sampel

Pengambilan sampel ini diambil dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*, yaitu mengambil sampel yang sesuai dengan ketentuan atau persyaratan sampel dari populasi tertentu yang tersedia dan terjangkau diambil sebagai sampel dalam jangka waktu penelitian. Dengan kriteria sampel yang telah ditentukan sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien TB. Paru yang dirawat di kelas III, II, I khusus paru yang rencana pulang di RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor.
- 2) Pasien yang diperbolehkan pulang, atas permintaan sendiri, atau akan pindah rumah sakit.
- 3) Pasien kasus baru, kambuh, dan putus berobat yang akan pulang.
- 4) Bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
- 5) Mampu berbahasa Indonesia dan berkomunikasi dengan baik.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien dalam keadaan tidak sadar atau gangguan kognitif
- 2) Pasien yang buta huruf

Adapun teknik pengambilan sampel secara acak sederhana. Berikut rumus Slovin yang dipakai untuk menentukan besarnya sampel:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot 1-\alpha/2 \cdot P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2 \cdot 1-\alpha/2 \cdot P(1-p)}$$

Keterangan :

N : Jumlah populasi.

Z.1- $\alpha$ /2: Derajat kepercayaan diri seluruh populasi yaitu 95% (1,96).

P : Proporsi pada populasi 0,5.

d : Simpangan dari proporsi populasi yaitu presisi digunakan 0,05

n : Besar sampel minimum

$$n = \frac{(75) \times (1,96)^2 \times 0,5 (1-0,5)}{(75-1) \times 0,05^2 + (1,96)^2 \times 0,5 (1-0,5)}$$

$$n = \frac{72,03}{1,145}$$

$$n = 63,86$$

Besarnya proporsi populasi adalah 0,5 diambil dari penelitian sebelumnya yaitu penelitian oleh Sugiyono (2009) didapatkan bahwa pengetahuan paling banyak pada kategori buruk yaitu sebanyak 5 orang (50%), yang berpengetahuan baik sebanyak 1 orang (10%), yang berpengetahuan cukup 4 orang (40%). Responden paling banyak berpengetahuan buruk sebesar 50%, sehingga besar proporsi pada populasi 0,5.

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, jumlah sampel yang dibutuhkan adalah minimal 64 orang. Jumlah 64 orang responden tersebut diambil dari setiap pasien rencana pulang rawat inap yang memenuhi kriteria penelitian sampai jumlah sampel terpenuhi. Peneliti juga mengantisipasi adanya sampel yang *drop out*

sebanyak 10% (Sastroasmoro & Ismail, 2010), maka besar sampel yang dibutuhkan adalah:

$$n' = n / (1-f)$$

$$n' = 64 / (1-0.1)$$

$$n' = 71$$

Keterangan :

n = Besar sampel yang dihitung

f = Perkiraan proporsi *drop out* (10%)

### **4.3 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap kelas I, II, III RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor. Ruang rawat inap dipilih berdasarkan kekhususan ruang rawat untuk pasien TB. Paru.

### **4.4 Waktu Penelitian**

Waktu pengambilan data dilaksanakan pada bulan Mei s.d Juni 2012.

### **4.5 Etika Penelitian**

Dalam melakukan penelitian perlu memperhatikan prinsip-prinsip penelitian dan diperlukan *informed consent*. Sebelum menandatangani, responden diberikan penjelasan tujuan penelitian, keuntungan dan kerugian bagi responden, serta manfaat penelitian. Tidak ada unsur paksaan bagi responden yang ingin bergabung atau menarik diri dari penelitian ini. Selama penelitian berlangsung responden mempunyai hak untuk mengikuti penelitian ini sampai selesai, atau menghentikan keikutsertaannya dalam penelitian ini meskipun kegiatan penelitian belum selesai. Kemudian responden dianjurkan menandatangani *informed consent* jika menyetujui.

Adapun prinsip-prinsip penelitian yang harus ditekankan dalam penelitian menurut Silva (1995, dalam Polit & Beck, 2005) sebagai berikut:

- a. Menghormati hak pribadi responden untuk ikut serta dalam penelitian, bahwa menjadi responden tidak ada unsur paksaan dan menjadi responden secara sukarela.
- b. Mencegah atau meminimalkan serta menjelaskan kerugian dan bahaya yang dapat terjadi serta meningkatkan penjelasan manfaat untuk seluruh responden.
- c. Menghormati kepribadian responden, keluarga dan orang terdekat, serta menghargai keanekaragaman baik bahasa, budaya dan adat istiadat.
- d. Memastikan bahwa manfaat dari penelitian ini akan dirasakan oleh semua pihak, tidak ada beban yang akan diberikan atau diserahkan kepada responden.
- e. Menjaga privasi responden semaksimal mungkin dengan tidak mencantumkan nama responden, alamat lengkap responden.
- f. Menjamin integritas etika dari proses penelitian.

Berdasarkan prinsip etik di atas, untuk menghormati otonomi responden yang diikutkan dalam penelitian tanpa unsur paksaan dan memiliki hak yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian. Selama penelitian, jika responden mengalami kelelahan, pengambilan data dihentikan sementara dan dilanjutkan setelah responden bersedia. Kesejahteraan responden tetap diperhatikan dengan memberikan penjelasan apabila ada hal yang ditanyakan responden yang mengalami kesulitan saat dilakukan pengambilan data namun tetap menjaga kerahasiaan responden baik dalam proses pengumpulan data maupun hasil penelitian.

#### **4.6 Alat Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini, berupa kuisioner yang berhubungan dengan karakteristik responden, dan pengetahuan tentang penyakit

Tuberkulosis paru. Dalam instrumen karakteristik responden meliputi: usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, riwayat pengobatan, dan sumber informasi.

Kuisisioner kedua berisi pengetahuan tentang penyakit Tuberkulosis paru, yang berisi 25 pertanyaan meliputi pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pemeriksaan, cara penularan, pengobatan, efek samping, pencegahan, dan PMO sehingga menggambarkan pengetahuan pasien TB Paru tentang penyakit TB Paru. Kuisisioner ini menggunakan pernyataan positif dan negatif yang digunakan untuk menjaga konsistensi jawaban terhadap pengetahuan.

#### **4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas**

##### **4.7.1 Uji Validitas**

Uji validitas dilakukan untuk melihat apakah instrumen atau pertanyaan yang diberikan kepada responden bersifat valid atau tidak. Karena keterbatasan waktu dan tempat, uji validitas dilakukan di Poliklinik Paru RS Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor dengan mengambil responden sebanyak 30 orang, responden adalah pasien pasca rawat di RS. Paru dr. M Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor yang menjalani kontrol pertama pasca rawat. Kuisisioner terdiri dari 26 pernyataan mengenai pengertian, penyebab, penularan, tanda dan gejala, pemeriksaan, pengobatan, efek samping, pencegahan dan PMO (pengawas menelan obat). Nilai  $r$  korelasi untuk uji validitas kuisisioner ini adalah 0,361 dan berdasarkan hasil uji validitas didapatkan bahwa terdapat 13 pernyataan valid dan 13 pernyataan tidak valid.

Dari 13 pernyataan yang tidak valid dilakukan evaluasi, 1 pernyataan dianggap tidak penting dan 12 pernyataan lainnya dianggap penting dan merupakan unsur-unsur dari pengetahuan tentang penyakit TB paru sehingga pernyataan tersebut tetap diikutsertakan dalam kuisisioner penelitian.

#### 4.7.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas kuisisioner adalah dengan cara rumus belah dua awal akhir dan pengujian menggunakan rumus Spearman Brown didapatkan nilai 0,60324466. Langkah selanjutnya adalah mengkonsultasikan nilai pada tabel r Product momen bahwa dengan  $n = 30$  taraf signifikansi 5% yaitu  $r = 0,361$ , dengan demikian nilai reliabilitas > dari nilai r sehingga dapat disimpulkan bahwa kuisisioner ini reliabel.

#### 4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data meliputi prosedur administratif dan teknis. Prosedur tersebut sebagai berikut:

a. Prosedur administratif

Penelitian dilakukan setelah mendapat surat ijin penelitian dan keterangan lolos uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia serta izin penelitian dari Direktur Umum RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor.

b. Prosedur teknis

Prosedur teknis dalam penelitian ini yaitu:

- 1) Meminta izin kepada penanggung jawab ruangan, menyampaikan maksud dan tujuan penelitian.
- 2) Mengidentifikasi responden yang memenuhi kriteria.
- 3) Peneliti menjelaskan kepada calon responden tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian, hak untuk menolak dan jaminan kerahasiaan sebagai responden.
- 4) Menawarkan pasien untuk menjadi responden penelitian dan responden menandatangani lembar persetujuan jika bersedia menjadi responden.
- 5) Membagikan kuisisioner kepada para responden dan menjelaskan cara pengisian.
- 6) Waktu yang dibutuhkan untuk pengumpulan data adalah  $\pm 20$  menit setiap pasien

- 7) Instrumen penelitian yang sudah diisi, selanjutnya dikumpulkan, diolah dan dianalisis.

## **4.9 Pengolahan Data dan Analisa Data**

Setelah data terkumpul, dilakukan pengolahan dan analisis data melalui tahapan sebagai berikut:

### **4.9.1 Pengolahan Data**

Prosedur pengolahan data yang dilakukan adalah:

- a. Pengecekan Data (*Editing*)

Data yang telah ada dilakukan pengecekan untuk memastikan kelengkapan, kesesuaian, kejelasan, dan konsistensi jawaban.

- b. Pemberian Kode (*Coding*)

*Coding* atau pemberian kode dari data yang diperoleh dilakukan untuk mempercepat *entry* data dan mempermudah pada saat analisis. Saat *entry* data, pemberian kode dilakukan pada data kategorik seperti usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, riwayat pengobatan, dan sumber informasi.

- c. *Processing*

*Processing* dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuisioner ke dalam komputer dengan menggunakan salah satu program computer/ SPSS.

- d. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Proses pembersihan data dilakukan dengan mengecek kembali data yang sudah di-*entry*. Pengecekan dilakukan apakah ada data yang hilang (*missing*) dengan melakukan list, mengecek kembali apakah data yang sudah di-*entry* benar atau salah dengan melihat variasi data atau kode yang digunakan, serta konsistensi data dengan membandingkan dua tabel.

### **4.9.2 Analisa Data**

Analisis data dalam penelitian ini adalah analisis univariat. Analisis ini, untuk mendeskripsikan gambaran tingkat pengetahuan pasien TB Paru rencana pulang tentang penyakit TB Paru. Kemudian dilakukan analisa data untuk persentase

distribusi usia, pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, sumber informasi, dan riwayat pengobatan.

Tabel 4.1  
Analisis Variabel

No	Variabel	Jenis Data	Deskripsi
1	Usia	Numerik	Mean, Median, SD, Min-Mak, 95% CI
2	Riwayat Pengobatan	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)
3	Pendidikan	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)
4	Pekerjaan	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)
5	Status ekonomi	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)
6	Sumber informasi	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)
7	Pengetahuan tentang TB. Paru	Kategorik	Mean, Median, SD, Min-Mak, 95% CI

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

Proses pengambilan data dari Responden dilakukan di ruang rawat inap kelas I, II, III khusus paru di RS Paru. Dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor pada bulan Mei dan Juni 2012. Sampel responden sebanyak 64 orang responden yang akan pulang rawat, sampel ini sesuai dengan sampel yang ditentukan berdasarkan jumlah populasi ruangan dan Bed Occupancy Rate (BOR) pada dua bulan terakhir.

#### 5.1 Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat gambaran distribusi responden berdasarkan karakteristik responden yang berkaitan dengan tingkat pengetahuan. Data ini merupakan data primer yang dikumpulkan melalui pengisian kuisioner yang terdiri dari 64 responden rawat inap yang akan pulang. Distribusi frekuensi univariat ini meliputi: umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, riwayat pengobatan, dan sumber informasi.

##### 5.1.1 Distribusi Karakteristik Responden Menurut Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Riwayat Pengobatan dan Sumber Informasi

Dari hasil pengisian kuisioner didapatkan bahwa distribusi usia responden pasien TB paru rencana pulang adalah sebagai berikut :

Tabel 5.1

Distribusi Usia Responden

Variabel	Mean	Median	Minimum	Maksimum	Std. Deviasi
Usia	38	46	17	67	14,12

Dari data tabel tersebut, distribusi usia responden dalam penelitian ini dapat diketahui bahwa usia termuda responden adalah 17 tahun dan yang paling tua

adalah 67 tahun. Rata-rata usia responden adalah 38 tahun dan responden terbanyak berusia 46 tahun dengan standar deviasi 14,12.

Tabel 5.2  
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Kelompok Usia,  
Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Riwayat Pengobatan,  
dan Sumber Informasi

No	Varibel	n	Responden	%
1	<b>Usia</b>	64		
	14 - 49 Tahun		48	75,0
	>= 50 Tahun		16	25,0
2	<b>Pendidikan</b>	64		
	SD		27	42,2
	SMP		16	25,0
	SMA		19	29,7
	PT		2	3,1
3	<b>Pekerjaan</b>	64		
	Tidak Bekerja/ IRT		27	42,2
	Petani/Pedagang/Buruh		21	32,8
	Swasta		14	21,9
	PNS/POLRI/TNI		2	3,1
	Pensiunan		0	0,0
4	<b>Penghasilan</b>	64		
	≤ Rp. 1.174.200		42	65,6
	> Rp. 1.174.200		22	34,4
5	<b>Riwayat Pengobatan</b>	64		
	Baru		44	68,8
	Putus		7	10,9
	Kambuh		13	20,3
6	<b>Sumber Informasi</b>	64		
	Perawat		45	70,3
	Dokter		18	28,1
	Media Cetak		1	1,6
	Media Elektronik		0	0,0

Dari data tabel di atas dapat dilihat bahwa karakteristik responden berdasarkan pengelompokan usia adalah kelompok usia 14-49 tahun sebanyak 48 orang

(75,0%) dan sisanya kelompok usia di atas 50 tahun sebanyak 16 orang (25,0%). Sedangkan berdasarkan latar belakang pendidikan responden, paling banyak responden dalam penelitian ini berpendidikan setingkat SD yaitu berjumlah 27 orang (42,2%). Selanjutnya berturut-turut responden dengan tingkat pendidikan SMP ada 16 orang (25,0%), SMA berjumlah 19 orang (29,7%) dan sisanya responden berpendidikan Perguruan Tinggi yaitu ada 2 orang (3,1%).

Berdasarkan status pekerjaan, pada umumnya sebagian besar responden dalam penelitian ini berstatus tidak bekerja atau Ibu Rumah Tangga. Jumlah responden yang tidak bekerja ada 27 orang (42,2%), responden yang bekerja sebagai petani/pedagang/buruh berjumlah 21 orang (32,8%), bekerja di swasta ada 14 orang (21,9%), sisanya responden bekerja sebagai PNS/POLRI/TNI yaitu ada 2 orang (3,1%), dan tidak ada responden yang berstatus pensiunan. Sedangkan dilihat dari besarnya penghasilan perbulan, lebih banyak responden yang berpenghasilan kurang dari Rp. 1.174.200 (UMR Kabupaten Bogor tahun 2010) yaitu berjumlah 42 orang (65,6%) dan responden yang berpenghasilan lebih dari Rp. 1.174.200 ada sebanyak 22 orang (34,4%).

Sebagian besar responden dalam penelitian ini merupakan pasien kasus baru TB paru yaitu jumlahnya ada 44 orang (68,8%), responden sebagai penderita TB paru kambuh ada 13 orang (20,3%) dan sisanya responden penderita TB paru putus berobat yaitu ada 7 orang (10,9%). Sedangkan untuk sumber informasi, sebagian besar responden mendapatkan informasi tentang TB paru dari perawat sebanyak 45 orang (70,3%), 18 orang (28,1%) berasal dari dokter dan sisanya 1 orang responden (1,6%) memperoleh informasi tentang TB paru dari media cetak. Tidak ada responden yang menyatakan mendapatkan informasi tentang TB paru dari media elektronik.

## **5.2 Tingkat Pengetahuan Responden Terkait Penyakit TB Paru**

Kuisisioner terkait pengetahuan tentang penyakit TB Paru pada pasien TB Paru rencana pulang di RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor terdiri dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala, pemeriksaan, pengobatan, efek

samping dan peran dari PMO (pengawas menelan obat). Pertanyaan berbentuk pernyataan benar dan salah, pernyataan benar ada 19 dan 5 pernyataan salah.

Dalam menentukan tingkat pengetahuan, peneliti melakukan uji normalitas data menggunakan SPSS dengan tehnik *one-sample Kolmogorov-Smirnov test*, berdasarkan hasil uji normalitas tersebut didapatkan nilai Asymp. Sign sebesar 0,211 sehingga dapat disimpulkan bahwa nilai  $p > \alpha$  atau dengan kata lain bahwa data tersebut berdistribusi normal. Untuk menentukan *cut of point*, peneliti menggunakan nilai mean sebagai batasan kategori pengetahuan. Dari hasil pengumpulan data kuisisioner didapatkan data sebagai berikut :

Tabel 5.3  
Distribusi Tingkat Pengetahuan Responden

Variabel	n	Mean	Median	Min-Maks
Pengetahuan	64	18,25	20	10-25

Dari hasil pengumpulan data kuisisioner didapatkan hasil bahwa rata-rata skor tingkat pengetahuan responden adalah 18,25. Sehingga berdasarkan analisis tersebut nilai 18,25 dijadikan sebagai *cut of point*, jawaban responden nilainya < 18,25 maka responden dikategorikan berpengetahuan kurang dan jawaban responden nilainya  $\geq 18,25$  maka responden dikategorikan berpengetahuan baik.

### 5.2.1 Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Kelompok Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Riwayat Pengobatan, dan Sumber Informasi

Uji statistik untuk tingkat pengetahuan dikaitkan dengan karakteristik individu (usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan, riwayat pengobatan, dan sumber informasi) menggunakan uji *chi square*. Dalam pengolahan data tingkat pengetahuan berdasarkan tingkat pendidikan, pekerjaan, riwayat pengobatan, dan sumber informasi ada perbedaan sel sehingga nilai *expected* kurang dari 5 lebih dari 20%, maka untuk kategori karakteristik tersebut dilakukan penggabungan sel menjadi tabel 2x2. Kelompok pendidikan menjadi SD-SMP dan SMA-PT, kelompok pekerjaan menjadi bekerja dan tidak bekerja, kelompok riwayat

pengobatan menjadi baru dan berulang, sumber informasi menjadi dari petugas kesehatan rumah sakit dan media cetak/elektronik.

Tabel 5.4

Distribusi Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Kelompok Usia, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Riwayat Pengobatan, dan Sumber Informasi

No	Variabel	Tingkat Pengetahuan				Total	
		Kurang		Baik		Σ	%
		Σ	%	Σ	%	Σ	%
1	<b>Usia</b>						
	14 – 49 Tahun	17	35,4	31	64,6	48	100,0
	≥ 50 Tahun	14	87,5	2	12,5	16	100,0
2	<b>Pendidikan</b>						
	SD-SMP	29	67,4	14	32,6	43	100,0
	SMA-PT	2	9,5	19	90,5	21	100,0
3	<b>Pekerjaan</b>						
	Tidak Bekerja/ IRT	16	59,3	11	40,7	27	100,0
	Bekerja	15	40,5	22	59,5	37	100,0
4	<b>Penghasilan</b>						
	≤ Rp. 1.174.200	26	61,9	16	38,1	42	100,0
	> Rp. 1.174.200	5	22,7	17	77,3	22	100,0
5	<b>Riwayat Pengobatan</b>						
	Baru	20	45,5	24	54,5	44	100,0
	Berulang	11	55,0	9	45,0	20	100,0
6	<b>Sumber Informasi</b>						
	Petugas Kesehatan Rumah Sakit	31	49,2	32	50,8	63	100,0
	Media Cetak & Elektronik	0	0,0	1	100,0	1	100,0
7	<b>Tingkat Pengetahuan</b>	31	48,4	33	51,6	64	100,0

Tingkat pengetahuan berdasarkan usia pada kelompok usia 14 sampai 49 tahun, terdapat 31 orang (64,6%) diantaranya berpengetahuan baik dan 17 responden (35,4%) berpengetahuan kurang. Sedangkan dari responden yang berumur 50

tahun atau lebih, terdapat 14 orang (87,5%) berpengetahuan kurang dan sisanya 2 orang (12,5%) berpengetahuan baik.

Berdasarkan tingkat pendidikan, terdapat 43 responden yang berpendidikan SD-SMP, sebanyak 29 orang (67,4%) berpengetahuan kurang dan sisanya ada 14 orang responden (32,6 %) yang berpengetahuan baik. Sedangkan dari 21 responden yang berpendidikan SMA-PT, terdapat 19 orang (90,5%) yang berpengetahuan baik dan 2 orang (9,5%) berpengetahuan kurang.

Berdasarkan status pekerjaan, terdapat 27 orang responden yang tidak bekerja atau IRT, yang berpengetahuan kurang ada 16 orang responden (59,3%) dan yang berpengetahuan baik ada 11 orang responden (40,7%). Sedangkan dari 37 responden yang bekerja ada 22 orang (59,5%) yang berpengetahuan baik dan 15 orang (40,5%) berpengetahuan kurang.

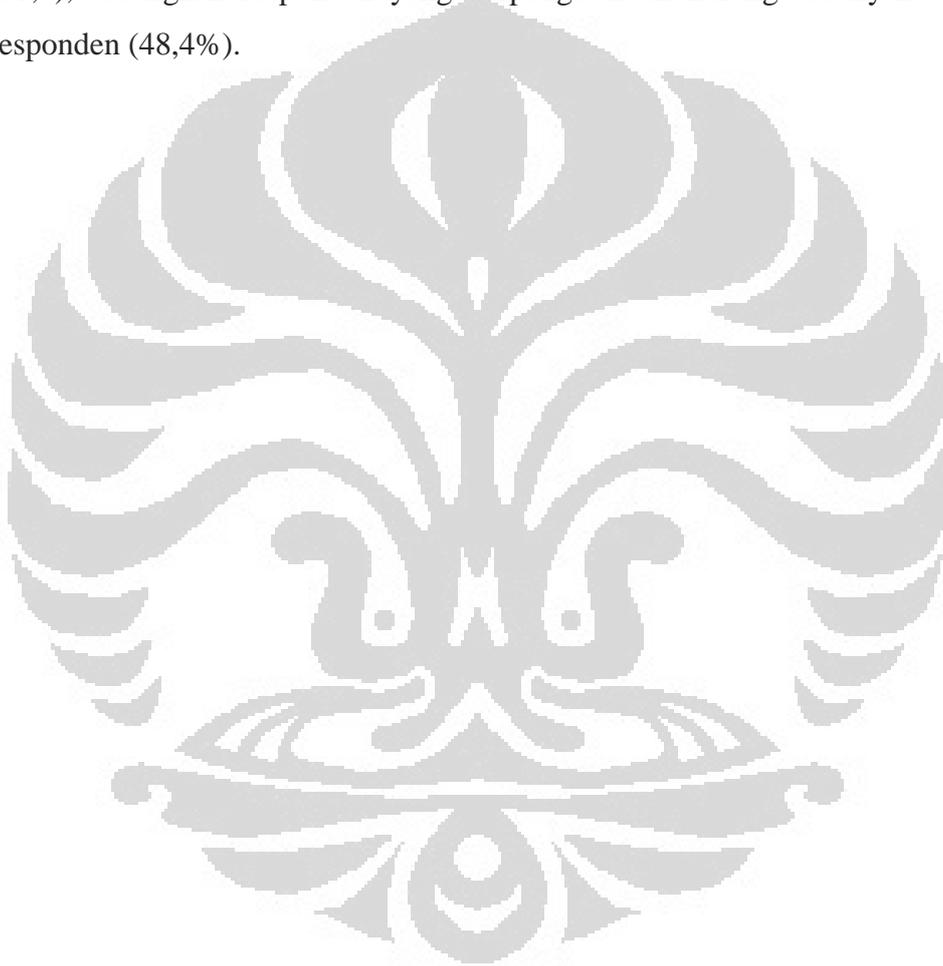
Tingkat pengetahuan berdasarkan penghasilan, bahwa pada responden yang berpenghasilan kurang dari Rp. 1.174.200 terdapat 26 orang responden (61,9%) yang berpengetahuan kurang dan 16 orang (38,1%) berpengetahuan baik tentang TB paru. Sedangkan dari 22 orang responden yang berpenghasilan lebih dari Rp. 1.174.200, yang berpengetahuan baik ada 17 orang (77,3%) dan berpengetahuan kurang ada 5 orang (22,7%).

Tingkat pengetahuan berdasarkan riwayat pengobatan bahwa kasus baru terdapat 44 orang responden, yang berpengetahuan baik terdapat 24 orang responden (54,5%) dan 20 orang (45,5%) berpengetahuan kurang. Sedangkan dari 20 orang responden dengan kasus pengobatan berulang, yang berpengetahuan kurang ada 11 orang (55,0%) dan berpengetahuan baik ada 9 orang (45,0%).

Dilihat berdasarkan sumber informasi, dari 63 responden yang mendapatkan informasi tentang TB Paru dari petugas kesehatan rumah sakit (perawat dan dokter) yang berpengetahuan baik ada 32 orang (50,8%) dan sisanya berpengetahuan kurang ada 31 orang (49,2%). Sedangkan dari 1 orang responden

yang memperoleh informasi tentang TB paru dari media cetak memiliki pengetahuan baik tentang penyakit TB Paru.

Tingkat pengetahuan seluruh responden tentang penyakit TB Paru berdasarkan data diatas memiliki perbedaan yang tidak terlalu besar antara responden yang berpengetahuan baik dan yang berpengetahuan kurang. Responden yang memiliki pengetahuan baik tentang penyakit TB paru adalah sebanyak 33 orang responden (51,6), sedangkan responden yang berpengetahuan kurang sebanyak 31 orang responden (48,4%).



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1 Pembahasan hasil analisis tingkat pengetahuan berdasarkan karakteristik individu**

Analisis ini digunakan untuk melihat tingkat pengetahuan tentang penyakit TB paru pada pasien TB paru di rawat inap yang berencana pulang berdasarkan karakteristik individu yang terdiri dari usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, riwayat pengobatan, dan sumber informasi.

##### **6.1.1 Tingkat pengetahuan berdasarkan usia**

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan mayoritas responden berdasarkan pengelompokan usia pasien TB Paru adalah kelompok usia 14-49 tahun atau usia produktif. Sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Kartika (2008) bahwa sebagian besar responden (75,5%) dari seluruh responden penderita TB paru berada pada kelompok usia produktif 15-45 tahun. Hasil ini sejalan dengan teori bahwa di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB Paru adalah kelompok usia produktif yaitu 15-50 tahun (DepKes RI, 2007). Selain itu, dikarenakan usia produktif mempunyai mobilitas atau aktifitas yang tinggi sehingga mudah terpapar kuman *mycobacterium tuberculosis* (Crofton, 2002). Dengan mobilitas atau aktifitas yang tinggi akan meningkatkan resiko terpapar kuman *mycobacterium tuberculosis* akibat kemungkinan sering kontak dengan orang lain yang memiliki penyakit TB paru.

Pada kelompok usia 50 tahun atau lebih, sebagian besar berpengetahuan kurang. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kartika juga pada tahun 2008 tentang pengetahuan dan resiko kegagalan pengobatan, dalam variabel umur dibagi menjadi kategori usia produktif dan tidak produktif. Didapatkan hasil bahwa proporsi penderita berumur tidak produktif yang kurang pengetahuan tentang pengobatan dan beresiko gagal pengobatan sebesar 19,6% dan proporsi penderita berumur produktif yang beresiko gagal pengobatan sebesar 4,2%.

Sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Bagas pada tahun 2009 tentang hubungan antara karakteristik pasien TB Paru dengan pengetahuan dan perilaku pencegahan penularan penyakit TB Paru, didapatkan data bahwa 50,0% penderita dalam kelompok usia 15-50 tahun memiliki pengetahuan dan perilaku pencegahan yang kurang, sedangkan pada kelompok usia > 50 tahun ada 76,9% penderita yang memiliki pengetahuan dan perilaku pencegahan yang kurang. Sehingga dapat diartikan bahwa usia remaja dan dewasa sebagian besar memiliki tingkat pengetahuan yang baik dan usia lansia memiliki tingkat pengetahuan yang rendah atau kurang karena ada penurunan fungsi kognitif dan psikomotor.

Menurut peneliti hal ini terjadi karena pada usia produktif atau remaja-dewasa tua memiliki daya tangkap yang cepat, proses belajar yang bersifat aktif, dan daya ingat yang masih baik sehingga memudahkan untuk menerima pengetahuan yang diberikan tentang penyakit TB paru. Sejalan dengan teori menurut Notoatmodjo (2007), usia remaja atau dewasa memiliki daya tangkap dan pola pikir yang sedang berkembang serta individu lebih berperan aktif dalam mencari pengetahuan sehingga pada usia ini memiliki waktu untuk belajar, berlatih, dan membaca. Sedangkan pada usia lansia ada penurunan intelektual, daya tangkap, dan pola pikir akibat dari bertambahnya usia sehingga ada penurunan kemampuan dalam pengetahuan umum.

Pada lanjut usia terjadi penurunan intelektualitas yang meliputi persepsi, kemampuan kognitif, memori dan belajar. Keadaan ini menyebabkan mereka sulit untuk dipahami dan berinteraksi. Persepsi merupakan kemampuan interpretasi pada lingkungan. Adanya penurunan fungsi sensorik maka terjadi penurunan kemampuan untuk menerima, memproses dan merespon stimulus sehingga terkadang muncul aksi atau reaksi yang berbeda dari stimulus yang ada. Selain itu, kemampuan belajar yang menurun dapat terjadi karena penurunan fungsi otak, selain itu kurangnya motivasi pada lansia juga berperan. (Maryam, 2008).

### **6.1.2 Tingkat pengetahuan berdasarkan pendidikan**

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi pasien TB Paru berpendidikan SD paling banyak dibanding pendidikan yang lain. Sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Widi Subarkah (2002) yang menunjukkan bahwa dari 18 total penderita TB paru BTA Positif. Pendidikan penderita TB paru BTA Positif yang terbanyak adalah SD dan SLTP masing-masing 7 orang penderita atau 38,9%.

Hasil penelitian tingkat pengetahuan berdasarkan tingkat pendidikan, didapatkan data bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuan seseorang tentang penyakit TB paru semakin baik pula dan sebaliknya. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Asri pada tahun 2008 tentang pengetahuan pengobatan TB Paru, didapatkan data bahwa sebanyak 87,5% dari seluruh responden berpendidikan SD-SMP memiliki pengetahuan yang kurang tentang pengobatan TB Paru dan responden yang berpendidikan SMA-PT tidak ada yang memiliki pengetahuan yang kurang tentang pengobatan TB Paru. Sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anugrah (2007) tentang kepatuhan minum obat penderita Tuberkulosis paru, cakupan penyembuhan penderita Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Jatibarang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 61,1% tidak patuh, mayoritas responden mempunyai tingkat pendidikan Sekolah Dasar sebesar 82,22%.

Menurut peneliti hasil ini terjadi karena pendidikan formal seseorang akan memberikan landasan berpikir, daya tangkap, pola komunikasi, dan pemahaman tentang setiap pengetahuan yang diperoleh, salah satunya tentang pengetahuan penyakit TB paru sehingga akan mempengaruhi seseorang dalam menginterpretasikan setiap apa yang diperoleh individu tersebut. Menurut DepKes RI (2001), tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang diantaranya mengenai pengetahuan penyakit TB Paru, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku pencegahan penyakit TB paru.

Sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Imelda Zuliana (2009) bahwa tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi pengetahuan seseorang yang diantaranya mengenai pencegahan penularan TB Paru dan rumah yang memenuhi syarat kesehatan, sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba memiliki perilaku yang sehat. Sama dengan pendapat Mukhsin, dkk (2006) dikutip dari Rojali (2008), pendidikan berkaitan dengan pengetahuan penderita tentang penyakit TB Paru, hal ini menunjukkan bahwa pendidikan mempengaruhi ketuntasan atau kesuksesan pengobatan penderita. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin baik penerimaan informasi tentang pengobatan dan penyakitnya sehingga akan semakin tuntas proses pengobatan dan penyembuhannya.

### **6.1.3 Tingkat pengetahuan berdasarkan pekerjaan**

Berdasarkan analisis data, sebagian besar responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini berstatus bekerja. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Luh Budhaning Suthari pada tahun 2009 di Poliklinik Paru RS Pasar Rebo tentang pengetahuan dengan perilaku pencegahan penularan TB Paru, total responden adalah 120 orang yang terdiri dari 50 responden (41,7%) berstatus tidak bekerja dan sisanya sebanyak 70 responden (58,3%) berstatus bekerja.

Hasil penelitian tingkat pengetahuan berdasarkan pekerjaan, dimana status pekerjaan dibedakan menjadi kelompok bekerja dan tidak bekerja didapatkan hasil bahwa pada status tidak bekerja atau IRT lebih banyak memiliki tingkat pengetahuan yang kurang tentang penyakit TB paru. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widarto tahun 2007 tentang kepatuhan pengobatan dimana sebanyak 62,4% dengan status bekerja, memiliki tingkat kepatuhan pengobatan sebesar 73,8%. Sedangkan dari 37,6% status tidak bekerja, memiliki tingkat kepatuhan sebesar 43,6%.

Hasil ini sesuai dengan pendapat Imelda Zuliana (2009) bahwa pekerjaan akan mempengaruhi seseorang dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, selain itu pekerjaan seseorang dapat mencerminkan sedikit banyaknya informasi yang

diterima. Dengan demikian informasi tersebut dapat digunakan untuk mencari pelayanan kesehatan dan pemanfaatan pelayan kesehatan untuk peningkatan status kesehatan. Sedangkan menurut Anderson (2005), salah satu struktur sosial yaitu pekerjaan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, pekerjaan seseorang dapat mencerminkan sedikit banyaknya informasi yang diterima, informasi tersebut akan membantu seseorang dalam mengambil keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

Menurut peneliti hal ini terjadi karena semakin formal status pekerjaan seseorang maka respon dan kewaspadaan individu terhadap penyakit yang diderita semakin tinggi, sehingga individu yang bekerja lebih aktif dalam mencari informasi dan memiliki motivasi tinggi dalam menerima informasi yang berkaitan dengan penyakit TB Paru. Selain daripada itu karena tanggung jawab individu yang di pegang oleh individu tersebut untuk mempertahankan status pekerjaannya sangat penting dan tidak mengharapkan ada hambatan atau permasalahan dari penyakit yang diderita terhadap pekerjaannya.

#### **6.1.4 Tingkat pengetahuan berdasarkan penghasilan**

Hasil dari penelitian ini memberikan data bahwa mayoritas responden memiliki penghasilan di bawah Upah Minimum Regional Kota Bogor 2010, yaitu Rp 1.174.200,-. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Riski tahun 2011, didapatkan hasil sebanyak 22 responden (30,6%) berpenghasilan di atas UMR dan 50 reponden (69,4%) di bawah UMR. Sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur wahyudi pada tahun 2005 tentang Hubungan Karakteristik Tersangka TB Paru Dengan TB Paru BTA Positif, yang menyatakan bahwa sebanyak 59,1% responden memiliki penghasilan yang rendah atau dibawah Upah Minimum Regional.

Menurut penelitian Departemen Kesehatan RI pada tahun 1999 bahwa pada status ekonomi masyarakat yang masih rendah, secara tidak langsung keadaan ini dapat menimbulkan faktor resiko ancaman kesehatan. Status ekonomi akan menentukan tersedianya suatu fasilitas untuk menunjang kegiatan tertentu, salah satunya untuk

menunjang kesehatan. Adanya jaminan atau dukungan kesehatan akan mempermudah seseorang menggunakan fasilitas kesehatan.

Berdasarkan uji statistik didapatkan analisis bahwa sebagian besar responden dengan penghasilan di bawah UMR memiliki pengetahuan yang kurang, sedangkan pada responden dengan penghasilan di atas UMR sebagian besar berpengetahuan baik. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Riski (2011) bahwa responden yang memiliki penghasilan di atas Upah Minimum regional memiliki pengetahuan yang baik tentang strategi koping terhadap penyakit TB Paru, ditunjukkan dengan hasil bahwa sebanyak 20 orang (40,0%) dari 50 orang responden berpenghasilan di atas UMR memiliki strategi koping yang baik sedangkan pada responden di bawah UMR yang memiliki strategi koping yang baik hanya 3 orang dari 22 responden (13,6%).

Menurut Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa tingkat ekonomi atau penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan kurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar transportasi. Ketersediaan dana akan mempermudah untuk pengadaan fasilitas-fasilitas yang mendukung kesehatan.

Menurut peneliti hal ini terjadi karena individu dengan penghasilan yang lebih baik atau di atas UMR dapat mempermudah seseorang mencari informasi, memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan, dan menerima akses untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit TB paru. Selain itu, faktor hambatan seperti biaya transportasi dan cara atau akses mendapat informasi dapat dikurangi sehingga akan semakin sering terpapar informasi dan akan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit TB paru.

#### **6.1.5 Tingkat pengetahuan berdasarkan riwayat pengobatan**

Berdasarkan riwayat pengobatan sebagian besar responden berada pada status pengobatan TB paru kasus baru. Sesuai dengan data terakhir RS mengenai jumlah

pendataan bahwa pada tahun 2010 ditemukan 998 pasien kasus baru, serta 329 kasus putus berobat dan kambuh. Hasil ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Kartika (2008) bahwa hasil penelitian berdasarkan riwayat pengobatan TB Paru yang dikelompokkan menjadi 2 kelompok penderita yaitu baru dan kambuh, diketahui bahwa 95,2% penderita merupakan penderita TB Paru baru dan 4,8% penderita TB Paru kambuh.

Berdasarkan hasil penelitian tingkat pengetahuan berdasarkan riwayat pengobatan didapatkan data bahwa sebagian pasien TB paru kasus baru memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok pasien TB kasus berulang. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Noviani (2001) bahwa sebanyak 76,4% penderita kambuh memiliki pengetahuan keteraturan minum obat yang baik dibandingkan dengan penderita baru 50,2%.

Berbeda pula dengan teori Piaget dalam Suparno (2001), bahwa pengetahuan erat kaitannya dengan pengalaman, pengetahuan dibentuk dalam proses asimilasi dan akomodasi terhadap skema pengetahuan seseorang. Supaya proses pembentukan pengetahuan itu berkembang, pengalaman sangat menentukan. Semakin orang mempunyai banyak pengalaman mengenai persoalan, lingkungan, atau objek yang dihadapi maka semakin mengembangkan pemikiran dan pengetahuannya.

Menurut peneliti tingkat pengetahuan yang kurang pada pasien TB paru pengobatan berulang dimungkinkan karena pasien TB paru kasus pengobatan berulang bisa saja belum pernah mendapatkan informasi tentang penyakit TB paru sehingga pengetahuan yang diperoleh di rumah sakit menjadi yang pertama seperti pada pasien kasus baru. Selain itu, karena rentang waktu putus atau kambuh pasien TB paru bisa dalam jangka waktu yang lama sehingga ada penurunan memori terhadap pengetahuan tentang TB paru meskipun sudah pernah diberikan pengetahuan tentang penyakit TB paru sebelumnya.

### **6.1.6 Tingkat pengetahuan berdasarkan sumber informasi**

Berdasarkan hasil statistik penelitian ini dapat dilihat sebagian besar yang dijadikan sumber informasi dalam pengetahuan penyakit TB Paru adalah petugas kesehatan rumah sakit terutama dari perawat. Sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Dini Arini (2010) di RSUP Adam malik bahwa 82,5% penderita TB Paru mendapatkan informasi tentang penyakit TB Paru dan pengobatan dari petugas Puskesmas dan rumah sakit (perawat dan dokter).

Sesuai dengan *Konsorsium Ilmu Kesehatan Tahun 1989*, salah satu peran perawat adalah sebagai edukator. Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Biasanya bila dalam lingkungan rumah sakit diberikan sewaktu pasien akan pulang sehingga diharapkan pasien dapat menjalankan pola hidup sehat dan juga menjaga kesehatannya.

Dari hasil penelitian bahwa tingkat pengetahuan pasien TB paru berdasarkan sumber informasi dari petugas kesehatan rumah sakit antara yang berpengetahuan kurang dan baik hampir sama, sedangkan 1 orang yang mendapat informasi dari media cetak/ elektronik memiliki pengetahuan yang baik. Hasil ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Dini Arini tahun 2010 mengenai Gambaran Pengetahuan Penderita TB Paru Tentang Penyakit dan Pengobatan TB Paru di RSUP Adam Malik, dimana tidak ada perbedaan pengetahuan penderita yang mendapat informasi dari petugas kesehatan, media cetak, atau elektronik terhadap pengetahuan.

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Sumber informasi bisa diperoleh dari ahli pada bidangnya, media cetak, maupaun media elektronika (Notoatmodjo, 2007). Sedangkan keefektifan media cetak atau eletronika sebagai sumber informasi didukung oleh pendapat Sudjana & Rivai (1992) yang menyebutkan

bahwa media pembelajaran seperti media cetak atau elektronik memiliki manfaat antara lain; pembelajaran lebih menarik perhatian sehingga menumbuhkan motivasi belajar, materi pembelajaran akan lebih mudah dipahami, metode mengajar menjadi lebih variatif sehingga dapat mengurangi kebosanan belajar, dan responden lebih aktif melakukan kegiatan belajar.

Menurut peneliti bahwa tingkat pengetahuan responden berdasarkan sumber informasi yang menunjukkan pengetahuan kurang dan baik hampir sama adalah kurang optimalnya pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan rumah sakit terhadap peningkatan pengetahuan tentang penyakit TB paru. Hal ini dimungkinkan karena sebagian besar pelayanan berfokus kepada keluhan yang dirasakan pasien, kurangnya pengkajian terhadap pengetahuan pasien, kurang alokasi waktu untuk pendidikan kesehatan, dan keterbatasan tenaga. Sedangkan media cetak memberikan informasi yang lebih komunikatif dan dapat dibaca berulang-ulang sampai individu tersebut mengerti dari pesan yang terdapat pada media tersebut, media cetak juga memberikan informasi yang akurat berdasarkan penelitian atau buku-buku ilmiah.

## **6.2 Keterbatasan Penelitian**

Pada penelitian ini terdapat keterbatasan waktu dan tenaga dimana kuisisioner yang dibuat seharusnya diuji cobakan pada ruang rawat inap rumah sakit lain yang memiliki kasamaan karakteristik namun tidak dapat dilakukan. Pada saat penelitian seharusnya peneliti langsung memberikan kuisisioner kepada responden namun hampir sebagian besar tidak dapat dilakukan, dan kuisisioner diberikan oleh perawat ruangan tempat pasien di rawat.

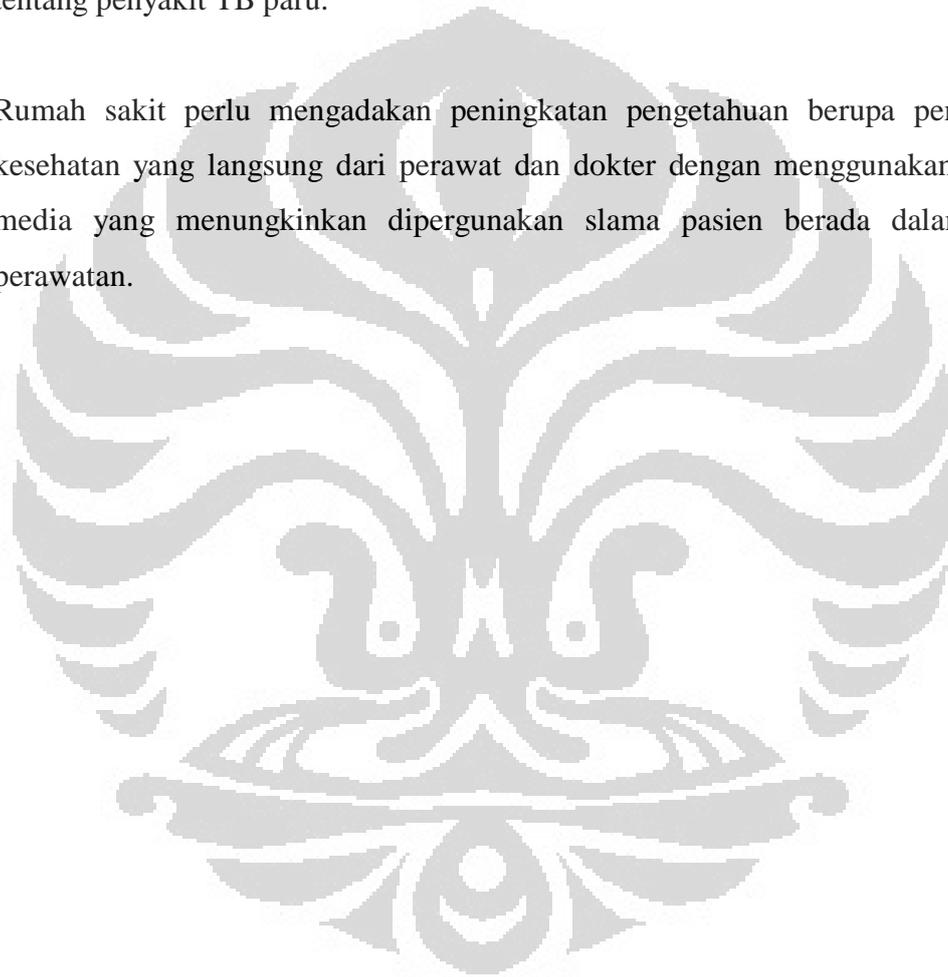
## **6.3 Keterbatasan Variabel Penelitian**

Ada banyak faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan namun dengan keterbatasan-keterbatasan maka dipilih beberapa variabel saja. Pemilihan variabel tersebut berdasarkan beberapa teori dan penelitian yang dilakukan sebelumnya. Variabel lama rawat dan tipe pemulangan pasien tidak penulis masukan kedalam karakteristik individu karena keterbatasan literatur.

#### **6.4 Implikasi**

Berdasarkan uji analisis tingkat pengetahuan berdasarkan karakteristik individu bahwa perlu penekanan peningkatan pengetahuan pada pasien yang masuk kategori lansia, berpendidikan rendah, dan berstatus ekonomi rendah karena mereka memiliki beberapa keterbatasan dalam peningkatan pengetahuan. Pada pasien yang mengalami pengobatan berulang perlu adanya motivasi dari petugas kesehatan dan keluarga untuk berusaha mengoptimalkan tingkat pengetahuan tentang penyakit TB paru.

Rumah sakit perlu mengadakan peningkatan pengetahuan berupa pendidikan kesehatan yang langsung dari perawat dan dokter dengan menggunakan media-media yang memungkinkan dipergunakan selama pasien berada dalam masa perawatan.



## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis univariat dan bivariat, berikut adalah kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian ini

- a. Pengetahuan seluruh responden penelitian ini, antara responden yang berpengetahuan kurang dan baik memiliki sedikit perbedaan sehingga menyatakan belum maksimalnya peningkatan pengetahuan tentang penyakit TB paru.
- b. Mayoritas pasien TB Paru berada pada usia produktif (14-49 tahun) dan sebagian besar berpengetahuan baik, sedangkan dari responden yang berumur 50 atau lebih sebagian besar berpengetahuan kurang akibat adanya penurunan fungsi kognitif.
- c. Tingkat pendidikan responden didominasi oleh responden berpendidikan SD, semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin baik pula tingkat pengetahuan tentang penyakit TB paru yang diakibatkan oleh landasan berpikir yang semakin baik yang diperoleh dalam pendidikan formal.
- d. Dominasi status pekerjaan pasien TB paru adalah bekerja dan memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan yang tidak bekerja karena memiliki motivasi untuk mempertahankan status kesehatan agar tidak mempengaruhi pekerjaan.
- e. Mayoritas responden berpenghasilan kurang dari Rp. 1.174.200 (UMR Kota Bogor 2010), sebagian besar memiliki pengetahuan yang kurang tentang penyakit TB paru karena keterbatasan untuk mendapatkan informasi.
- f. Sebagian besar responden adalah pasien dengan riwayat pengobatan kasus baru dan memiliki pengetahuan lebih baik dibandingkan pasien TB paru pengobatan berulang.

- g. Sumber informasi didominasi dari petugas kesehatan yang berasal dari rumah sakit, namun pengetahuan yang diberikan kepada pasien TB paru belum optimal.

## 7.2 Saran

### a. Rumah Sakit Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo

- 1) Mengoptimalkan pendidikan kesehatan dan peningkatan pengetahuan tentang penyakit TB paru untuk pasien rawat inap oleh petugas kesehatan (perawat, dokter, PKMRS) dengan media yang lebih efektif.
- 2) Perlu penekanan pengetahuan pada pasien yang berlatar pendidikan rendah, status ekonomi rendah, dan pada lansia tentang pengetahuan penyakit TB paru.
- 3) Evaluasi pengetahuan pasien rawat inap yang akan pulang untuk mencegah terjadinya putus berobat ketika pulang rawat.

### b. Penelitian Selanjutnya

Perlu adanya penelitian lanjutan yang menggambarkan tentang pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan rumah sakit mengenai peningkatan pengetahuan penyakit TB paru

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama Tjandra Y. (2006). *Tuberkulosis Paru, Diagnosis, Terapi dan Masalahnya, Edisi 4.*, Jakarta: IDI
- Anugrah, D. (2007). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Penderita TB Paru Dengan Kepatuhan Minum Obat Di Wilayah Kerja Puskesmas Jatibarang Kecamatan Jatibarang Kabupaten Indramayu.*  
<http://eprint.undip.ac.id/20238/1/3039.pdf>
- Arini, Dini. (2010). *Gambaran Pengetahuan Penderita Tuberkulosis Paru tentang Penyakit dan Pengobatan Tuberkulosis di RSUP. Adam Malik Medan 2010.* Mei 11, 2012. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/hasil.pdf>
- Bahar, A., Amir, Z. (2006). *Tuberculosis Paru Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, ed IV.* FK. UI
- Kozier, B., Erb., & Oliver, R. (2004). *Fundamental of nursing; concept, process and practice*, (fourth edition) California: Addison-Wesley Publishing CO
- Black & hawks. (2005). *Medical Surgical Nursing, Clinical Management for Positif Outcomes, 7<sup>th</sup> Edition. Volume II.* Elsevier saunders. Missouri.
- Bunner & Suddarth. (2002). *Medical Surgical Nursing, Edisi 8, Volume I.* Jakarta : EGC.
- Corwin, Elizabeth J. (2000). *Buku Saku Patofisiologi.* Jakarta : EGC.
- Crofton, J. Et all. (2002). *Tuberkulosis Klinis.* Jakarta. Widya Medika
- DepKes RI. (2000). *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Tuberkulosis.* Jakarta
- Depkes RI. (2002). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis,* Jakarta.

Depkes RI. (2007). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Jakarta.

Hall & Guyton (1997). *Fisiologi Kedokteran*. Jakarta : EGC.

Hidayat, 2004. *Peran Perawat Menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan*, Jakarta.

Imelda Zuliana. (2009). *Pengaruh Karakteristik Individu Terhadap Kepatuhan Penderita TB Paru Dalam pengobatan*. Medan. FKM USU

Iskandar, Junaidi. (2010). *Penyakit Paru dan Saluran Napas*. Jakarta PT. Buana Ilmu Populer.

Kartika. (2008). *Pengaruh Karakteristik Individu Terhadap Pengetahuan, Perilaku Pengobatan dan Kegagalan Pengobatan TB Paru di RS Budhi Asih Jakarta*. Skripsi. Tidak dipublikasikan. Jakarta; Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Laban Y, Yoannes. (2008). *TBC Penyakit Dan Cara Pencegahan*. Yogyakarta. Kanisius

Martini. (2001). *Fundamentals of Anatomy And Physiology*. New Jersey : Prentice-Hall.

Maryam, R. Siti. (2008). *Menganal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta. Salemba Medika

Misnadiarly. (2006). *Mengenal, Mencegah, Menanggulangi TBC Paru, Ekstra Paru, Anak, dan Pada Kehamilan*, Edisi-1. Jakarta: Pustaka Populer Obor.

Nana, Syaodah Sukmadinata. (2000). *Proses Pendidikan*. Bandung. Remaja Rosdakarya

- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Noviani, Ratna. (2011). *Hubungan Pengetahuan Penderita TB Paru Dengan Riwayat Kegagalan pengobatan Terhadap Kejadian MDR TB Paru*. Skripsi. Tidak Dipublikasikan. Jakarta; Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Pearce, Evelyn C. (1983). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta : PT. Gramedia.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2005). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice Seven Edition*. Lippincott Williams &Wilkins. Philadelphia, Pa
- Price & Wilson. (1995). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Edisi 4, Buku II*. Jakarta : EGC
- Riski, N, Amalia. (2011). Hubungan Tingkat Stres Dengan Strategi Koping Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan TB Paru Di RW 01 Kelurahan Aren Jaya Bekasi Timur. April 20, 2012. <http://www.library.upnvj.ac.id/pdf/3keperawatanpdf/207312091/hasil.pdf>
- Safitri, H. (2001). *Karakteristik Penderita TB Paru Putus Berobat Di Puskesmas Banda Aceh*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Desember 1, 2011.<http://www.usu.ac.id>
- Somantri, Irman. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta. Salemba Medika.

Sudjana, Nana dan Ahmad Rivai. (2005). *Media Pengajaran*. Bandung. Sinar Baru Algesindo.

Sugiyono, Y. (2009). *Gambaran Pengetahuan Penderita TB Paru Tentang Keteraturan Minum Obat di Desa Pamah Kabupaten Deli Serdang*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang. Oktober 20 2011. <http://www.pdfqueen.com/pdf/pe/keteraturan-minum-obat.pdf/>

Supardi, S. (1998). *Pengaruh Penyuluhan Obat Terhadap Pengetahuan, Sikap, dan Penggunaan Obat Yang rasional*. <http://digilib.litbang.depkes.go.id/>  
Diakses tanggal 3 Mei 2012

Suparno, Paul. (2001). *Teori Perkembangan Kognitif Jean Piaget*. Yogyakarta. Kanisius.

Suthari, N. L. Budhaning. (2009). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Perilaku Pencegahan Penularan Penyakit TB Paru Di Poliklinik RS Pasar Rebo*. Skripsi. Maret 25, 2012. Tidak dipublikasikan. Jakarta; Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Taufik, M. (2007). *Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan Dalam Bidang Keperawatan*. Jakarta. CV Infomedika

WHO. (2002). *Tuberculosis Epidemiologi and Control*. Edisi-1. New Delhi: WHO

WHO.(2008). *Country Profile Indonesia*. Diambil tanggal 15 November 2010 dari <http://tbcindonesia.or.id/pdf/TBProfile/Indonesia-Profile-2008.pdf>.

Widarto, S. (2007). *Hubungan Karakteristik Individu Dengan Kepatuhan Minum Obat TB Paru di Kecamatan Parung Bogor*. Skripsi. Tidak dipublikasikan. Jakarta; Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

**BIODATA PENULIS**

Nama : Kurniawan Adiwidia  
Nama Panggilan : One  
Tempat, Tanggal Lahir : Ciamis, 18 Januari 1986  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Pegawai Negeri Sipil  
Instansi : RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua  
Bogor  
Alamat : Komplek RSPG Cisarua Bogor RT 02/02  
Cibeureum Cisarua 16750  
Motto Hidup : Belajar, Berusaha, Nikmati Hidup Di Jalan Yang  
Di Ridhoi Alloh dan Raihlah Kebahagiaan Dunia  
Akhirat  
Email : one\_sharkone@yahoo.com

**Riwayat Pendidikan**

TK Subiadinata : Tahun 1991-1992  
SD N 3 Salakaria : Tahun 1992-1998  
SMP N 1 Sukadana : Tahun 1998-2001  
SMA N 2 Ciamis : Tahun 2001-2004  
D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Bandung, : Tahun 2004-2007  
Program Studi Keperawatan Bogor  
S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas : Tahun 2010-2012  
Indonesia

**Universitas Indonesia**

**Persetujuan Tertulis Untuk Permohonan Menjadi Responden**

Saya Kurniawan Adiwidia, NPM 1006823362, mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia bersama surat ini memohon partisipasi Anda dalam penelitian tentang “Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien TB Paru Rencana Pulang Tentang Penyakit TB Paru di Ruang Rawat RSPG”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana keefektifan pendidikan kesehatan dan bagaimana pengetahuan yang ada pada pasien TB paru sehingga dapat dijadikan data dasar untuk perbaikan dan perkembangan di masa yang akan datang. Partisipasi anda bersifat sukarela dan tanpa paksaan, anda boleh menolak apabila anda merasa tidak berkenan dalam penelitian ini.

Saya akan menjaga kerahasiaan Anda dan keterlibatan Anda dalam penelitian ini. Nama anda tidak akan dicatat dan dicantumkan dimanapun. Semua kuisisioner yang telah terisi hanya akan diberikan nomor kode yang tidak bisa digunakan untuk mengidentifikasi nama Anda.

Kuisisioner yang akan saya berikan terdiri dari 2 bagian yaitu karakteristik individu dan pengetahuan tentang TB paru. Diharapkan Anda dapat mengisi dan menyelesaikan kuisisioner ini dalam jangka waktu 15-20 menit.

Sehubungan hal diatas saya mohon kesediaan responden untuk memberikan jawaban atas pertanyaan yang disampaikan sesuai petunjuk

Depok, 16 Mei 2012

Kurniawan Adiwidia

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Pengetahuan Pasien TB Paru Rencana  
Pulang Tentang Penyakit TB Paru di Ruang Rawat RSPG.

Setelah membaca dan memahami penjelasan pada surat permohonan saudara, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Indonesia

Memahami bahwa penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya dan tidak akan berakibat negatif serta merugikan saya, karena ini hanya digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan.

Dengan ini saya bersedia berpartisipasi untuk menjadi responden dalam penelitian, saya setuju dan menandatangani tanpa ada pemaksaan dari siapapun.

Bogor, Mei 2012

LEMBAR KUISIONER

KODE

**A. Karakteristik Individu**

Berilah tanda silang pada salah satu pilihan yang disediakan sesuai dengan diri anda

Pertanyaan	Pilihan dan Jawaban
Umur	..... Tahun
Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan
Pendidikan terakhir	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. Perguruan Tinggi
Pekerjaan	1. Tidak bekerja/ IRT 2. Petani/ pedagang/ buruh 3. Swasta 4. PNS/ POLRI/ ABRI 5. Pensiunan
Penghasilan perbulan	1. Di bawah Rp. 1.174.200,- 2. Di atas Rp. 1.174.200,-
Riwayat pengobatan	1. Baru 2. Putus 3. Kambuh

DI ISI OLEH PETUGAS

Sumber informasi tentang penyakit TB paru	1.Perawat 2.Dokter 3.Media elektronik (televisi, radio) 4.Media cetak (koran, majalah, poster, leaflet)
---	--

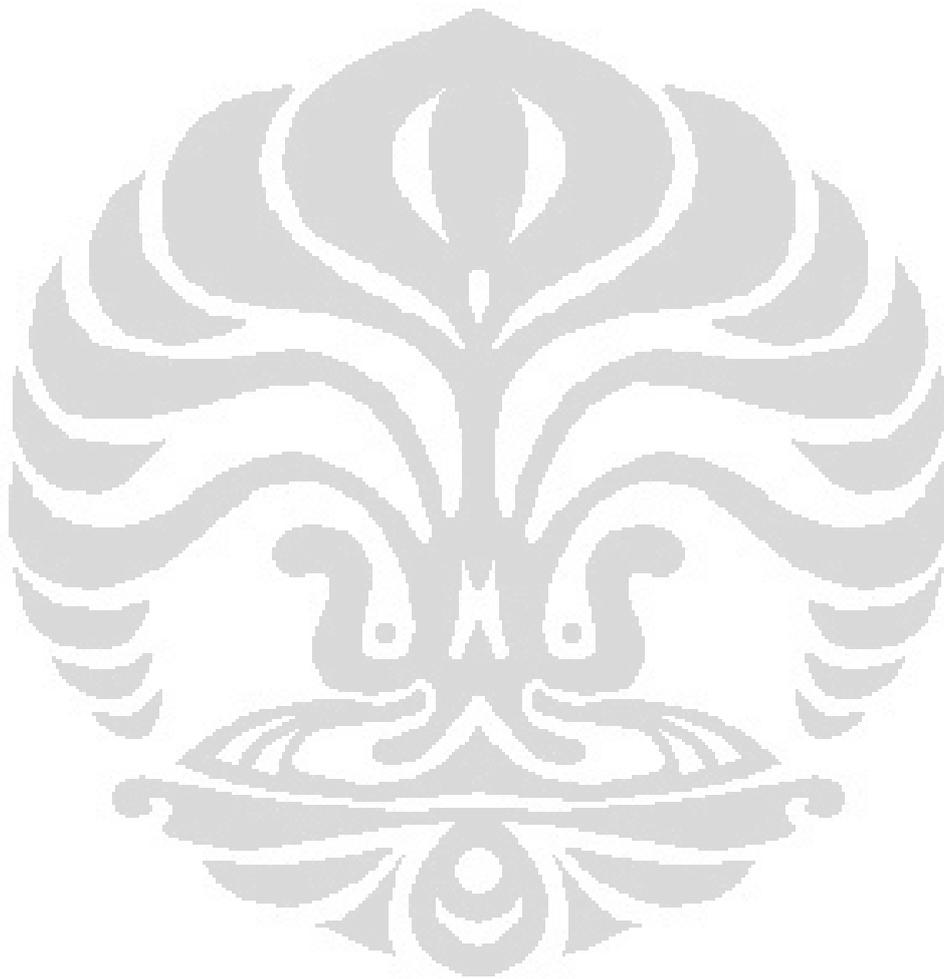
## B. Pengetahuan

Berilah tanda ceklist ( ✓ ) pada kolom B (benar) apabila menurut anda pernyataan itu benar, dan pada kolom S (salah) apabila menurut anda pernyataan itu salah.

NO	PERNYATAAN	B	S
1	Tuberculosis (TB) adalah penyakit menular akibat kuman/bakteri Mycobacterium tuberculosis.		
2	Penyebab penyakit TB Paru adalah merokok dan kurang istirahat.		
3	Batuk dan bersin penderita TB dapat menyebarkan kuman TB ke udara.		
4	Penularan TB paru juga bisa melalui darah penderita.		
5	Orang yang dekat dengan penderita TB Paru positif atau tinggal bersama anggota keluarga TB Paru positif beresiko terkena TB Paru.		
6	Anggota keluarga beresiko terkena TB paru karena penyakit TB paru adalah penyakit keturunan.		
7	Kebersihan rumah, pencahayaan dan ventilasi yang baik dapat mencegah penyebaran penyakit TB paru		
8	Tanda dan gejala dari orang yang terkena penyakit TB Paru adalah batuk berdahak lebih dari 3 minggu, ada batuk darah, sesak napas, kurang nafsu makan, demam, dan keringat malam		
9	Pemeriksaan dahak yang dilakukan 3 kali adalah pemeriksaan yang akurat untuk menegakan penyakit TB. Paru.		

10	Selain untuk mendiagnosa penyakit TB paru, pemeriksaan dahak juga dilakukan untuk mengevaluasi pengobatan.		
11	Rontgen dada (foto toraks) dilakukan untuk melihat seberapa luas penyebaran penyakit pada paru-paru penderita		
12	Obat TB paru ada yang berupa paket atau satuan yang terdiri dari Rifampisin, Isoniazid (INH), Pyrazinamide, Etambutol.		
13	Pengobatan TB paru minimal 6 bulan atau lebih.		
14	Penderita TB Paru boleh berhenti sendiri pengobatan sebelum mencapai 6 bulan apabila sudah tidak ada keluhan yang dirasakan.		
15	Apabila penderita TB Paru tidak minum obat dalam batas waktu yang ditentukan maka pengobatan harus diulang dari awal.		
16	Warna kemerahan pada air seni/ air kencing adalah efek samping obat anti TB yang tidak berbahaya dan tidak perlu dikhawatirkan.		
17	Tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut, nyeri sendi, gatal dan kesemutan sampai dengan rasa terbakar adalah efek samping ringan obat anti TB Paru		
18	Apabila terjadi efek samping ringan pengobatan maka penderita dapat menghentikan pengobatan sendiri dan tidak meminum lagi selamanya.		
19	Muntah-muntah, mata dan badan menjadi kuning adalah efek samping berat sehingga perlu penanganan segera dari pelayanan kesehatan terdekat		
20	Saat lupa minum obat maka obat segera diminum jika ingat kurang dari 12 jam dari jadwal minum obat, bila lebih maka esok hari minum obat seperti biasa.		
22	Untuk mencegah penularan, penderita harus menutup mulut jika batuk dan bersin dan tidak meludah sembarangan		
22	Wadah tertutup dan berisi desinfektan adalah tempat membuang dahak atau ludah yang dianjurkan pada penderita TB Paru		
23	Jika dalam perjalanan maka penderita memakai penutup mulut dan membuang dahak di closet dan segera di siram.		

24	Pengawas Menelan Obat (PMO) penting dalam menjamin keteraturan minum obat penderita.		
25	Pengawas Menelan Obat (PMO) bisa dari petugas kesehatan, kader, atau anggota keluarga.		



# **PENELITIAN**

## **TINGKAT PENGETAHUAN PASIEN TB PARU RENCANA PULANG TENTANG PENYAKIT TB PARU.**

Kurniawan Adiwidia.  
Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
Kampus FIK UI Depok, 16424.  
E-mail : [one\\_sharkone@yahoo.com](mailto:one_sharkone@yahoo.com)

### **Abstrak**

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*, salah satunya menyerang paru-paru. Tuberkulosis (TB) Paru ditularkan melalui *droplet* (udara) yang dikeluarkan oleh penderita TB paru aktif melalui batuk atau bersin dan terhirup oleh orang lain sehingga beresiko semakin luas. Pengendalian penyakit TB paru adalah dengan meningkatkan pengetahuan penderita, faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah karakteristik individu; usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan, riwayat pengobatan, dan sumber informasi. Tempat untuk peningkatan pengetahuan adalah di ruang rawat inap. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien TB paru rencana pulang rawat tentang penyakit TB paru di RS Paru. Dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan besar sampel 64 orang dengan tehnik consecutive sampling menggunakan kuisioner. Hasil menunjukkan tingkat pengetahuan pasien rencana pulang 51,6% berpengetahuan baik dan 48,4% berpengetahuan kurang. Rumah sakit perlu mengoptimalkan peningkatan pengetahuan dan evaluasi pengetahuan pasien rawat inap yang akan pulang.

Kata kunci : Tuberkulosis paru, pasien TB rencana pulang, pengetahuan tentang TB

### **Abstract**

Tuberculosis (TB) is an infectious disease caused by *mycobacterium tuberculosis*, this disease can attacks the lungs. Tuberculosis (TB) transmitted by *droplet* (air) from TB active patients when coughing or sneezing, and inhaled by other people so infectious risk more widely. Control of TB disease with increase patient knowledge about TB, the factors that influence knowledge is an individual characteristic; age, education level, occupation, income, medical history, and information resources. The place to increase the knowledge in the hospital. The purpose of this research to describe of knowledge patients TB to plan depart from hospital in dr. M. Goenawan Partowidigdo's Lung Hospital. This is the descriptive research with 64 people sample by consecutive sampling technique. The results showed of level patient knowledge to plan depart is good knowledge 51.6% and 48.4% poor knowledge. Hospitals need to optimize the evaluation of knowledge about TB disease in TB patients will go home.

Key words : Pulmonary tuberculosis, patients go home plans, knowledge of TB

## **PENDAHULUAN**

### **Latar Belakang**

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis* yang ditemukan oleh Robert Koch pada tahun 1882, Kuman tersebut dianggap paling berbahaya yang menyerang paru-paru. Selain berbahaya, penyakit Tuberkulosis juga dianggap penyebarannya sangat cepat dan dapat menyerang semua usia. Tuberkulosis (TB) paru merupakan penyakit yang ditularkan melalui *droplet* (udara) yang dikeluarkan oleh penderita TB paru aktif melalui batuk atau bersin dan terhirup oleh orang lain sehingga penyakit ini semakin rentan untuk menjadi lebih luas dan akan menjadi temuan kasus yang semakin meningkat apabila tidak dikendalikan.

WHO pada tahun 2009 menerangkan bahwa lebih dari 2 miliar orang di dunia atau sama dengan sepertiga warga dunia terinfeksi basil TB. Data dari WHO pada tahun 2009, mencatat peringkat Indonesia berada di posisi lima di dunia. Pada Global Report WHO 2010 didapatkan data di Indonesia bahwa seluruh kasus TB tahun 2009 sebanyak 294.731 kasus.

Salah satu cara untuk mengendalikan dan menurunkan angka kejadian TB paru adalah dengan meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit TB paru, sebelum meningkatkan pengetahuan perlu untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien TB paru terutama pada pasien rawat inap. Selain untuk mengevaluasi keefektifan pendidikan kesehatan terkait peningkatan pengetahuan, tetapi juga untuk mencegah dan mengurangi penyebaran dan angka putus berobat. Faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan adalah usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan, riwayat pengobatan, dan sumber informasi.

RS Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor merupakan Rumah Sakit Khusus tipe A yang memberikan pelayanan khusus pada penyakit paru-paru yang memiliki fasilitas rawat inap, rawat jalan, instalasi gawat darurat, dan penunjang medis. Berdasarkan dari data RS. Paru dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor tahun 2010, ditemukan 998 pasien kasus baru, serta 329 kasus putus berobat dan kambuh baik itu yang berasal dari rumah sakit itu sendiri maupun rujukan.

Sebagian besar ruang rawat inap adalah khusus untuk penderita TB paru, pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar yang berlaku. Namun sebagian besar pelayanan rawat inap berfokus kepada keluhan utama berdasarkan kondisi pasien dan tindakan yang bersifat kolaboratif sehingga jarang muncul diagnosa keperawatan tentang penilaian pengetahuan. Selain daripada itu, keterbatasan tenaga dan media yang digunakan untuk peningkatan pengetahuan menjadi dasar untuk dilakukan penelitian

mengenai pengetahuan pasien rencana pulang untuk melihat tingkat pengetahuan dan keefektifan pendidikan kesehatan yang bersifat sewaktu-waktu ketika tindakan kepada pasien.

### **Tujuan Penelitian**

Berdasarkan data di atas perlu bagi penulis untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan pasien TB paru rencana pulang tentang penyakit TB paru di RS Paru. Dr. M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor secara umum dan berdasarkan karakteristik individu (usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, riwayat pengobatan, dan sumber informasi).

### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan tehnik consecutive sampling untuk memberikan gambaran pengetahuan pasien TB paru rencana pulang tentang penyakit TB paru dengan 64 sampel responden pasien rawat inap rencana pulang. Alat untuk pengumpulan data menggunakan kuisisioner yang terdiri dari pertanyaan karakteristik individu dan pernyataan benar salah tentang penyakit TB paru yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

### **Prosedur Penelitian**

Penelitian dilakukan setelah mendapat izin dari RS Paru dr M. Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor, kemudian peneliti meminta izin kepada kepala ruangan dengan menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Responden adalah setiap pasien rawat inap yang berencana pulang dan sesuai dengan kriteria sampel penelitian, setiap pasien rencana pulang diberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian dan ditawarkan untuk menjadi responden secara sukarela. Bagi responden yang bersedia, diberikan kuisisioner dan dijelaskan cara pengisian serta waktu yang diberikan untuk pengisian kuisisioner tersebut. Selama penelitian berlangsung, peneliti menjaga kerahasiaan pasien, menghormati hak pribadi pasien, menghormati perbedaan karakteristik pasien, dan memastikan bahwa penelitian ini tidak akan merugikan responden. Pengolahan data menggunakan program SPSS dengan analisis univariat untuk jumlah responden berdasarkan karakteristik individu dan tehnik *chi square* untuk mengetahui gambaran pengetahuan berdasarkan kelompok-kelompok karakteristik individu.

## HASIL

### Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Individu

No	Varibel	n	Responden	%
<b>1</b>	<b>Usia</b>	64		
	14 - 49 Tahun		48	75,0
	>= 50 Tahun		16	25,0
<b>2</b>	<b>Pendidikan</b>	64		
	SD		27	42,2
	SMP		16	25,0
	SMA		19	29,7
	PT		2	3,1
<b>3</b>	<b>Pekerjaan</b>	64		
	Tidak Bekerja/ IRT		27	42,2
	Petani/Pedagang/Buruh		21	32,8
	Swasta		14	21,9
	PNS/POLRI/TNI		2	3,1
	Pensiunan		0	0,0
<b>4</b>	<b>Penghasilan</b>	64		
	≤ Rp. 1.174.200		42	65,6
	> Rp. 1.174.200		22	34,4
<b>5</b>	<b>Riwayat Pengobatan</b>	64		
	Baru		44	68,8
	Putus		7	10,9
	Kambuh		13	20,3
<b>6</b>	<b>Sumber Informasi</b>	64		
	Perawat		45	70,3
	Dokter		18	28,1
	Media Cetak		1	1,6
	Media Elektronik		0	0,0

### **Tingkat Pengetahuan Berdasarkan Karakteristik Individu**

Jumlah responden yang berumur 14 sampai 49 tahun adalah 48 orang, terdapat 31 orang (64,6%) diantaranya berpengetahuan baik dan 17 responden (35,4%) berpengetahuan kurang. Sedangkan dari responden yang berumur 50 tahun atau lebih yang berjumlah 16 orang responden, terdapat 14 orang (87,5%) berpengetahuan kurang dan sisanya 2 orang (12,5%) berpengetahuan baik.

Berdasarkan tingkat pendidikan, terdapat 43 responden yang berpendidikan SD-SMP, sebanyak 29 orang (67,4%) berpengetahuan kurang dan sisanya ada 14 orang responden (32,6 %) yang berpengetahuan baik. Sedangkan dari 21 responden yang berpendidikan SMA-PT, terdapat 19 orang (90,5%) yang berpengetahuan baik dan 2 orang (9,5%) berpengetahuan kurang.

Berdasarkan status pekerjaan, terdapat 27 orang responden yang tidak bekerja atau IRT yang berpengetahuan kurang ada 16 orang responden (59,3%) dan yang berpengetahuan baik ada 11 orang responden (40,7%). Sedangkan dari 37 responden yang bekerja ada 22 orang (59,5%) yang berpengetahuan baik dan 15 orang (40,5%) berpengetahuan kurang.

Jumlah responden yang berpenghasilan kurang dari Rp. 1.174.200 adalah 42 orang, terdapat 26 orang responden (61,9%) yang berpengetahuan kurang dan 16 orang (38,1%) berpengetahuan baik tentang TB paru. Sedangkan dari 22 orang responden yang berpenghasilan lebih dari Rp. 1.174.200, yang berpengetahuan baik ada 17 orang (77,3%) dan berpengetahuan kurang ada 5 orang (22,7%).

Berdasarkan riwayat pengobatan kasus baru terdapat 44 orang responden, yang berpengetahuan baik terdapat 24 orang responden (54,5%) dan 20 orang (45,5%) berpengetahuan kurang. Sedangkan dari 20 orang responden dengan kasus pengobatan berulang, yang berpengetahuan kurang ada 11 orang (55,0%) dan berpengetahuan baik ada 9 orang (45,0%).

Dilihat berdasarkan sumber informasi, dari 63 responden yang mendapatkan informasi tentang TB Paru dari petugas kesehatan rumah sakit (perawat dan dokter) yang berpengetahuan baik ada 32 orang (50,8%) dan sisanya berpengetahuan kurang ada 31 orang (49,2%). Sedangkan dari 1 orang responden yang memperoleh informasi tentang TB paru dari media cetak memiliki pengetahuan baik tentang penyakit TB Paru.

Tingkat pengetahuan seluruh responden tentang penyakit TB Paru berdasarkan data diatas memiliki perbedaan yang tidak terlalu besar antara responden yang berpengetahuan baik dan yang berpendidikan kurang. Responden yang memiliki pengetahuan baik tentang penyakit TB paru adalah sebanyak 33 orang responden (51,6), sedangkan responden yang berpengetahuan kurang sebanyak 31 Orang responden (48,4%).

## **PEMBAHASAN**

Pada kelompok usia 50 tahun atau lebih, sebagian besar berpengetahuan kurang dimana hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kartika juga pada tahun 2008 bahwa proporsi penderita berumur tidak produktif yang kurang pengetahuan tentang pengobatan dan beresiko gagal pengobatan sebesar 19,6% dan proporsi penderita berumur produktif yang beresiko gagal pengobatan sebesar 4,2%.

Menurut peneliti hal ini terjadi karena pada usia produktif atau remaja-dewasa tua memiliki daya tangkap yang cepat, proses belajar yang bersifat aktif, dan daya ingat yang masih baik sehingga memudahkan untuk menerima pengetahuan yang diberikan tentang penyakit TB paru sedangkan pada lansia adalah sebaliknya. Sejalan dengan teori menurut Notoatmodjo (2007), usia remaja atau dewasa memiliki daya tangkap dan pola pikir yang sedang berkembang serta individu banyak berperan aktif dalam mencari pengetahuan sehingga pada usia ini memiliki waktu untuk belajar, berlatih, dan membaca. Sedangkan pada usia lansia ada penurunan intelektual, daya tangkap, dan pola pikir akibat dari bertambahnya usia sehingga ada penurunan kemampuan dalam pengetahuan umum.

Hasil penelitian tingkat pengetahuan berdasarkan tingkat pendidikan, didapatkan data bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka tingkat pengetahuan seseorang tentang penyakit TB paru semakin baik pula dan sebaliknya. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Asri pada tahun 2008 tentang pengetahuan pengobatan TB Paru, didapatkan data bahwa sebanyak 87,5% dari seluruh responden berpendidikan SD-SMP memiliki pengetahuan yang kurang tentang pengobatan TB Paru dan responden yang berpendidikan SMA-PT tidak ada yang memiliki pengetahuan yang kurang tentang pengobatan TB Paru. Sama dengan pendapat Mukhsin, dkk (2006) dikutip dari Rojali (2008), pendidikan berkaitan dengan pengetahuan penderita tentang penyakit TB Paru, hal ini menunjukkan bahwa pendidikan mempengaruhi ketuntasan atau kesuksesan pengobatan penderita. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin baik penerimaan informasi tentang pengobatan dan penyakitnya sehingga akan semakin tuntas proses pengobatan dan penyembuhannya.

Hasil penelitian tingkat pengetahuan berdasarkan pekerjaan didapatkan hasil bahwa kelompok responden yang bekerja memiliki tingkat pengetahuan yang lebih baik tentang penyakit TB paru. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widarto tahun 2007 tentang kedisiplinan minum obat TB paru dengan tingkat keberhasilan pengobatan TB paru dimana sebanyak 62,4% dengan status bekerja dan memiliki kepatuhan pengobatan sebesar 73,8%. Sama dengan pendapat Anderson (2005), salah satu struktur sosial yaitu pekerjaan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, pekerjaan seseorang dapat mencerminkan sedikit banyaknya informasi yang diterima, informasi tersebut akan membantu seseorang dalam mengambil keputusan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada.

Menurut peneliti hal ini terjadi karena semakin formal status pekerjaan seseorang maka respon dan kewaspadaan individu terhadap penyakit yang diderita semakin tinggi, sehingga individu yang bekerja lebih aktif dalam mencari informasi dan memiliki motivasi tinggi dalam menerima informasi yang berkaitan dengan penyakit TB Paru. Selain daripada itu karena tanggung jawab individu yang di pegang oleh individu untuk mempertahankan status pekerjaannya sangat penting dan tidak mengharapkan ada hambatan atau permasalahan dari penyakit yang diderita terhadap pekerjaannya.

Berdasarkan uji statistik didapatkan analisis bahwa responden dengan penghasilan di bawah UMR, sebagian besar memiliki pengetahuan yang kurang, sedangkan pada responden dengan penghasilan di atas UMR sebagian besar berpengetahuan baik. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Riski (2011) bahwa responden yang memiliki penghasilan di atas Upah Minimum regional memiliki pengetahuan yang baik tentang strategi koping terhadap penyakit TB Paru. Menurut Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa tingkat ekonomi atau penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan kurangnya pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar transportasi.

Menurut peneliti hal ini terjadi karena individu dengan penghasilan yang lebih baik atau di atas UMR dapat mempermudah seseorang mencari informasi, memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan, dan menerima akses untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit TB paru. Selain itu, faktor

hambatan seperti biaya transportasi dan cara atau akses mendapat informasi dapat dikurangi sehingga akan semakin sering terpapar informasi dan akan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit TB paru. Berdasarkan hasil penelitian tingkat pengetahuan berdasarkan riwayat pengobatan didapatkan data bahwa sebagian pasien TB paru kasus baru, putus dan kambuh memiliki pengetahuan yang baik. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Noviani (2001) bahwa sebanyak 76,4% penderita kambuh memiliki pengetahuan keteraturan minum obat dibandingkan dengan penderita baru 50,2%.

Berdasarkan hasil penelitian tingkat pengetahuan berdasarkan riwayat pengobatan didapatkan data bahwa sebagian pasien TB paru kasus baru memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok pasien TB kasus berulang. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Noviani (2001) bahwa sebanyak 76,4% penderita kambuh memiliki pengetahuan keteraturan minum obat dibandingkan dengan penderita baru 50,2%.

Menurut peneliti tingkat pengetahuan yang kurang pada pasien TB paru pengobatan berulang dimungkinkan karena pasien TB paru kasus pengobatan berulang bisa saja belum pernah mendapatkan informasi tentang penyakit TB paru sehingga pengetahuan yang diperoleh di rumah sakit menjadi yang pertama seperti pada pasien kasus baru. Selain itu, karena rentang waktu putus atau kambuh pasien TB paru bisa dalam jangka waktu yang lama sehingga ada penurunan memori terhadap pengetahuan tentang TB paru meskipun sudah pernah diberikan pengetahuan tentang penyakit TB paru sebelumnya.

Dari hasil penelitian bahwa tingkat pengetahuan pasien TB paru berdasarkan sumber informasi dari petugas kesehatan rumah sakit antara yang berpengetahuan kurang dan baik hampir sama, sedangkan 1 orang yang mendapat informasi dari media cetak/ elektronik memiliki pengetahuan yang baik. Hasil ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Dini Arini tahun 2010 mengenai Gambaran Pengetahuan Penderita TB Paru Tentang Penyakit dan Pengobatan TB Paru di RSUP Adam Malik, dimana tidak ada perbedaan pengetahuan penderita yang mendapat informasi dari petugas kesehatan, media cetak, atau elektronik terhadap pengetahuan.

Menurut peneliti bahwa tingkat pengetahuan responden berdasarkan sumber informasi yang menunjukkan pengetahuan kurang dan baik hampir sama adalah kurang optimalnya pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan rumah sakit terhadap peningkatan pengetahuan

tentang penyakit TB paru. Hal ini dimungkinkan karena sebagian besar pelayanan berfokus kepada keluhan yang dirasakan pasien, kurangnya pengkajian terhadap pengetahuan pasien, kurang alokasi waktu untuk pendidikan kesehatan, dan keterbatasan tenaga. Sedangkan media cetak memberikan informasi yang lebih komunikatif dan dapat dibaca berulang-ulang sampai individu tersebut mengerti dari pesan yang terdapat pada media tersebut, media cetak juga memberikan informasi yang akurat berdasarkan penelitian atau buku-buku ilmiah.

Tingkat pengetahuan secara keseluruhan pasien TB paru rencana pulang tentang penyakit TB paru antara yang berpengetahuan baik (51,6%) dan kurang (48,4%) hanya berbeda sedikit, sehingga menunjukkan perlu adanya peningkatan pengetahuan yang lebih optimal untuk pasien TB paru.

## **KESIMPULAN**

Mayoritas pasien TB Paru berada pada usia produktif (14-49 tahun) dan sebagian besar berpengetahuan baik, dan responden yang berumur 50 atau lebih sebagian berpengetahuan kurang akibat adanya penurunan fungsi kognitif sehingga perlu adanya komunikasi terapeutik pada lansia dalam peningkatan pengetahuan. Berdasarkan penelitaian pengetahuan terkait pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin baik pula tingkat pengetahuan tentang penyakit TB paru yang diakibatkan oleh landasan berpikir yang semakin baik yang diperoleh dalam pendidikan formal. Pada individu berpendidikan rendah perlu adanya penekanan pengetahuan berdasarkan inti dari penyampaian pengetahuan.

Dominasi status pekerjaan pasien TB paru adalah bekerja dan memiliki pengetahuan yang lebih baik dibandingkan yang tidak bekerja karena memiliki motivasi untuk mempertahankan status kesehatan agar tidak mempengaruhi pekerjaan. Mayoritas responden berpenghasilan kurang dari Rp. 1.174.200 (UMR Kota Bogor 2010) memiliki pengetahuan yang kurang tentang TB paru, keterbatasan biaya mempengaruhi ketersediaan informasi. Perlu adanya penyediaan informasi yang bersifat mudah dan terjangkau serta tanpa biaya.

Sebagian besar responden adalah pasien dengan riwayat pengobatan kasus baru dan memiliki pengetahuan lebih baik dibandingkan pasien TB paru pengobatan berulang. Sedangkan sumber

informasi didominasi dari petugas kesehatan yang berasal dari rumah sakit, namun pengetahuan yang diberikan kepada pasien TB paru belum optimal.

RS paru perlu mengoptimalkan pendidikan kesehatan dan peningkatan pengetahuan tentang penyakit TB paru untuk pasien rawat inap dengan media yang lebih efektif terutama penekanan pengetahuan pada pasien yang berlatar pendidikan rendah, status ekonomi rendah, dan pada lansia tentang pengetahuan penyakit TB paru. Serta adanya evaluasi pengetahuan pasien rawat inap yang akan pulang untuk mencegah terjadinya putus berobat ketika pulang rawat.

### **Referensi**

- Aditama Tjandra Y. (2006). *Tuberkulosis Paru, Diagnosis, Terapi dan Masalahnya, Edisi 4.*, Jakarta: IDI
- Kozier, B., Erb., & Oliver, R. (2004). *Fundamental of nursing; consept, process and practice*, (fourth edition) California: Addison-Wesley Publishing CO
- Black & hawks. (2005). *Medical Surgical Nursing, Clinical Management for Positif Outcomes, 7<sup>th</sup> Edition. Volume II.* Elsevier saunders. Missouri.
- Bunner & Suddarth. (2002). *Medical Surgical Nursing, Edisi 8, Volume I.* Jakarta : EGC.
- Corwin, Elizabeth J. (2000). *Buku Saku Patofisiologi.* Jakarta : EGC.
- Crofton, J. Et all. (2002). *Tuberkulosis Klinis.* Jakarta. Widya Medika
- DepKes RI. (2000). *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Tuberkulosis.* Jakarta
- Depkes RI. (2002). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis,* Jakarta.
- Depkes RI. (2007). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis,* Jakarta.
- Hidayat, 2004. *Peran Perawat Menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan,* Jakarta.

- Laban Y, Yoannes. (2008). *TBC Penyakit Dan Cara Pencegahan*. Yogyakarta. Kanisius
- Maryam, R. Siti. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta. Salemba Medika
- Misnadiarly. (2006). *Mengenal, Mencegah, Menanggulangi TBC Paru, Ekstra Paru, Anak, dan Pada Kehamilan*, Edisi-1. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Pearce, Evelyn C. (1983). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta : PT. Gramedia.
- Price & Wilson. (1995). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Edisi 4, Buku II*. Jakarta : EGC
- Somantri, Irman. (2009). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta. Salemba Medika.
- Suparno, Paul. (2001). *Teori Perkembangan Kognitif Jean Piaget*. Yogyakarta. Kanisius.
- Taufik, M. (2007). *Prinsip-Prinsip Promosi Kesehatan Dalam Bidang Keperawatan*. Jakarta. CV Infomedika
- WHO. (2002). *Tuberculosis Epidemiologi and Control*. Edisi-1. New Delhi: WHO
- WHO.(2008). *Country Profile Indonesia*. Diambil tanggal 15 November 2010 dari <http://tbcindonesia.or.id/pdf/TBProfile/Indonesia-Profile-2008.pdf>.

