



**PERBEDAAN MOTIVASI SISWA USIA 6-12 TAHUN
DALAM UPAYA PENCEGAHAN TUBERKULOSIS
PARU DI DAERAH PREVALENSI TINGGI DAN
PREVALENSI RENDAH DI
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Risha Putri Mahardika
NIM 122310101016**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2016



**PERBEDAAN MOTIVASI SISWA USIA 6-12 TAHUN
DALAM UPAYA PENCEGAHAN TUBERKULOSIS
PARU DI DAERAH PREVALENSI TINGGI DAN
PREVALENSI RENDAH DI
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh

**Risha Putri Mahardika
NIM 122310101016**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2016

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Almarhum Ayahandaku Agus Subiantoro, S.E., Ibundaku Tri Yuli Winarni yang tiada henti-hentinya memberikan doa, cinta, kasih sayang, dukungan, semangat, biaya, dan motivasi demi tercapainya harapan dan cita-cita masa depanku, serta adik-adikku Tifani Rosa Mahardika, Raul Diaz Putra Mahardika, Tegar Pamungkas Putra Mahardika yang senantiasa menjadi penyemangat di saat semangatku mulai redup;
2. Kakekku tercinta Soekamto yang selalu memberikan nasehat, wejangan, dan berupaya untuk selalu sehat agar dapat mendampingi saat wisuda;
3. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, seluruh dosen staf dan karyawan, serta bapak ibu guru tercinta di SDN Kepatihan 02 Jember, SMP Negeri 1 Jember, SMA Negeri 4 Jember yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat kepadaku;
4. Sahabat sekaligus geng terbaikku Jemekers (Nurul Huda, Rahardi Brilliantama, Sandy Tri, Riana Vera, Ainur Rohma, I Gusti Kadek, Revanda Aris, Arifianto), Ulfa Ayu Agustin, Rizky Mei, Erna Dwi, Rica Novi, Alfun Hidayatulloh, Wahyu Dini, Sandhi Indrayana, Sandi Budi, dan Robby Prihadi terimakasih atas dukungan, bantuan, semangat, dan arahannya selama ini;
5. Teman seperjuanganku Lidatu Nara Shiela, Ikbar Nur Kholisah, Lina Nur, Fakhrun Nisa', dan Tri Ayu Dyah yang turut membantu banyak hal selama proses penyusunan skripsi ini.

MOTTO

Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sebelum mereka mengubah keadaan diri mereka sendiri.

(QS *Ar-Ra'ad* : 11)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama: Risha Putri Mahardika

NIM: 122310101016

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: “Perbedaan Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Upaya Pencegahan Tuberkulosis Paru di Daerah Prevalensi Tinggi dan Prevalensi Rendah di Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Apabila dikemudian hari terbukti bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika di kemudian hari ini tidak benar.

Jember, Juni 2016

Yang menyatakan,

Risha Putri Mahardika
NIM 122310101016

SKRIPSI

**PERBEDAAN MOTIVASI SISWA USIA 6-12 TAHUN
DALAM UPAYA PENCEGAHAN TUBERKULOSIS
PARU DI DAERAH PREVALENSI TINGGI DAN
PREVALENSI RENDAH DI
KABUPATEN JEMBER**

Oleh

**Risha Putri Mahardika
NIM 1223101016**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Latifa Aini S., S.Kp., M.Kep., Sp.Kom.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Wantiyah, M.Kep.

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Perbedaan Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Upaya Pencegahan Tuberkulosis Paru di Daerah Prevalensi Tinggi dan Prevalensi Rendah di Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari, tanggal : Senin, 13 Juni 2016

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui

Pembimbing I

Latifa Aini S., S.Kp., M.Kep., Sp.Kom.
NIP 197109262009122001

Pembimbing II

Ns. Wantiyah, M.Kep.
NIP 198107122006042001

Penguji I

Ns. Kushariyadi, M.Kep.
NRP 760015697

Penguji II

Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP 198103192014041001

Mengesahkan

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantin Sulistyorini., M.Kes.
NIP 197803232005012002

Perbedaan Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Upaya Pencegahan Tuberkulosis Paru di Daerah Prevalensi Tinggi dan Prevalensi Rendah di Kabupaten Jember (*The Difference Levels of Motivation in 6-12 Years-Old Students Regarding Pulmonary Tuberculosis Preventions between High and Low Prevalence Area at Jember*)

Risha Putri Mahardika

School of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis control is one of important aspects to decrease mortality in children and infants. One of factors that influence health behaviors to prevent tuberculosis is motivation. This research aimed to analyze the difference levels of motivation in 6-12 year-old students regarding pulmonary tuberculosis preventions between high and low prevalence area at Jember. This research used comparative analytical study with cross sectional design and determined motivation in high and low prevalence as variables. The subjects of this study were students aged 6-12 years old in elementary schools that located in high and low prevalence area. Samples were obtained by probability sampling technique with multistage random sampling revealed 129 students in high prevalence area and 107 students in low prevalence area. The data were gained by using questionnaire and analyzed by Mann Whitney U-test with CI=95% and $\alpha=0,05$. The results showed that in both areas, more than half students had high motivation; 71 respondents (55%) in high prevalence area, and 71 respondents (66.4%) in low prevalence area. Furthermore, based on a statistical test, the result showed that there were difference levels of motivation in students aged 6-12 year-old regarding pulmonary tuberculosis preventions between high and low prevalence area at Jember (p value=0,000). Overall, every health care setting should have a program such as give health education to improve public motivation in preventing pulmonary tuberculosis.

Keywords: *tuberculosis prevention, motivation, high prevalence, low prevalence*

RINGKASAN

Perbedaan Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Upaya Pencegahan Tuberkulosis Paru di Daerah Prevalensi Tinggi dan Prevalensi Rendah di Kabupaten Jember; Risha Putri Mahardika, 122310101016; 2016; xx+159 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Sustainable Development Goals (SDGs) dirumuskan sebagai pengganti *Millenium Development Goals* (MDGs) (Kenny, 2015). Salah satu target dalam tujuan tersebut adalah pada tahun 2030, *World Health Organization* (WHO) dapat mengakhiri epidemi penyakit *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), tuberkulosis, malaria, penyakit tropis yang terabaikan, memerangi hepatitis, penyakit yang penyebabnya terbawa air dan penyakit menular lainnya (*General Assembly*, 2015). Tuberkulosis paru (TB paru) adalah penyakit infeksius yang menyerang parenkim paru dan dapat ditularkan ke bagian tubuh lainnya (Smeltzer & Bare, 2001). TB paru yang menyerang anak-anak sudah menjadi masalah di tingkat global saat ini (WHO, 2013). TB paru yang terjadi pada anak mencerminkan transmisi TB paru yang saat ini masih terus berlangsung di populasi (Kemenkes RI, 2011).

Motivasi dengan perilaku kesehatan dalam konsep promosi kesehatan mempunyai ikatan yang kuat (Notoatmodjo, 2012). Motivasi pada masyarakat mampu meningkatkan pencegahan penyakit untuk menghindari penurunan tingkat kesehatan (Potter & Perry, 2005). Lingkungan mempunyai peran yang besar dalam memotivasi seseorang dalam merubah tingkah lakunya (Taufik, 2007). Ada beberapa bentuk tindakan pencegahan yang dapat dilakukan masyarakat di dalam konsep *Community Health Nursing* (CHN) meliputi pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Swanson, 1997). Upaya pengendalian infeksi TB paru dapat dilakukan melalui 4 pilar utama sesuai dengan ketetapan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, antara lain: pilar manajemen, pilar administratif, pilar pengendalian lingkungan, dan pilar pengendalian Alat Pelindung Diri (APD) (Kemenkes RI, 2013).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan Tuberkulosis Paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah di Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan metode analitik studi komparatif dengan rancangan penelitian *cross sectional* dan menggunakan motivasi pencegahan Tuberkulosis Paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah sebagai variabel. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah siswa usia 6-12 tahun di SD yang terletak di daerah prevalensi tinggi dan rendah. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *probability sampling* dengan pendekatan *multistage random sampling* yang terdiri dari 129 siswa dari daerah prevalensi tinggi 107 siswa dari daerah prevalensi rendah. Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner.

Analisis didasarkan pada uji statistik *Mann-Whitney* dengan $CI = 95\%$. Berdasarkan analisa data diketahui bahwa responden yang berada di kedua lokasi penelitian memiliki motivasi yang tinggi dalam mencegah TB Paru. Jumlah siswa yang memiliki motivasi tinggi pada kelompok siswa yang berada di prevalensi rendah dua kali lebih banyak dibandingkan dengan jumlah siswa yang memiliki motivasi rendah dalam mencegah TB Paru. Jumlah siswa yang memiliki motivasi tinggi pada kelompok siswa yang berada di prevalensi tinggi hampir sebanding dengan jumlah siswa yang memiliki motivasi rendah dalam mencegah TB Paru. Hasil uji statistik diketahui *p value* sebesar 0,000 ($p\ value < \alpha = 0,05$) yang menunjukkan ada perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB Paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah TB di Kabupaten Jember.

Berdasarkan hasil penelitian ini, diharapkan pihak puskesmas terkait dapat mengadakan program pemberian pendidikan kesehatan di sekolah yang terjadwal tentang kebiasaan hidup bersih dan sehat, kebiasaan konsumsi makanan yang sehat dan bergizi, kebiasaan mengkonsumsi buah dan sayur, sumber penularan penyakit TB Paru, dan cara penularan penyakit TB Paru untuk meningkatkan motivasi siswa yang berada di daerah tinggi TB agar angka kejadian TB Paru semakin menurun.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Upaya Pencegahan Tuberkulosis Paru di Daerah Prevalensi Tinggi dan Prevalensi Rendah di Kabupaten Jember”. Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak kekurangan dan kelemahan, baik dari teknik penulisan maupun materi. Peneliti mengharapkan saran dan kritik dari pembaca yang sifatnya membangun untuk penyempurnaan skripsi ini. Peneliti juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu peneliti dalam penyelesaian skripsi ini, antara lain.

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
2. Latifa Aini S., S.Kp., M.Kep., Sp.Kom. dan Ns. Wantiyah, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama dan Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan, dan saran demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
3. Ns. Kushariyadi, M.Kep. dan Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Dosen Penguji I dan Dosen Penguji II yang telah memberikan masukan serta saran demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
4. Ns. Tantut Susanto, M.Kep., Sp.Kep.Kom. dan Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan motivasi, arahan dan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

5. Kepala SDN Gebang 03 Jember, Kepala SDN Kranjangan 01 Jember, dan responden penelitian yang telah bersedia membantu peneliti selama pelaksanaan proses penelitian.
6. Teman-teman seperjuanganku Florence Nightingale 2012 yang senantiasa kompak dan saling membantu.
7. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Peneliti menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Peneliti berharap skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Juni 2016

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN BIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan	10
1.3.1 Tujuan Umum	10
1.3.2 Tujuan Khusus	10
1.4 Manfaat	11
1.4.1 Bagi Profesi Keperawatan.....	11
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan	11
1.4.3 Bagi Peneliti.....	11
1.4.4 Bagi Pelayanan.....	12
1.4.5 Bagi Masyarakat	12
1.5 Keaslian Penelitian	12

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	14
2.1 Anak Usia Sekolah.....	14
2.1.1 Definisi Anak Usia Sekolah.....	14
2.1.2 Tugas Perkembangan Anak Usia Sekolah.....	15
2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan.....	19
2.2 Motivasi.....	23
2.2.1 Definisi Motivasi.....	23
2.2.2 Klasifikasi Motivasi.....	24
2.2.3 Unsur-unsur yang Mempengaruhi Motivasi.....	26
2.2.4 Tujuan Motivasi.....	27
2.2.5 Faktor yang Mempengaruhi Motivasi.....	27
2.3 Konsep Dasar Tuberkulosis Paru (TB Paru).....	29
2.3.1 Definisi TB Paru.....	29
2.3.2 Klasifikasi TB Paru.....	30
2.3.3 Faktor Risiko TB Paru.....	32
2.3.4 Tanda dan gejala TB Paru.....	34
2.3.5 Sumber Penularan TB Paru.....	35
2.3.6 Cara Penularan TB Paru.....	36
2.4 Perilaku Kesehatan.....	37
2.4.1 Definisi Perilaku Kesehatan.....	37
2.4.2 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan.....	38
2.4.3 Determinan Perilaku Kesehatan.....	40
2.5 Upaya Pencegahan Tuberkulosis Paru.....	41
2.5.1 Pilar Aktivitas Manajemen.....	41
2.5.2 Pilar Pengendalian Administratif.....	42
2.5.3 Pilar Pengendalian Lingkungan.....	42
2.5.4 Pilar Pengendalian Alat Pelindung Diri (APD).....	42
2.6 Peran Perawat.....	43
2.6.1 Perawat Komunitas.....	43
2.6.2 Peran Perawat Komunitas di Lingkungan Sekolah.....	44
2.7 Kerangka Teori.....	46

BAB 3. KERANGKA KONSEP	48
3.1 Kerangka Konsep	48
3.2 Hipotesa Penelitian.....	49
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	50
4.1 Desain Penelitian	50
4.2 Populasi dan Sampel	51
4.2.1 Populasi Penelitian.....	51
4.2.2 Sampel Penelitian.....	51
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	53
4.2.4 Kriteria Subyek Penelitian	56
4.3 Tempat Penelitian.....	57
4.4 Waktu Penelitian	57
4.5 Definisi Operasional	58
4.6 Pengumpulan Data	59
4.6.1 Sumber Data.....	59
4.6.2 Teknik Pengambilan Data.....	60
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	62
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	62
4.7 Pengolahan dan Analisa Data.....	66
4.7.1 <i>Editing</i>	66
4.7.2 <i>Coding</i>	66
4.7.3 <i>Entry</i>	67
4.7.4 <i>Cleaning</i>	67
4.7.5 Analisa Data.....	68
4.8 Etika Penelitian.....	70
4.8.1 <i>Informed Consent</i>	70
4.8.2 Kerahasiaan.....	70
4.8.3 Keadilan	71
4.8.4 Kemanfaatan	71
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	72

5.1 Hasil Penelitian	73
5.1.1 Karakteristik Responden.....	73
5.1.2 Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Pencegahan TB Paru di Daerah Prevalensi Tinggi TB di Kabupaten Jember	75
5.1.3 Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Pencegahan TB Paru di Daerah Prevalensi Rendah TB di Kabupaten Jember	76
5.1.4 Perbedaan Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Pencegahan TB Paru di Daerah Prevalensi Rendah dan Prevalensi Tinggi TB di Kabupaten Jember	78
5.2 Pembahasan	79
5.2.1 Karakteristik Responden.....	79
5.2.2 Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Pencegahan TB Paru di Daerah Prevalensi Tinggi TB di Kabupaten Jember	81
5.2.3 Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Pencegahan TB Paru di Daerah Prevalensi Rendah TB di Kabupaten Jember	84
5.2.4 Perbedaan Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Pencegahan TB Paru di Daerah Prevalensi Rendah dan Prevalensi Tinggi TB di Kabupaten Jember	86
5.3 Keterbatasan Peneliti	95
5.4 Implikasi Keperawatan	95
BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN	96
6.1 Kesimpulan	96
6.2 Saran	97
6.2.1 Bagi Peneliti.....	97
6.2.2 Bagi Sekolah	98
6.2.3 Bagi Tenaga Kesehatan	98
6.2.4 Bagi Anak	99
DAFTAR PUSTAKA	100
LAMPIRAN	105

DAFTAR TABEL

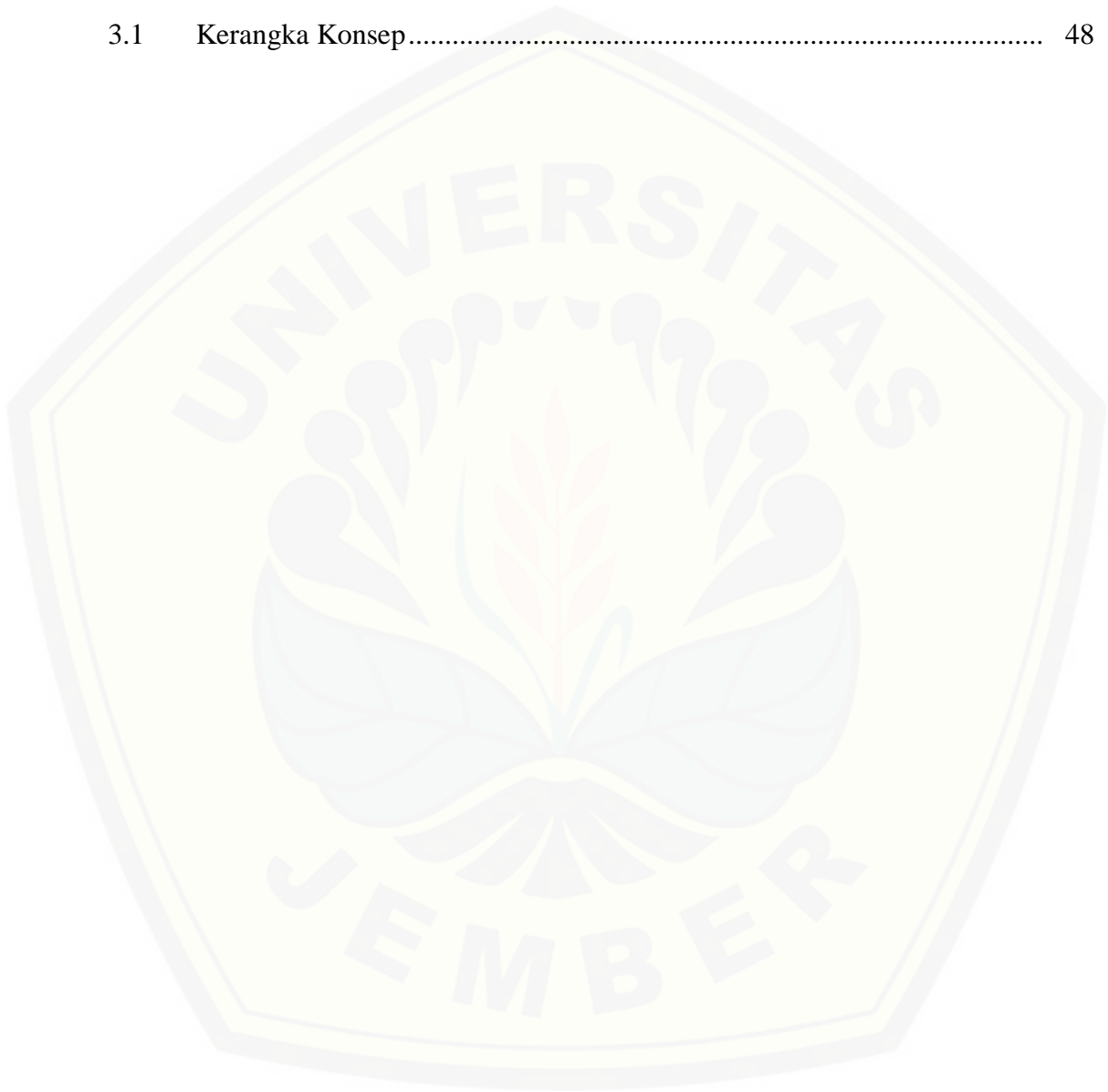
	Halaman
4.1	Besar Sampel di Setiap Angkatan di SDN 03 Gebang Jember..... 54
4.2	Besar Sampel di Setiap Kelas I di SDN 03 Gebang Jember 54
4.3	Besar Sampel di Setiap Kelas II di SDN 03 Gebang Jember..... 54
4.4	Besar Sampel di Setiap Kelas III di SDN 03 Gebang Jember 54
4.5	Besar Sampel di Setiap Kelas IV di SDN 03 Gebang Jember..... 55
4.6	Besar Sampel di Setiap Kelas V di SDN 03 Gebang Jember 55
4.7	Besar Sampel di Setiap Kelas VI di SDN 03 Gebang Jember..... 55
4.8	Besar Sampel di Setiap Kelas di SDN Kranjingan 01 Jember..... 55
4.9	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional..... 58
4.10	<i>Blue Print</i> Kuesioner Motivasi Pencegahan TB Paru Sebelum Uji Validitas dan Reliabilitas 62
4.11	Perbedaan <i>Blue Print</i> Kuesioner Motivasi Pencegahan TB Paru Sebelum dan Sesudah Uji Validitas..... 64
5.1	Gambaran Rerata Usia Siswa di Daerah Prevalensi Rendah (n=107) dan Prevalensi Tinggi (n=129) di Kabupaten Jember Tahun 2016 73
5.2	Distribusi Siswa dalam Pencegahan TB Paru Berdasarkan Jenis Kelamin di Daerah Prevalensi Tinggi (n=129) dan Prevalensi Rendah (n=107) di Kabupaten Jember Tahun 2016..... 74
5.3	Distribusi Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Pencegahan TB Paru di Daerah Prevalensi Tinggi di Kabupaten Jember Tahun 2016(n=129) 75
5.4	Gambaran Rerata dan Persentase Capaian Nilai Motivasi Pencegahan TB Paru di Daerah Prevalensi Tinggi TB Paru di Kabupaten Jember Tahun 2016 (n=129)..... 76
5.5	Distribusi Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Pencegahan TB Paru di Daerah Prevalensi Rendah di Kabupaten Jember Tahun 2016 (n=107) 77
5.6	Gambaran Rerata dan Persentase Capaian Nilai Motivasi Pencegahan TB Paru di Daerah Prevalensi Rendah TB Paru di Kabupaten Jember Tahun 2016 (n=107)..... 77

5.7 Analisis Perbedaan Motivasi Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Pencegahan TB Paru di Daerah Prevalensi Rendah (n=107) dan Prevalensi Tinggi (n=129) di Kabupaten Jember Tahun 2016 78



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori	47
3.1 Kerangka Konsep.....	48



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i> dan <i>Consent</i> Guru	106
Lampiran 2. Lembar <i>Informed</i> dan <i>Consent</i> Responden	108
Lampiran 3. Lembar Kuesioner	110
Lampiran 4. Lembar Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	113
Lampiran 5. Lembar Hasil SPSS Data Penelitian.....	117
Lampiran 6. Lembar Dokumentasi Kegiatan Penelitian.....	131
Lampiran 7. Lembar Surat Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan	133
Lampiran 8. Lembar Surat Keterangan Telah Studi Pendahuluan.....	141
Lampiran 9. Lembar Surat Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas	143
Lampiran 10. Lembar Surat Keterangan Telah Uji Validitas dan Reliabilitas	145
Lampiran 11. Lembar Surat Ijin Melakukan Penelitian.....	147
Lampiran 12. Lembar Surat Keterangan Telah Penelitian.....	150
Lampiran 13. Lembar Konsultasi DPU dan DPA.....	152

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak dasar atau hak fundamental warga negara dalam kehidupan berbangsa dan bernegara, oleh karena itu pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan dengan meningkatkan keadaan kesehatan yang lebih baik dari sebelumnya (UU Kesehatan No.36 Tahun 2009, Bab II Pasal 3). Beberapa komitmen untuk meningkatkan pembangunan kesehatan telah dirumuskan dan diterjemahkan menjadi tujuan dan target yang dikenal sebagai *Sustainable Development Goals* (SDGs) sebagai pengganti *Millenium Development Goals* (MDGs) (Kenny, 2015).

SDGs memiliki 17 tujuan proyek kerja yang akan dicapai selama 15 tahun ke depan, salah satunya adalah menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia (*Corporate Social Responsibility Center* Indonesia, 2015). Salah satu target dalam tujuan tersebut adalah pada tahun 2030, *World Health Organization* (WHO) dapat mengakhiri epidemi penyakit *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), tuberkulosis, malaria, penyakit tropis yang terabaikan, memerangi hepatitis, penyakit yang penyebabnya terbawa air dan penyakit menular lainnya (*General Assembly*, 2015).

Tuberkulosis paru (TB paru) adalah penyakit infeksius yang menyerang parenkim paru dan dapat ditularkan ke bagian tubuh lainnya (Smeltzer & Bare, 2001). Gejala utama TB paru menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) tahun 2013 adalah batuk selama dua minggu atau lebih, batuk disertai dengan gejala tambahan yaitu dahak, dahak bercampur darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, *malaise*, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam lebih dari satu bulan.

TB paru yang menyerang anak-anak sudah menjadi masalah di tingkat global saat ini (WHO, 2013a). TB paru pada anak saat ini merupakan salah satu komponen penting dalam pengendalian TB paru, mengingat penyakit ini merupakan salah satu penyebab utama kematian pada anak dan bayi di negara endemis TB paru (Kemenkes RI, 2013a). TB paru yang terjadi pada anak mencerminkan transmisi TB paru yang saat ini masih terus berlangsung di populasi (Kemenkes RI, 2011). TB paru pada anak seringkali terlewatkan dan bahkan diabaikan karena gejalanya non spesifik dan kesulitan dalam penegakkan diagnosis sehingga menyulitkan tenaga kesehatan untuk melakukan surveilans dan menentukan epidemi kejadian TB paru pada anak-anak (WHO, 2013b).

World Health Organization (WHO) pada tahun 2013 menyatakan bahwa setidaknya sebanyak 74.000 anak dari di dunia meninggal karena TB paru setiap tahunnya dan ada lebih dari setengah juta kasus baru setiap tahunnya. WHO (2013) dalam *Roadmap for Childhood Tuberculosis: Towards Zero Deaths* menyatakan sekurang-kurangnya 500.000 anak di dunia menderita TB paru setiap tahun dan beban kasus TB paru anak yang di dunia tidak diketahui karena

kurangnya alat diagnostik yang “*child-friendly*” serta tidak adekuatnya sistem pencatatan dan pelaporan kasus TB paru anak.

Di berbagai negara di seluruh dunia, telah dilaporkan bahwa jumlah kasus TB paru yang terjadi pada anak-anak bervariasi mulai dari 55,8 juta hingga lebih dari 465 juta kasus dari 1,86 milyar jumlah anak di dunia (WHO, 2014). Menurut Data Statistik WHO pada tahun 2013, jumlah kasus TB paru semua tipe di *United States* sebanyak 9.113 kasus (WHO, 2015). Prevalensi kasus TB paru semua tipe di *United States* yang dilaporkan ke *Centers For Disease Control And Prevention* (CDC) meningkat pada tahun 2014 sebanyak 9.421 kasus (CDC, 2015).

WHO telah membuat laporan mengenai capaian proyek kerja MDGs dari tahun 2000 hingga 2013 tentang pencegahan TB paru, penegakkan diagnosis, dan pengobatan TB paru yang dinilai telah berhasil menyelamatkan kurang lebih sekitar 37 juta jiwa sehingga dapat menurunkan angka kematian akibat TB paru sebanyak 900.000 kasus dari 2 juta kasus kematian akibat TB paru dan tingkat prevalensi TB paru turun sebesar 10,4 juta dari 25,4 juta kasus TB paru yang ada di dunia (WHO, 2015).

TB paru masih menjadi tantangan dalam masalah kesehatan masyarakat di Indonesia (Kemenkes RI, 2011). Pada tahun tahun 2012 yang ditemukan jumlah kasus baru Basil Tahan Asam positif (BTA+) sebanyak 202.301 kasus yang kemudian mengalami penurunan menjadi 196.310 kasus di tahun 2013 (Kemenkes RI, 2012). WHO tahun 2013 melaporkan prevalensi TB paru di Indonesia berjumlah hampir 700.000 kasus, menempati urutan ketiga setelah India dan China dengan angka kematian sebesar 27 per 100 ribu penduduk.

Jumlah kasus BTA + yang terjadi pada usia 0-14 tahun sebanyak 0,72 % dari 196.310 kasus baru yang ditemukan di Indonesia (Kemenkes RI, 2013b). Proporsi kasus TB anak di Indonesia mencapai 8,2% dari 330.000 kasus semua tipe TB paru (Kemenkes RI, 2013a). Sebanyak sepertiga sampai dua pertiga dari 2.780 anak yang kontak melalui lingkungan rumah tangga terbukti terinfeksi TB paru (WHO, 2014). Karakteristik wilayah pedesaan menjadi determinan tersendiri pada peningkatan kejadian penyakit TB paru (Suharyo, 2013).

Menurut Kemenkes (2012) capaian indikator jumlah kasus TB per 100.000 penduduk di Indonesia sebesar 228 per 100.000 penduduk. Jumlah kasus TB per 100.000 penduduk yang dimaksud adalah angka prevalensi kasus TB dalam wilayah dan waktu tertentu. Gambaran prevalensi didasarkan pada kejadian penyakit. Tingginya prevalensi penyakit dalam suatu populasi mencerminkan tingginya insiden atau kelangsungan hidup tanpa pengobatan yang berkepanjangan. Rendahnya prevalensi penyakit dalam suatu populasi menunjukkan insiden yang rendah dan pemulihan yang relatif cepat (CDC, 2012). Menurut Riset Kesehatan Dasar (2013), jumlah klien yang didiagnosis TB paru di Indonesia pada kelompok umur 5-14 tahun sebanyak 0,3% atau sebanyak 300 kasus per 100.000 penduduk di mana gejala yang ditimbulkan adalah sebanyak 3,6% dari sejumlah anak yang didiagnosis menunjukkan batuk lebih dari atau sama dengan 2 minggu dan sebanyak 1,3% menunjukkan gejala batuk darah.

Prevalensi kasus TB paru tertinggi yang dilaporkan di Indonesia terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang tinggi yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Jawa Timur. Jumlah penemuan semua kasus TB di provinsi Jawa Timur sebanyak 42,7 juta kasus sehingga Provinsi Jawa Timur menjadi provinsi terbanyak kedua penyumbang jumlah penemuan klien TB paru di bawah Provinsi Jawa Barat sebanyak 60,8 juta kasus (Kemenkes RI, 2012).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2015, prevalensi semua kasus TB paru tertinggi dari tahun 2013 hingga 2015 berada di wilayah kerja Puskesmas Patrang. Jumlah semua kasus TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang dari tahun 2013 sebanyak 100 kasus, tahun 2014 sebanyak 137 kasus, dan tahun 2015 sebanyak 78 kasus. Prevalensi semua kasus TB paru terendah dari 2013 hingga 2015 berada di wilayah kerja Puskesmas Gladak Pakem. Jumlah semua kasus TB paru di wilayah kerja Puskesmas Gladak Pakem dari tahun 2013 sebanyak 17 kasus, tahun 2014 sebanyak 27 kasus, dan tahun 2015 sebanyak 23 kasus. Beberapa keterangan tersebut dapat disimpulkan bahwa terjadi peningkatan kasus dari tahun 2013 ke tahun 2014 yang menunjukkan bahwa penularan TB paru masih cenderung tinggi.

Studi pendahuluan dilakukan kepada sejumlah 10 siswa di SDN Gebang 03 Jember yang masuk ke dalam wilayah kerja Puskesmas Patrang. Hasil survey yang dilakukan kepada siswa SDN Gebang 03 pada saat studi pendahuluan, 8 dari 10 siswa tahu bahwa mereka akan tertular batuk jika berada di dekat orang yang sakit batuk, akan tetapi mereka tidak termotivasi untuk mencegah agar tidak

tertular batuk. Sejumlah 10 siswa mengatakan bahwa ayahnya merokok di dalam rumah.

Kegiatan studi pendahuluan dilakukan kepada sejumlah 10 siswa di SDN Kranjingan 01 Jember yang masuk ke dalam wilayah kerja Puskesmas Gladak Pakem. Berdasarkan hasil wawancara dengan 10 siswa, 6 dari 10 tahu bahwa mereka akan tertular batuk jika berada di dekat orang yang sakit batuk, akan tetapi mereka tidak termotivasi untuk mencegah agar tidak tertular batuk. Sejumlah 8 dari 10 siswa mengatakan bahwa ayahnya merokok di dalam rumah.

TB paru dapat ditularkan oleh orang dewasa yang terinfeksi kepada populasi masyarakat yang berisiko tinggi terhadap paparan penyakit, salah satunya adalah anak-anak sehingga perlu adanya upaya dalam bentuk terapi pencegahan bagi anak-anak tersebut beserta anggota keluarganya (WHO, 2013b). Dampak yang dapat ditimbulkan jika TB paru tidak dicegah adalah perdarahan dari saluran nafas yang dapat mengakibatkan tersumbatnya jalan nafas, adanya udara di dalam rongga pleura, dan penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, dan ginjal (Kemenkes RI, 2011).

Pertumbuhan dan perkembangan yang optimal dapat mempengaruhi tingkat kecerdasan dan kreatifitas seorang anak. Salah satu faktor penghambat yang dapat mempengaruhi keoptimalan pertumbuhan dan perkembangan adalah penyakit (Wong, 2008). Ada beberapa bentuk tindakan pencegahan yang dapat dilakukan masyarakat di dalam konsep *Community Health Nursing* (CHN). Tiga upaya pencegahan tersebut meliputi pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Swanson, 1997).

Pemberdayaan masyarakat utamanya anak-anak sebagai agen pencegahan TB paru dapat dilakukan dengan memperkuat tindakan pencegahan primer dalam komunitas. Upaya pencegahan primer yang dapat dilakukan oleh anak-anak agar dapat memutus rantai penularan penyakit, antara lain: menerapkan pola hidup bersih dan sehat, menjaga kesehatan lingkungan, belajar tentang nutrisi, serta mendapatkan pengetahuan tentang perawatan diri (Swanson, 1997). Dilihat dari beberapa penjabaran tersebut maka, anak-anak yang tinggal di daerah yang berpotensi tinggi terjangkit TB paru diharapkan dapat diberdayakan keberadaannya sebagai agen pencegahan TB paru (Kemenkes RI, 2011).

Upaya pengendalian infeksi TB paru dapat dilakukan melalui 4 pilar utama sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, antara lain: pilar manajemen, pilar administratif, pilar pengendalian lingkungan, dan pilar pengendalian Alat Pelindung Diri (APD). Bentuk pencegahan yang dapat dilakukan meliputi penyehatan sistem ventilasi, menggunakan cahaya matahari atau sinar *ultraviolet* (UV) untuk membunuh kuman TB paru, penyuluhan kesehatan, *hand hygiene*, menggalakkan etika batuk, serta pemakaian APD untuk mengurangi paparan (Kemenkes RI, 2013a).

Kemenkes RI (2014) mencanangkan salah satu kebijakan pengendalian TB paru di Indonesia yang dilakukan dengan cara mengendalikan TB paru yang lebih diprioritaskan kepada kelompok miskin dan kelompok rentan lainnya terhadap TB paru. Peningkatan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di Kabupaten Jember yang berkualitas dan terjangkau dilakukan melalui beberapa cara, salah satunya adalah dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang

pencegahan penyakit menular, lingkungan sehat, kelangsungan dan perkembangan anak, gizi keluarga, dan perilaku hidup sehat.

Kabupaten Jember berupaya dengan sangat keras untuk meminimalkan penyebaran penyakit menular, terutama penyakit TB paru. Upaya yang dilakukan oleh pemerintah Kabupaten Jember adalah dengan memberikan suatu jaminan pelayanan kesehatan gratis agar para masyarakat mengakses pelayanan kesehatan ketika mereka mengalami sakit. Berdasarkan informasi tersebut dapat dilihat bahwa begitu besar upaya pemerintah untuk mengatasi penyakit menular seperti TB Paru, akan tetapi kasus kejadian penyakit TB Paru yang ada di masyarakat masih saja meningkat (Pemerintah Kabupaten Jember, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ketut Sudiantara *et al.* (2014) yang berjudul Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Kasus TB Paru ditemukan bahwa sebagian besar faktor yang mempengaruhi tingginya kasus TB paru yaitu faktor presdiposisi sebanyak 44%, termasuk di dalamnya adalah sikap, pengetahuan, motivasi, dan kebiasaan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Siti Nur Djannah (2009) yang berjudul Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan Penularan TBC pada Mahasiswa di Asrama Manokwari Sleman Yogyakarta dengan nilai $p = 0,904 >$ dari Alpha 0,05, disebutkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan responden tentang TB paru dengan perilaku pencegahan penularan TB paru, melainkan perilaku pencegahan penularan tersebut dapat juga karena tidak tegasnya sikap dan kurangnya motivasi.

Seseorang yang sedang sakit memerlukan motivasi sebagai komponen utama dalam menentukan perilaku kesehatannya. Motivasi dalam konsep promosi kesehatan menjadi sangat penting, karena jika seseorang memiliki motivasi yang kuat dalam melakukan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, maka perilakunya menjadi konsisten (Notoatmodjo, 2012). Motivasi pada masyarakat mampu meningkatkan pencegahan penyakit untuk menghindari penurunan tingkat kesehatan (Potter & Perry, 2005).

Motivasi pada anak sekolah mulai dibentuk pada saat mereka masuk ke dalam periode perkembangan spiritual. Periode perkembangan spiritual yang dialami oleh anak usia sekolah adalah *mythical-literal*. Anak mulai menanamkan keyakinan-keyakinan dalam dirinya yang berkaitan dengan kebaikan jika dipandang dari sudut keagamaan. Pujian serta imbalan yang akan diberikan jika mereka berbuat baik memotivasi anak untuk berlomba-lomba berbuat kebaikan (Wong, 2008).

Beberapa keterangan yang telah dijabarkan di atas membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah TB. Hal ini bertujuan untuk menggali apakah ada perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah TB di Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah TB paru di Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB Paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah di Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penelitian ini memiliki beberapa tujuan khusus. Tujuan khusus dilakukannya penelitian ini antara lain.

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden (usia dan jenis kelamin).
- b. Mengidentifikasi motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi tinggi TB di Kabupaten Jember.
- c. Mengidentifikasi motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi rendah TB di Kabupaten Jember.
- d. Mengidentifikasi perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah TB di Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi khususnya mengenai TB paru sehingga menjadi penguat untuk intervensi keperawatan pada keluarga dengan TB paru.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan kontribusi di dunia pendidikan keperawatan sehingga dapat dijadikan sumber referensi bagi pendidik sebagai bahan ajar untuk mencetak lulusan sarjana keperawatan berkualitas. Hasil penelitian ini diharapkan juga dapat digunakan sebagai sarana menambah informasi khususnya mengenai motivasi anak usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru.

1.4.3 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan tentang proses-proses penelitian, mampu menerapkan proses-proses penelitian, dan diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat sebagai bahan acuan penelitian bagi peneliti selanjutnya.

1.4.4 Bagi Pelayanan

Menambah masukan kepada instansi berupa saran dan harapan untuk meningkatkan peran tenaga kesehatan sebagai *educator* untuk menguatkan motivasi anak sebagai agen pencegahan TB dan sebagai tolak ukur keberhasilan program kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas atau badan pelayanan kesehatan terkait lainnya.

1.4.5 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat berguna untuk menambah pengetahuan kepada masyarakat terkait dengan motivasi anak usia SD dalam pencegahan TB dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam peningkatan upaya pencegahan TB Paru.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang mendasari penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah penelitian yang dilakukan oleh Riskasari Pratiwi dengan judul Perbedaan Sikap Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Pencegahan Tuberkulosis Paru Melalui Pemberian Pendidikan Kesehatan dengan Strategi *Quiz Team* di SDN Kasiyan Timur 01 Kecamatan Puger Kabupaten Jember tahun 2013. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan sikap siswa 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan strategi *quiz team* di SDN Kasiyan Timur 01 Kecamatan Puger Kabupaten Jember. Jenis

penelitian ini menggunakan jenis penelitian pra eksperimen dengan rancangan penelitian *one group pretest-posttest*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *simple random sampling*.

Perbedaan pada penelitian sebelumnya adalah pada indikator variabel yang digunakan, yaitu pada penelitian sebelumnya mendeskripsikan tentang perbedaan sikap siswa 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru melalui pemberian pendidikan kesehatan sedangkan penelitian sekarang perbedaan motivasi siswa 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru. Perbedaan selanjutnya adalah tempat penelitian, penelitian terdahulu dilakukan di satu tempat yakni di SDN Kasiyan Timur 01 Kecamatan Puger Kabupaten Jember, sedangkan penelitian saat ini dilakukan di dua tempat yakni: SDN Gebang 03 Jember sebagai sampel penelitian dari daerah prevalensi tinggi dan SDN Kranjingan 01 sebagai sampel penelitian dari daerah prevalensi rendah TB.

Metode yang digunakan pada penelitian sebelumnya adalah pra eksperimen dengan rancangan penelitian *one group pretest-posttest*. Penelitian yang akan dilakukan kali ini menggunakan metode penelitian deskriptif analitik dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Teknik sampling yang akan dilakukan pada penelitian ini berbeda dengan teknik sampling yang digunakan pada penelitian sebelumnya. Penelitian sebelumnya menggunakan teknik *simple random sampling* dalam menentukan sampel, sedangkan penelitian saat ini menggunakan teknik *multistage random sampling*.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anak Usia Sekolah

2.1.1 Definisi Anak Usia Sekolah

Menurut Wong (2008), anak usia sekolah adalah anak pada usia 6-12 tahun, yang artinya sekolah menjadi pengalaman inti anak. Periode ketika anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua mereka, teman sebaya, dan orang lainnya. Usia sekolah merupakan masa anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu.

Anak usia sekolah masuk ke dalam periode kanak-kanak pertengahan. Periode ini dimulai pada usia 6-12 tahun. Masa usia sekolah merupakan fase penting dalam pencapaian perkembangan konsep diri, keterampilan dasar membaca, menulis, serta berhitung (Supartini, 2004). Anak usia sekolah adalah periode perkembangan yang dimulai pada saat anak mulai masuk sekolah dasar sekitar usia 6 tahun hingga 12 tahun (Potter & Perry, 2005). Berdasarkan beberapa keterangan di atas, dapat disimpulkan bahwa anak usia sekolah adalah anak yang berada pada usia 6-12 tahun memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh keterampilan tertentu.

2.1.2 Tugas Perkembangan Anak Usia Sekolah

Tugas-tugas perkembangan anak usia sekolah menurut Havighurst dalam Hurlock (2002) adalah sebagai berikut.

- a. Mempelajari keterampilan fisik yang diperlukan untuk permainan-permainan yang umum.
- b. Membangun sikap yang sehat mengenai diri sendiri sebagai makhluk yang sedang tumbuh.
- c. Belajar menyesuaikan diri dengan teman-teman seusianya.
- d. Mulai mengembangkan peran sosial pria atau wanita yang tepat.
- e. Mengembangkan keterampilan-keterampilan dasar untuk membaca, menulis dan berhitung.
- f. Mengembangkan pengertian-pengertian yang diperlukan untuk kehidupan sehari-hari.
- g. Mengembangkan hati nurani, pengertian moral, tata dan tingkatan nilai.
- h. Mengembangkan sikap terhadap kelompok-kelompok sosial dan lembaga-lembaga.
- i. Mencapai kebebasan pribadi.

Menurut Wong (2008), tugas perkembangan yang seharusnya dilakukan oleh anak usia sekolah, meliputi:

- a. Perkembangan biologis

Selama masa kanak-kanak pertengahan, anak akan mengalami perubahan proporsi tubuh, kematangan sistem tubuh, dan akan memasuki masa prapubertas (akhir masa kanak-kanak pertengahan).

b. Perkembangan psikososial

Menurut teori Freud pada usia ini, anak akan memasuki periode perkembangan psikoseksual yaitu periode laten. Periode laten ialah waktu tenang antara fase *Odipus* pada masa kanak-kanak awal dan erotisisme masa remaja. Selama waktu ini, anak-anak membina hubungan dengan teman sebaya sesama jenis setelah pengabaian pada tahun-tahun sebelumnya yang didahului ketertarikan pada lawan jenis yang menyertai pubertas.

Menurut Erikson, anak usia sekolah berada pada tahapan perkembangan industri vs inferioritas. Sikap dasar individu terhadap kerja dibangun selama masa kanak-kanak pertengahan. Rasa industri atau tahap pencapaian, dicapai antara usia 6 tahun dan masa remaja. Anak-anak mendapatkan rasa kompetensi personal dan interpersonal, menerima instruksi sistematis yang digambarkan oleh budaya individual anak, dan mengembangkan keterampilan yang dibutuhkan untuk menjadi orang yang berguna, yang dapat memberikan kontribusi dalam komunitas sosial mereka. Pengakuan teman sebaya memberikan motivasi yang sangat kuat.

Bahaya yang terdapat dalam periode perkembangan kepribadian ini adalah terjadinya keadaan yang dapat mengakibatkan rasa inferioritas. Perasaan inferioritas atau kurang berharga dapat diperoleh dari anak itu sendiri atau dari lingkungan sosial mereka. Tahap ini sangat dipengaruhi faktor intrinsik (motivasi, kemampuan, tanggung jawab yang dimiliki, kebebasan yang dimiliki, interaksi dengan lingkungan, dan teman sebaya) dan faktor ekstrinsik

(penghargaan yang di dapat, stimulus, dan keterlibatan orang lain) (Suprajitno, 2004).

c. Perkembangan kognitif

Ketika anak memasuki masa sekolah, mereka mulai memperoleh kemampuan untuk menghubungkan serangkaian kejadian untuk menggambarkan mental anak yang dapat diungkapkan secara verbal atau pun simbolik. Tahap ini diistilahkan sebagai operasional konkret oleh Piaget ketika anak mampu menggunakan proses berpikir untuk mengalami peristiwa dan tindakan. Pemikiran egosentris pada masa pra sekolah perlahan-lahan berganti dengan suatu proses yang memungkinkan anak untuk melihat sesuatu dari sudut pandang orang lain. Anak mengalami kemajuan dari membuat penilaian berdasarkan apa yang mereka lihat (pemikiran perseptual) sampai membuat penilaian berdasarkan alasan mereka (pemikiran konseptual).

Salah satu tugas kognitif utama anak usia sekolah adalah menguasai konsep konservasi dan juga mengembangkan keterampilan mengklasifikasi. Mereka dapat meletakkan sesuatu dalam susunan yang pantas dan logis. Mereka mengembangkan kemampuan untuk memahami hubungan antara istilah dan konsep. Keterampilan yang paling penting yaitu kemampuan membaca untuk meningkatkan pemahaman.

d. Perkembangan moral

Menurut Kohlberg, anak usia sekolah berada pada tahapan perkembangan moral tingkat konvensional. Pada tahap ini anak-anak terfokus pada kepatuhan dan loyalitas. Mereka menghargai pemeliharaan harapan keluarga, kelompok,

atau negara tanpa memperdulikan konsekuensinya. Perilaku yang disetujui dan disukai atau membantu orang lain dianggap sebagai perilaku yang baik. Seseorang mendapat persetujuan dengan bersikap “baik”, mematuhi aturan, melakukan tugas seseorang, menunjukkan rasa hormat terhadap wewenang, dan menjaga aturan sosial.

e. Perkembangan spiritual

Anak usia sekolah memasuki tahapan *mythical-literal* pada perkembangan spiritualnya. Selama usia sekolah, perkembangan spiritual terjadi bersamaan dengan perkembangan kognitif dan berkaitan erat dengan pengalaman dan interaksi sosial anak. Pada usia ini sebagian besar anak-anak sangat tertarik pada agama. Mereka menerima ketuhanan dan mereka berdoa kepada yang Maha Kuasa karena hal tersebut dianggap sangat penting bagi dirinya.

f. Perkembangan sosial

Salah satu agen sosialisasi terpenting dalam kehidupan anak usia sekolah adalah kelompok teman sebaya. Melalui hubungan dengan teman sebaya, anak mulai belajar bagaimana menghadapi dominansi dan permusuhan serta menggali ide-ide dan lingkungan fisik. Anak-anak ingin menghabiskan waktunya lebih banyak dan cenderung melakukan berbagai macam aktivitas dengan teman sebayanya dibandingkan dengan keluarganya.

g. Perkembangan konsep diri

Orang dewasa yang penting dalam kehidupan anak dapat memanipulasi lingkungan agar anak dapat menemukan kesuksesannya. Setiap kesuksesan kecil mampu meningkatkan citra diri anak. Semakin anak-anak berpikir positif

terhadap diri mereka sendiri, maka semakin mereka percaya diri dalam mencoba kembali guna meraih kesuksesan. Semua anak akan berpikir bahwa mereka spesial bagi orang dewasa yang penting baginya yang nantinya akan meningkatkan kepercayaan diri anak tersebut.

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Perkembangan

Menurut Wong (2008), ada beberapa faktor yang mempengaruhi perkembangan yaitu: keturunan, nutrisi, hubungan interpersonal, tingkat sosioekonomi, penyakit, bahaya lingkungan, stres pada masa kanak-kanak dan pengaruh media.

a. Keturunan

Keturunan diartikan juga sebagai totalitas karakteristik individu yang diwariskan orang tua kepada anaknya, atau segala potensi baik itu berupa fisik maupun psikis yang dimiliki individu sejak masa konsepsi sebagai pewaris dari orang tua melalui gen-gen (Aisyah, 2015). Dalam semua budaya, sikap dan harapan berbeda sesuai dengan jenis kelamin anak. Jenis kelamin dan determinan keturunan sangat kuat mempengaruhi hasil akhir pertumbuhan dan laju perkembangan untuk mendapatkan hasil akhir tersebut. Pada dimensi kepribadian dapat kita lihat seperti temperamen, tingkat aktivitas, koresponsifan, dan kecenderungan ke arah rasa malu, diyakini dapat diturunkan. Anak yang mengalami gangguan mental atau fisik yang diturunkan akan mengubah atau mengganggu pertumbuhan emosi, fisik dan interaksi anak dengan lingkungan sekitar.

b. Nutrisi

Faktor diet mengatur pertumbuhan pada semua tahap perkembangan, dan efeknya ditunjukkan pada cara yang beragam dan rumit. Selama periode pertumbuhan pranatal yang cepat, nutrisi buruk dapat mempengaruhi perkembangan dari waktu implantasi ovum sampai kelahiran. Selama masa bayi dan anak-anak, kebutuhan kalori dan protein lebih tinggi dibandingkan pada setiap periode perkembangan pascanatal. Nafsu makan anak akan berfluktuasi sebagai respon terhadap keberagaman sampai ledakan pertumbuhan turbulen di masa remaja.

c. Hubungan interpersonal

Pada masa anak-anak, hubungan dengan orang terdekat memainkan peran penting dalam perkembangan, terutama dalam perkembangan emosi, intelektual, dan kepribadian. Anak yang melakukan kontak dengan orang lain dapat memberikan pengaruh pada anak yang sedang berkembang, tetapi dengan luasnya rentang kontak dapat menjadi pelajaran dalam perkembangan kepribadian yang sehat.

d. Tingkat sosioekonomi

Keluarga dengan perekonomian yang rendah mungkin kurang memiliki pengetahuan atau sumber daya yang diperlukan untuk memberikan lingkungan yang aman, menstimulasi dan kaya nutrisi yang membantu perkembangan optimal anak. Pada keluarga yang sosioekonomi yang rendah tidak mampu memenuhi nutrisi yang lengkap untuk anaknya sehingga dapat mempengaruhi

proses perkembangan anak karena gizi yang masuk tidak memenuhi kebutuhan anak.

e. Penyakit

Pertumbuhan dan perkembangan yang berubah merupakan salah satu manifestasi klinis dalam sejumlah gangguan hereditas. Banyak penyakit kronik yang dikaitkan dengan berbagai tingkat kegagalan pertumbuhan dan perkembangan. Gangguan yang terjadi pada pencernaan anak dan gangguan absorpsi nutrisi tubuh akan memberi efek merugikan pada pertumbuhan dan perkembangan anak.

f. Bahaya lingkungan

Agen berbahaya yang paling sering dikaitkan dengan risiko kesehatan adalah bahan kimia dan radiasi. Air dan udara serta makanan yang terkontaminasi dari berbagai sumber telah didokumentasikan dengan baik. Inhalasi asap rokok secara pasif oleh anak sangat berbahaya dalam proses perkembangan anak.

g. Stress pada masa kanak-kanak

Dari sudut pandang fisiologis dan emosi pada intinya stres adalah ketidakseimbangan antara tuntutan lingkungan dan sumber koping individu yang mengganggu ekuilibrium individu tersebut (Masten dkk, 1988). Pada anak tampak lebih rentan mengalami stres bila dibandingkan dengan yang lain. Respon terhadap stresor dapat berupa perilaku, psikologis, atau fisiologis. Dengan adanya stres tersebut maka akan terbentuk strategi koping yang dapat melindungi dirinya dalam menghadapi stres. Kontak fisik dengan anak dapat

menyamankan dan menenangkan anak. Menggendong, menyentuh atau memeluk anak menimbulkan relaksasi dan kenyamanan serta memfasilitasi komunikasi. Melakukan rekreasi atau jalan-jalan serta pemajanan anak pada pengaruh positif dapat membantu membangun kekuatan dan keamanan anak.

h. Pengaruh media massa

Media dapat memperluas pengetahuan anak tentang dunia tempat mereka hidup dan berkontribusi untuk mempersempit perbedaan antar-kelas. Namun media juga sangat besar pengaruhnya terhadap perkembangan anak, karena anak masa kini terpikat seperti pada beberapa dekade lalu (Rowitz, 1996). Anak-anak masa kini lebih cenderung memilih media dan figur olah raga sebagai model peran ideal mereka, sedangkan di masa lalu anak lebih suka meniru orang tua atau walinya. Media massa yang dapat mempengaruhi perkembangan antara lain dapat berupa materi bacaan atau buku, film, dan televisi.

Menurut Nuryanti (2008), faktor penghambat penyelesaian tugas perkembangan yaitu tingkat perkembangan anak yang mundur, tidak mendapat kesempatan yang cukup untuk belajar dan tidak mendapat bimbingan dan arahan yang tepat, tidak ada motivasi, kesehatan yang buruk, cacat tubuh, dan tingkat kecerdasan yang rendah.

2.2 Motivasi

2.2.1 Definisi Motivasi

Istilah motivasi berasal dari bahasa Latin, yakni “*movere*” yang berarti “menggerakkan” (Winardi, 2007). Menurut Sadirman (2007), motivasi adalah perubahan energi diri seseorang yang ditandai dengan munculnya “*feeling*” dan didahului dengan tanggapan terhadap adanya tujuan. Sunaryo (2004) mengatakan motivasi adalah sesuatu yang mendorong untuk berbuat atau beraksi. Istilah motivasi berasal dari kata motif yang dapat diartikan sebagai kekuatan yang terdapat dalam diri individu, yang menyebabkan individu tersebut bertindak atau berbuat yang tidak dapat diamati secara langsung, tetapi dapat diinterpretasikan dalam tingkah lakunya, berupa rangsangan dorongan, atau pembangkit tenaga munculnya suatu tingkah laku tertentu (Hamzah, 2008). Nursalam (2008) menjelaskan bahwa motivasi merupakan suatu kondisi internal yang mampu membangkitkan kita untuk bertindak, mendorong kita untuk mencapai tujuan tertentu, dan mampu membuat kita tetap tertarik dengan kegiatan tertentu.

Berdasarkan beberapa pendapat yang telah disebutkan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa motivasi adalah dorongan yang berasal dari dalam seorang individu yang tidak dapat diamati secara langsung tetapi mampu menggerakkan dan mengarahkan perilaku individu tersebut.

2.2.2 Klasifikasi Motivasi

Menurut Djamarah (2002) motivasi terbagi menjadi 2 (dua) jenis yaitu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik.

a. Motivasi intrinsik

Yang dimaksud dengan motivasi intrinsik adalah motif-motif yang menjadi aktif atau berfungsinya tidak perlu dirangsang dari luar, karena dalam setiap diri individu sudah ada dorongan untuk melakukan sesuatu. Motivasi intrinsik datang dari hati sanubari umumnya karena kesadaran.

Menurut Taufik (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi intrinsik antara lain.

1) Kebutuhan (*need*)

Seseorang melakukan aktivitas (kegiatan) karena adanya faktor-faktor kebutuhan baik biologis maupun psikologis.

2) Harapan (*Expectancy*)

Seseorang dimotivasi oleh karena keberhasilan dan adanya harapan keberhasilan bersifat pemuasan diri seseorang, keberhasilan dan harga diri meningkat dan menggerakkan seseorang ke arah pencapaian tujuan.

3) Minat

Minat adalah suatu rasa lebih suka dan rasa keinginan pada suatu hal tanpa ada yang menyuruh.

b. Motivasi ekstrinsik

Motivasi ekstrinsik adalah kebalikan dari motivasi intrinsik. Motivasi ekstrinsik adalah motif-motif yang aktif dan berfungsi karena adanya perangsang atau pengaruh dari orang lain sehingga seseorang berbuat sesuatu (Djamarah, 2002).

Menurut Taufik (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi motivasi ekstrinsik antara lain.

1) Dorongan keluarga

Dukungan keluarga merupakan sistem-sistem yang memberikan dukungan pemeliharaan dan emosional bagi anggota keluarga sehingga dapat memenuhi beberapa kebutuhan psikososial anggota keluarga.

2) Lingkungan

Lingkungan adalah tempat dimana seseorang tinggal. Lingkungan dapat mempengaruhi seseorang sehingga dapat termotivasi untuk melakukan sesuatu. Selain keluarga, lingkungan juga mempunyai peran yang besar dalam memotivasi seseorang dalam merubah tingkah lakunya. Dalam sebuah lingkungan yang hangat dan terbuka, akan menimbulkan rasa kesetiakawanan yang tinggi.

3) Imbalan

Seseorang dapat termotivasi karena adanya suatu imbalan sehingga orang tersebut ingin melakukan sesuatu. Imbalan yang positif akan semakin memotivasi individu untuk berubah menuju perilaku yang lebih baik dengan harapan individu tersebut akan menjadi sehat.

2.2.3 Unsur-unsur yang Mempengaruhi Motivasi

Menurut Sardiman (2007), motivasi mengandung tiga unsur penting, antaralain.

- a. Motivasi itu mengawali terjadinya perubahan energi pada diri setiap individu manusia. Perkembangan motivasi akan membawa beberapa perubahan energi di dalam sistem *neurophysiological* yang ada pada organisme manusia. Karena menyangkut perubahan energi manusia, penampakannya akan menyangkut kegiatan fisik manusia.
- b. Motivasi ditandai dengan munculnya, rasa "*feeling*", afeksi seseorang. Dalam hal ini motivasi relevan dengan persoalan-persoalan kejiwaan, afeksi dan emosi yang dapat menentukan perubahan tingkah laku manusia.
- c. Motivasi akan dirangsang karena adanya tujuan. Jadi motivasi dalam hal ini sebenarnya merupakan respons dari suatu aksi, yakni tujuan. Motivasi memang muncul dari dalam diri manusia, tetapi kemunculannya karena terangsang atau terdorong oleh adanya unsur lain, dalam hal ini adalah tujuan. Tujuan ini akan menyangkut soal kebutuhan yang akan dicapai oleh orang tersebut.

Menurut Taufik (2007) motivasi mengandung tiga komponen pokok di dalamnya, yaitu menggerakkan, mengarahkan, dan menopang tingkah laku manusia. Adapun ketiga komponen tersebut, antara lain.

- a. Menggerakkan berarti menimbulkan kekuatan pada individu, memimpin seseorang untuk bertindak dengan cara tertentu. Misalnya kekuatan dalam hal

ingatan, respons-respons efektif, dan kecenderungan mendapatkan kesenangan.

- b. Motivasi juga mengarahkan atau menyalurkan tingkah laku. Dengan demikian seseorang menyediakan suatu orientasi tujuan. Tingkah laku seorang individu diarahkan terhadap sesuatu.
- c. Untuk menjaga dan menopang tingkah laku, lingkungan sekitar harus menguatkan (*reinforce*) intensitas dan arah dorongan-dorongan dan kekuatan-kekuatan individu.

2.2.4 Tujuan Motivasi

Secara umum tujuan motivasi adalah untuk menggerakkan atau menggugah seseorang agar timbul keinginan dan kemauan untuk melakukan sesuatu sehingga dapat memperoleh hasil dan mencapai tujuan. Setiap tindakan motivasi seseorang mempunyai tujuan yang akan dicapai. Makin jelas tujuan yang diharapkan atau akan dicapai, maka semakin jelas pula bagaimana tindakan memotivasi itu dilakukan (Taufik, 2007).

2.2.5 Faktor yang Mempengaruhi Motivasi

Menurut Bastable (2002), faktor-faktor yang bersifat memfasilitasi atau menghalangi motivasi dapat digolongkan ke dalam tiga kategori utama yang tidak terpisah, antara lain: atribut pribadi, pengaruh lingkungan, dan sistem hubungan antara individu dengan pihak lain.

a. Atribut pribadi

Atribut pribadi yang dimaksud dalam hal ini meliputi: tahapan perkembangan, usia, gender, kesiapan emosi, nilai dan keyakinan, fungsi penginderaan, kemampuan kognitif, tingkat pendidikan, status kesehatan yang dirasakan, dan tingkat kekronisan suatu penyakit. Beberapa hal tersebut dapat berpengaruh terhadap pembentukan motivasi dalam diri individu untuk belajar. Persepsi seseorang terhadap perbedaan antara keadaan kesehatan sekarang dan yang diharapkan dapat menjadi faktor yang memotivasi perilaku kesehatan dan dapat mengendalikan kesiapan belajar. Nilai, keyakinan dan keingintahuan alami dapat menjadi faktor yang mengakar dan menetap yang dapat juga membentuk hasrat untuk mempelajari perilaku baru.

b. Pengaruh lingkungan

Karakteristik fisik lingkungan belajar, keterjangkauan dan ketersediaan sumber daya manusia dan materi, dan berbagai jenis *reward* perilaku dapat mempengaruhi tingkat motivasi seseorang. *Reward* perilaku dapat bersifat ekstrinsik seperti pujian atau penghargaan. *Reward* juga dapat bersifat intrinsik seperti perasaan pribadi mengenai kelengkapan, kegembiraan, atau kepuasan diri.

c. Sistem hubungan antara individu dengan pihak lain

Aspek interaksi pada motivasi mungkin merupakan aspek yang paling menonjol karena individu tersebut berada di dalam suatu konteks sistem hubungan yang saling berkaitan. Individu dipandang dalam konteks sistem keluarga atau komunitas atau budaya yang memiliki dampak seumur hidup

pada pilihan yang dibuat individu itu, termasuk pencarian perawatan kesehatan dan pembuatan keputusan tentang perawatan kesehatan.

2.3 Konsep Dasar Tuberkulosis Paru (TB Paru)

2.3.1 Definisi TB Paru

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) No. 364 tahun 2009 TB paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksius yang menyerang parenkim paru dan dapat ditularkan ke bagian tubuh lainnya (Smeltzer & Bare, 2001). Tuberkulosis (TB) adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang paling sering menginfeksi paru-paru, dapat disembuhkan dan juga dicegah (WHO, 2015). Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang biasanya menyerang paru-paru, tetapi juga dapat menyebar ke bagian lain dari tubuh seperti ginjal, tulang belakang, dan otak yang bila mana tidak ditangani akan berakibat fatal (CDC, 2012).

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pengertian diatas bahwa Tuberkulosis Paru atau TB paru adalah penyakit paru infeksius yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang parenkim paru dan dapat ditularkan ke organ tubuh lainnya.

2.3.2 Klasifikasi TB Paru

a. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena

Berdasarkan organ tubuh yang terkena, Tuberkolusis dibagi menjadi dua, yaitu: TB paru dan TB ekstra paru. TB paru adalah penyakit TB yang menyerang jaringan parenkim paru tidak termasuk pleura dan kelenjar pada hilus. TB ekstra paru adalah TB yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (perikardium), kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain (KMK No. 364 tahun 2009).

b. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis

Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, Tuberkolusis dibagi menjadi dua, yaitu: TB paru BTA positif dan TB paru BTA negatif. Adapun kriteria TB paru BTA positif antara lain: sekurang-kurangnya dua dari tiga spesimen dahak S-P-S hasilnya BTA positif; satu spesimen dahak S-P-S hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran TB; satu spesimen dahak S-P-S hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif; satu atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah tiga spesimen dahak S-P-S pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT. TB paru BTA negatif memiliki beberapa kriteria, antara lain: tiga spesimen dahak S-P-S hasilnya BTA negatif; foto toraks abnormal menunjukkan gambaran TB; tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT; dan pertimbangan pemberian pengobatan oleh dokter (KMK No. 364 tahun 2009).

c. Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit

Berdasarkan tingkat keparahan penyakit, Tuberkolusis dibagi menjadi tiga macam, yaitu: (1) TB paru BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses "*far advanced*") dan atau keadaan umum pasien buruk; (2) TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal; (3) TB ekstra-paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin (KMK No. 364 tahun 2009).

d. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya

Berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya, Tuberkolusis dibagi menjadi enam kelas, yaitu: TB pasien baru, TB pasien kambuh, TB pasien pengobatan setelah putus berobat, TB pasien gagal pengobatan, TB pasien pindahan, dan kelompok kronik. TB pasien baru adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan atau empat minggu. TB pasien kambuh adalah pasien TB yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan TB dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan apusan atau kultur BTA positif (KMK No. 364 tahun 2009).

TB pasien pengobatan setelah putus berobat adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat dua bulan atau lebih dengan BTA positif. TB pasien gagal pengobatan adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan; TB pasien pindahan adalah pasien yang dipindahkan dari sarana pelayanan kesehatan yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya. Kelompok kasus kronik yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan TB paru BTA negatif dan TB ekstra paru, dapat juga mengalami kambuh, gagal, default maupun menjadi kasus kronik. Meskipun sangat jarang, harus dibuktikan secara patologik, bakteriologik atau biakan, radiologik, dan pertimbangan medis spesialisik (KMK No. 364 tahun 2009).

2.3.3 Faktor Risiko TB Paru

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 364 tahun 2009, faktor risiko yang mungkin muncul pada penyakit TB Paru, antara lain.

a. Risiko penularan

Risiko tertular tergantung dari tingkat pajanan dengan percikan dahak. Pasien TB paru dengan BTA positif memberikan kemungkinan risiko penularan lebih besar dari pasien TB paru dengan BTA negatif. Risiko penularan setiap tahunnya di tunjukkan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection (ARTI)* yaitu proporsi penduduk yang berisiko terinfeksi TB selama satu tahun. ARTI sebesar 1%, berarti 10 (sepuluh) orang diantara 1000

penduduk terinfeksi setiap tahun. ARTI di Indonesia bervariasi antara 1-3%. Infeksi TB dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberkulin negatif menjadi positif.

b. Risiko menjadi sakit TB

Hanya sekitar 10% yang terinfeksi TB akan menjadi sakit TB. Dengan ARTI 1%, diperkirakan diantara 100.000 penduduk rata-rata terjadi 1000 terinfeksi TB dan 10% diantaranya (100 orang) akan menjadi sakit TB setiap tahun. Sekitar 50 diantaranya adalah pasien TB BTA positif. Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi pasien TB adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk).

Faktor risiko untuk menjadi sakit TB paru menurut Kemenkes RI (2014) bergantung dari beberapa aspek, antara lain.

- a. Konsentrasi atau jumlah kuman yang terhirup.
- b. Lamanya waktu sejak terinfeksi.
- c. Usia seseorang yang terinfeksi.
- d. Tingkat daya tahan tubuh seseorang.

Menurut Smeltzer & Bare (2001), individu yang berisiko tinggi untuk tertular tuberkulosis, antara lain.

- a. Mereka yang kontak dekat dengan seseorang yang mempunyai TB aktif.
- b. Individu immunosupresif (termasuk lansia, pasien dengan kanker, mereka yang dalam terapi kortikosteroid, atau mereka yang terinfeksi HIV).
- c. Pengguna obat-obat IV dan alkoholik.

- d. Anak-anak di bawah usia 15 tahun dan dewasa muda antara yang berusia 15 sampai 44 tahun.
- e. Imigran dari negara dengan insiden TB yang tinggi.
- f. Individu yang tinggal di perumahan substandar kumuh.
- g. Petugas kesehatan.

2.3.4 Tanda dan Gejala TB Paru

Menurut Kemenkes RI (2013), gejala umum TB anak sebagai berikut.

- a. Berat badan turun tanpa sebab yang jelas atau berat badan tidak naik dengan adekuat atau tidak naik dalam 1 bulan setelah diberikan upaya perbaikan gizi yang baik.
- b. Demam lama (≥ 2 minggu) dan/atau berulang tanpa sebab yang jelas (bukan demam tifoid, infeksi saluran kemih, malaria, dan lain-lain). Demam umumnya tidak tinggi. Keringat malam saja bukan merupakan gejala spesifik TB pada anak apabila tidak disertai dengan gejala-gejala sistemik/umum lain.
- c. Batuk lama ≥ 3 minggu, batuk bersifat *non-remitting* (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah) dan sebab lain batuk telah dapat disingkirkan.
- d. Nafsu makan tidak ada (anoreksia) atau berkurang, disertai gagal tumbuh (*failure to thrive*).
- e. Lesu atau malaise, anak kurang aktif bermain.
- f. Diare persisten/menetap (> 2 minggu) yang tidak sembuh dengan pengobatan baku diare.

Menurut Smeltzer & Bare (2001) beberapa gejala yang ditunjukkan klien dengan TB paru antara lain.

- a. Demam tingkat rendah.
- b. Keletihan.
- c. Anoreksia.
- d. Penurunan berat badan.
- e. Berkeringat malam.
- f. Nyeri dada.
- g. Batuk menetap disertai dahak dan darah.

2.3.5 Sumber Penularan TB Paru

Sumber penularan TB paru menurut Kemenkes RI (2014), antara lain.

- a. Klien TB paru dengan BTA positif melalui percik relik dahak yang dikeluarkannya.
- b. Klien TB paru dengan BTA negatif dengan hasil kultur positif.
- c. Lingkungan sekitar rumah penderita TB paru BTA positif.

2.3.6 Cara Penularan TB Paru

Adapun cara penularan penyakit TB Paru menurut KMK No. 364 tahun 2009, antara lain.

- a. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif.
- b. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.
- c. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman.
- d. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.
- e. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut.
- f. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

Menurut CDC (2012) TB paru menular apabila kita mendekat kepada orang yang sedang memiliki penyakit TB paru, bersin, pada saat berbicara, dan menyanyi. TB paru tidak menular melalui beberapa kegiatan, antara lain.

- a. Berjabat tangan dengan orang lain.
- b. Berbagi makan dan minuman dengan orang lain.
- c. Menyentuh spreng atau toilet.

- d. Menggunakan sikat gigi yang sama.
- e. Berciuman.

2.4 Perilaku Kesehatan

2.4.1 Definisi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah tanggapan seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan lingkungan (Sunaryo, 2004). Motivasi dan kepatuhan merupakan konsep yang relevan dengan perilaku kesehatan (Bastable, 2002). Notoadmodjo (2012) mengatakan bahwa perilaku kesehatan yaitu suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit termasuk di dalamnya terkait dengan perilaku pencegahan penyakit, perilaku penyembuhan penyakit, perilaku pemulihan dari penyakit, perilaku peningkatan kesehatan, dan perilaku gizi atau makanan. Menurut Saam (2013) perilaku kesehatan dikategorikan menjadi perilaku terhadap sakit dan penyakit, perilaku terhadap makanan, perilaku terhadap lingkungan kesehatan, perilaku pencarian pengobatan, perilaku pemulihan kesehatan, perilaku sistem pelayanan kesehatan.

2.4.2 Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Kesehatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan menurut Taylor (2003), antara lain.

a. Usia

Usia mampu membuat perilaku kesehatan bervariasi. Perilaku kesehatan pada anak-anak secara tipikal dapat dikatakan baik, kemudian memburuk pada remaja dan orang dewasa, lalu meningkat kembali pada orang yang lebih tua.

b. Kognisi

Perilaku kesehatan memiliki hubungan dengan faktor kognisi, seperti keyakinan bahwa perilaku tertentu dapat mempengaruhi kesehatan.

c. Nilai

Kebiasaan perilaku sehat individu sangat dipengaruhi oleh nilai yang diyakini oleh individu tersebut. Misalnya, olahraga bagi wanita sangat dibutuhkan bagi budaya tertentu tetapi tidak bagi budaya lain.

d. *Personal control*

Persepsi bahwa kesehatan individu di bawah *personal control* juga menentukan perilaku sehat seseorang.

e. Perilaku sosial

Perilaku sosial juga dapat mempengaruhi perilaku sehat individu. Keluarga, teman, dan lingkungan kerja dapat mempengaruhi perilaku sehat.

f. *Personal goal*

Kebiasaan perilaku sehat juga memiliki hubungan dengan tujuan personal. Jika tujuan menjadi atlet berprestasi merupakan tujuan yang penting, individu akan cenderung olah raga secara teratur dibandingkan jika hal itu bukan tujuan personal.

g. Demografik

Perilaku kesehatan berbeda berdasarkan pada faktor demografik. Individu yang masih muda, lebih makmur, memiliki tingkat pendidikan yang lebih baik dan berada dalam kondisi stress yang rendah dengan dukungan sosial yang tinggi memiliki perilaku sehat yang lebih baik dari pada orang yang memiliki resources yang lebih sedikit.

h. *Perceived symptoms*

Kebiasaan sehat dikontrol oleh *perceived symptoms*. Misalnya perokok mungkin mengontrol perilaku merokok mereka berdasarkan sensasi pada paru-paru mereka.

i. Akses pelayanan kesehatan

Akses pelayanan kesehatan juga mempengaruhi perilaku kesehatan. Menggunakan program *screen* tuberkulosis, *pap smear* yang teratur, mamogram, imunisasi, merupakan contoh perilaku kesehatan yang secara langsung berhubungan dengan pelayanan kesehatan.

2.4.3 Determinan Perilaku Kesehatan

Determinan perilaku menurut Notoatmodjo (2012) dan Taufik (2007), antara lain.

a. Persepsi

Green (1980) dalam Notoatmodjo (2012) menyebutkan bahwa persepsi berhubungan dengan motivasi individu untuk melakukan kegiatan, bila persepsi seseorang telah benar tentang sakit maka ia cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan bila mengalami sakit.

b. Pengetahuan

Seseorang dipengaruhi oleh perilakunya yang terbentuk dari pengetahuannya (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan adalah hasil dari suatu proses pembelajaran seseorang terhadap sesuatu baik itu yang didengar maupun yang dilihat (Fitriani, 2011).

c. Keyakinan

Seseorang cenderung untuk bersikap tidak menggunakan jasa pelayanan kesehatan disebabkan karena adanya kepercayaan dan keyakinan bahwa jasa pelayanan kesehatan tidak dapat menyembuhkan penyakitnya, demikian juga sebaliknya .

d. Keinginan

Seseorang sering mempunyai keinginan untuk menjadikan status kesehatannya lebih baik dari yang dimilikinya pada saat ini, namun tidak semua orang melakukan upaya secara aktif untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan keinginannya.

e. Motivasi

Motivasi mampu menggerakkan dan mengarahkan perilaku individu untuk dapat menjaga kesehatan dan menyembuhkan penyakitnya.

f. Niat

Adanya niat (*intention*) seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek atau stimulus di luar dirinya. Misalnya, pria mau menggunakan alat kontrasepsi apabila dia memiliki niat untuk menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

g. Sikap

Sikap adalah reaksi atau respon terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara tertentu. Kesiapan yang dimaksud merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi apabila individu dihadapkan pada stimulus yang menghendaki adanya respon.

2.5 Upaya Pencegahan TB Paru

Menurut Kemenkes RI (2013) upaya pengendalian infeksi TB di fasilitas pelayanan kesehatan dengan 4 pilar utama, antara lain.

2.5.1 Pilar Aktivitas Manajemen

Komitmen, kepemimpinan dan dukungan manajemen yang efektif dalam kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) TB di fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuan pengendalian manajerial adalah untuk menjamin tersedianya sumberdaya terlatih yang diperlukan untuk pelaksanaan PPI. Kegiatan

pengendalian manajerial meliputi pembuatan kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, monitoring serta evaluasi pada semua aspek PPI TB.

2.5.2 Pilar Pengendalian Administratif

Tujuan pengendalian administratif adalah untuk melindungi petugas kesehatan, pengunjung dan pasien dari penularan TB dan untuk menjamin tersedianya sumberdaya yang diperlukan untuk pelaksanaan PPI.

2.5.3 Pilar Pengendalian Lingkungan

Tujuan dari pengendalian lingkungan adalah untuk mengurangi konsentrasi *droplet nuclei* di udara dan mengurangi keberadaan benda-benda yang terkontaminasi sesuai dengan epidemiologi infeksi. Pengendalian lingkungan adalah upaya dengan menggunakan teknologi yang bertujuan untuk mengurangi penyebaran dan menurunkan kadar percik renik di udara sehingga tidak menularkan orang lain. Upaya pengendalian dapat dilakukan dengan sistem ventilasi yang menyalurkan percik renik ke arah tertentu atau ditambah dengan penggunaan radiasi ultraviolet.

2.5.4 Pilar Pengendalian Alat Pelindung Diri (APD)

Pengendalian perlindungan diri adalah untuk melindungi petugas kesehatan yang harus bekerja di lingkungan dengan kontaminasi percik renik di udara yang tidak dapat dihilangkan seluruhnya dengan pengendalian administrasi

dan lingkungan. Tindakan efektif yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi TB tanpa stigma antara lain.

- 1) Penyuluhan kesehatan kepada pasien dan masyarakat.
- 2) Membuat rencana pengendalian infeksi.
- 3) Pengumpulan sputum yang aman.
- 4) Menggalakkan etika batuk dan *hygiene* batuk.
- 5) Pisahkan pasien curiga TB untuk mendapat layanan cepat.
- 6) Lakukan diagnosis dan tatalaksana dengan cepat.
- 7) Ventilasi udara yang baik.
- 8) Petugas kesehatan memakai APD.
- 9) Bangunan fasilitas kesehatan yang menunjang.
- 10) Monitor pelaksanaan kontrol infeksi.

2.6 Peran Perawat

2.6.1 Perawat Komunitas

Menurut *Committee on Education* ANA mendefinisikan keperawatan secara utuh dan menitikberatkan pada peran mandiri keperawatan sebagai profesi. Keperawatan merupakan profesi yang membantu dan memberikan pelayanan yang berkontribusi pada kesehatan dan kesejahteraan individu, keluarga atau komunitas. Keperawatan membagi tanggungjawab untuk menjaga kesehatan dan kesejahteraan seluruh manusia di komunitas dan berpartisipasi dalam program yang disusun untuk mencegah penyakit dan mempertahankan kesehatan (Potter & Perry, 2005).

Perawat yang bertugas di komunitas difokuskan untuk meningkatkan kesehatan, mempertahankan kesehatan, memberikan pendidikan kesehatan, dan melakukan manajemen serta koordinasi dalam fase penyembuhan klien di komunitas. Komunitas dapat berupa suatu lokasi khusus misalnya sekelompok orang di tempat kerja, sekolah atau kelompok lain yang memiliki karakteristik tertentu. Pelayanan kesehatan komunitas umumnya diselenggarakan di sekolah. Pelayanan keperawatan yang diberikan meliputi pendidikan pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pendidikan seks, dan memberi rujukan bagi peserta didik dan keluarga bila dibutuhkan perawatan kesehatan lebih spesifik (Potter & Perry, 2005).

2.6.2 Peran Perawat Komunitas di Lingkungan Sekolah

Menurut Swanson (1997) peran perawat dalam pencegahan penyakit di lingkungan sekolah antara lain.

a. Pencegahan primer

Upaya pencegahan primer yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan pada anak di lingkungan sekolah adalah menjaga siswa sekolah untuk tetap sehat dan terhindar dari kontak langsung dengan penyakit. Kegiatan ini dilakukan dengan beberapa cara, antara lain.

- 1) Pendidikan kesehatan kepada individu, keluarga, dan agregat populasi berisiko terhadap penyakit.
- 2) Pendidikan kesehatan tentang *personal hygiene*.
- 3) Pendidikan kesehatan tentang kesehatan lingkungan sekolah.

- 4) Pendidikan kesehatan tentang nutrisi.
- 5) Pendidikan kesehatan tentang perawatan diri.
- 6) Pengkajian kesehatan menyeluruh kepada siswa sekolah.
- 7) Monitoring Imunisasi atau vaksinasi pada anak sekolah.

Selama program ini, perawat berfokus pada pengembangan perilaku yang secara positif berpengaruh pada status kesehatan anak (Potter & Perry, 2005).

Upaya pengendalian infeksi TB paru dapat dilakukan melalui 4 pilar utama sesuai dengan ketentuan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, antara lain: pilar manajemen, pilar administratif, pilar pengendalian lingkungan, dan pilar pengendalian alat pelindung diri (APD). Upaya pencegahan yang dapat dilakukan oleh masyarakat di sekolah meliputi: penyehatan sistem ventilasi, pengumpulan sputum yang aman (tidak membuang dahak sembarangan), menggunakan cahaya matahari atau sinar *ultraviolet* (UV) untuk membunuh kuman TB paru, *hand hygiene*, menggalakkan etika batuk, serta pemakaian alat pelindung diri (APD) untuk mengurangi paparan seperti masker saat batuk (Kemenkes RI, 2013).

b. Pencegahan sekunder

Kegiatan pencegahan sekunder yang dapat dilakukan di sekolah antara lain.

- 1) Pencegahan sekunder yang dapat dilakukan di lingkungan sekolah.
- 2) Deteksi dini siswa yang ada di lingkungan sekolah yang berisiko.
- 3) Skrining populasi atau individu yang berisiko.
- 4) Monitoring berat badan dan tinggi badan.
- 5) Monitoring jumlah ketidakhadiran siswa sekolah.

- 6) Pelaporan temuan kasus penyakit menular yang ada di siswa sekolah.
- 7) Regimen pengobatan dasar harus diajarkan kepada klien atau anggota keluarga klien untuk meningkatkan keamanan klien dari segala bentuk infeksi.

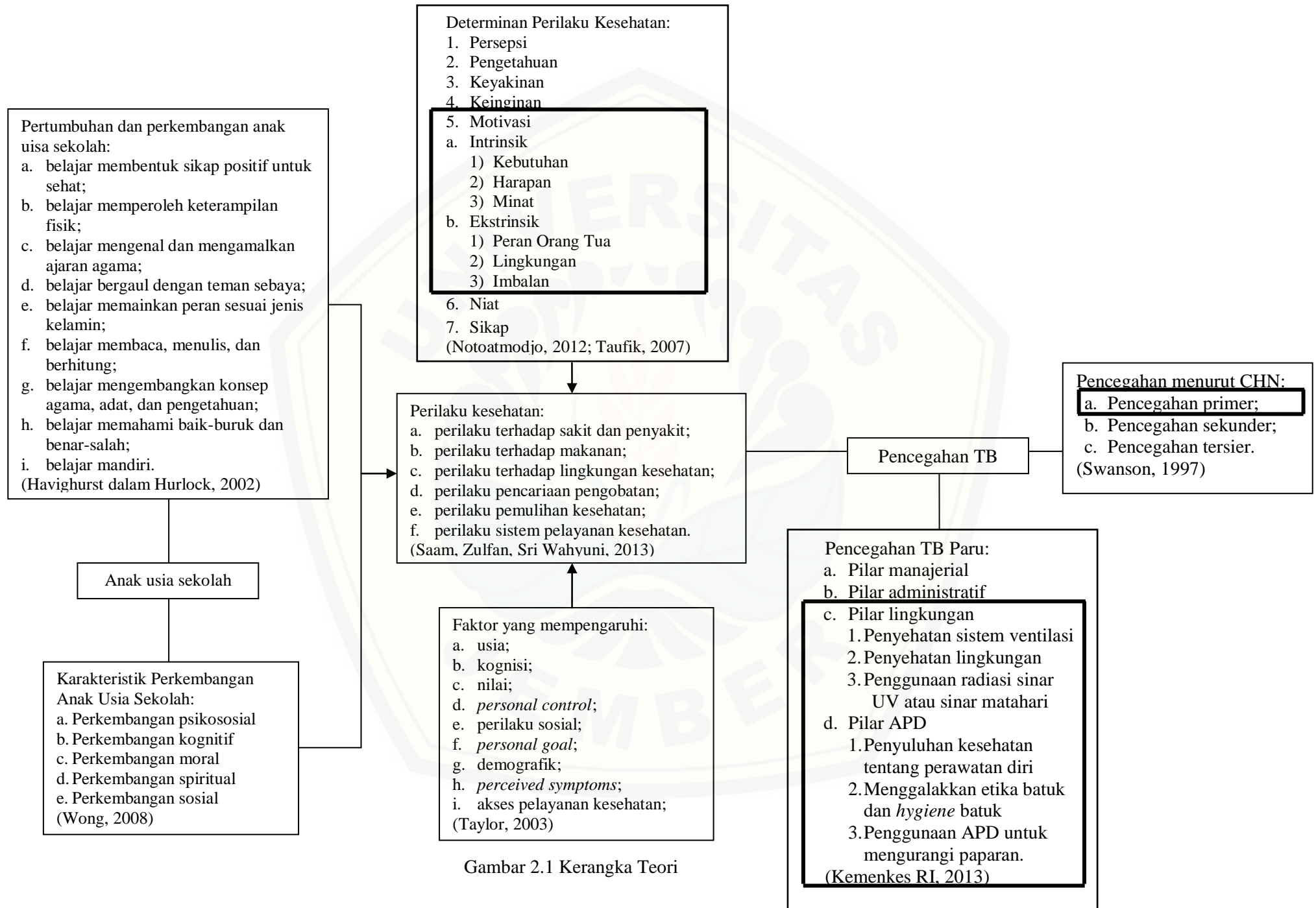
c. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier yang dapat dilakukan di lingkungan sekolah, antara lain.

- 1) Upaya pencegahan yang fokus kepada pemisahan individu yang terinfeksi agar tidak menularkan penyakitnya ke individu yang tidak terinfeksi.
- 2) Membuat kebijakan sekolah terkait dengan pemberian pengobatan dan *student safety* di lingkungan sekolah.
- 3) Menggunakan UP (*Universal Precaution*) seperti masker.

2.7 Kerangka Teori

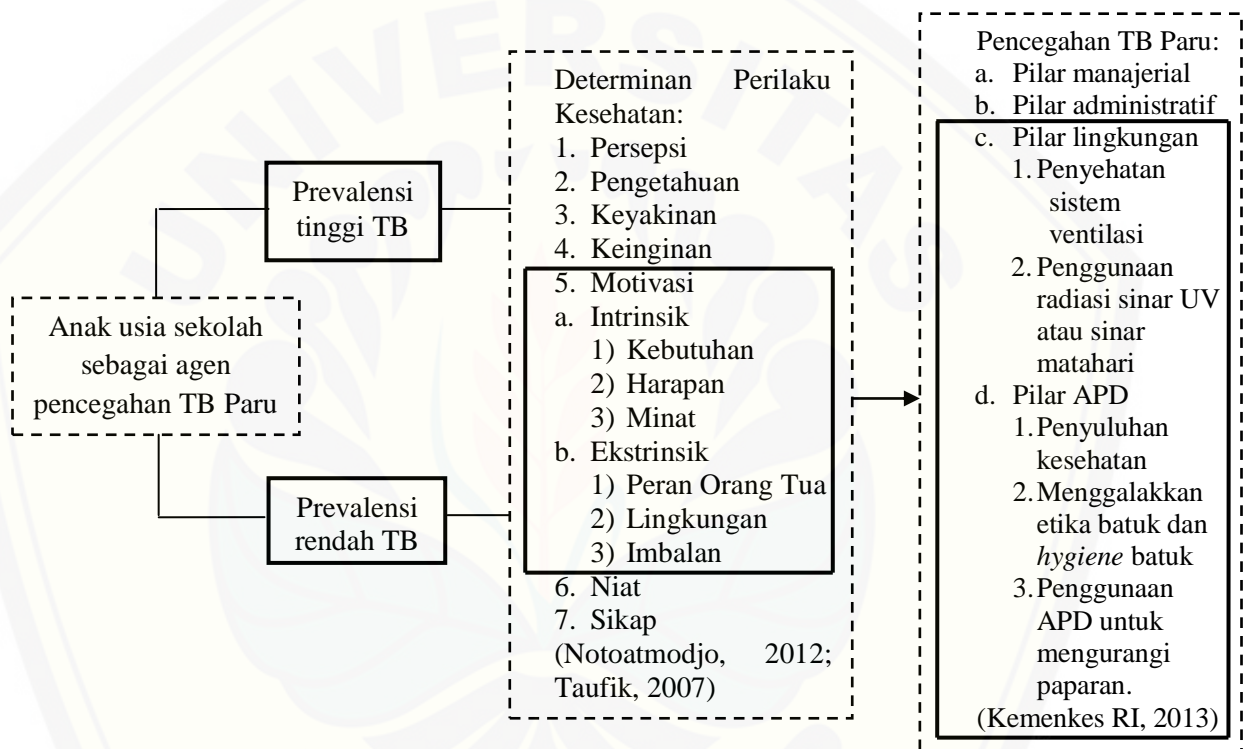
Berdasarkan beberapa penjelasan terkait dengan teori-teori yang sudah dijabarkan di atas, peneliti akan menjelaskan kembali teori-teori yang akan digunakan dalam penelitian ini. Penjelasan tersebut akan dijelaskan dalam bentuk gambar kerangka teori seperti pada gambar 2.1 berikut.



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan

= diteliti

= tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesa Penelitian

Pengambilan keputusan dari hasil analisis data pada penelitian ini menggunakan H_a sebagai hipotesis penelitian. H_a yang diambil mempunyai arti bahwa ada perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah TB Kabupaten Jember.



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode analitik studi komparatif dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Penelitian komparatif adalah penelitian yang ingin membandingkan dua atau lebih kelompok tentang satu variabel tertentu (Swarjana, 2012). Rancangan *cross sectional* merupakan rancangan penelitian di mana pengumpulan data dilakukan dalam satu kali waktu atau satu periode tertentu dan tidak ada *follow up*. Rancangan ini dapat dilakukan untuk membandingkan besarnya resiko kelompok yang terpajan oleh faktor penyebab terjadinya penyakit dengan kelompok yang tidak terpajan yang mana hasilnya dapat digunakan untuk menyusun perencanaan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat (Budiarto, 2003). Keuntungan dari desain penelitian *cross sectional* ini adalah tidak terancam *loss to follow up (drop out)*, relatif mudah, murah dan hasilnya dapat dengan cepat diperoleh (Setiadi, 2007).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang akan diteliti (Notoadmojo, 2012a). Populasi pada penelitian adalah kelompok masyarakat yang memiliki ciri tertentu (Budiarto, 2003). Gulo (2000) mengatakan populasi ialah keseluruhan satuan analisis yang merupakan sasaran suatu penelitian. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah siswa usia 6-12 tahun di SD yang terletak di SDN Gebang 03 Jember sebagai wakil dari daerah prevalensi tinggi TB paru sebanyak 375 siswa dan di SDN Kranjingan 01 Jember sebagai wakil dari daerah prevalensi rendah TB paru sebanyak 232 siswa. Populasi diambil berdasarkan biodata siswa yang berusia 6-12 tahun pada saat penelitian berlangsung.

4.2.2 Sampel Penelitian

Gulo (2000) mengatakan bahwa sampel ialah himpunan bagian dari suatu populasi yang mampu memberikan gambaran yang benar tentang populasi. Notoatmodjo (2012) mengatakan bahwa objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi dapat disebut sampel penelitian. Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008).

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus Lameshow

(Notoatmodjo, 2012) yaitu:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1-p) \times N}{[d^2 \times (N-1)] + [Z^2_{1-\alpha/2} \times p \times (1-p)]}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel minimal

$Z^2_{1-\alpha/2}$ = harga normal baku sesuai dengan luas area di awah kurva sebesar 1,96
(untuk $\alpha = 0,05$)

p = proporsi kasus yang diteliti dalam populasi

N = jumlah populasi

d = presisi yang diinginkan

Berdasarkan rumus di atas, sampel minimal yang didapatkan di SDN

Gebang 03 Jember dengan total populasi sebanyak 375 siswa, yaitu:

$$n = \frac{1,96 \times 0,5 \times 0,5 \times 375}{[(0,05)^2 \times (375-1)] + [1,96 \times 0,5 \times 0,5]} = 128,9 \text{ dibulatkan menjadi } 129 \text{ responden}$$

Jumlah sampel penelitian minimal yang didapatkan di SDN Kranjangan 01 Jember dengan total populasi 232 siswa, yaitu:

$$n = \frac{1,96 \times 0,5 \times 0,5 \times 232}{[(0,05)^2 \times (232-1)] + [1,96 \times 0,5 \times 0,5]} = 106,5 \text{ dibulatkan menjadi } 107 \text{ responden}$$

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel adalah cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2008). Teknik pengambilan sampel penelitian pada penelitian ini menggunakan teknik *probability sampling* yakni dengan pendekatan *multistage random sampling*. *Multistage random sampling* yaitu pengambilan sampel penelitian yang dilakukan secara acak bertingkat (Gulo, 2000).

Proses pengambilan sampel pada penelitian ini dilaksanakan sebagai berikut.

- a. Memilih secara random sampel dari masing-masing kelas yang akan digunakan sebagai lokasi penelitian.
- b. Memilih sampel secara proporsional dari masing-masing kelas dengan menggunakan rumus:

$$n_1 = \frac{N_1 \times n}{N}$$

Keterangan:

n_1 = jumlah sampel tiap kelas

N_1 = jumlah populasi di kelas

N = jumlah populasi

n = jumlah sampel minimal

Besar sampel di setiap kelas jika mengacu pada pertimbangan tersebut, yaitu:

Tabel 4.1 Besar Sampel di Setiap Angkatan di SDN 03 Gebang Jember

Kelas	Jumlah siswa	Besar sampel tiap angkatan
I	75	$75/375 \times 129 = 26$
II	58	$58/375 \times 129 = 20$
III	67	$67/375 \times 129 = 23$
IV	62	$62/375 \times 129 = 21$
V	53	$53/375 \times 129 = 18$
VI	60	$60/375 \times 129 = 21$
Jumlah	375	129

Tabel 4.2 Besar Sampel di Setiap Kelas I di SDN 03 Gebang Jember

Kelas	Jumlah siswa	Besar sampel tiap kelas
I A	38	$38/75 \times 26 = 13$
I B	37	$37/75 \times 26 = 13$
Jumlah	75	26

Tabel 4.3 Besar Sampel di Setiap Kelas II di SDN 03 Gebang Jember

Kelas	Jumlah siswa	Besar sampel tiap kelas
II A	29	$29/58 \times 20 = 10$
II B	29	$29/58 \times 20 = 10$
Jumlah	58	20

Tabel 4.4 Besar Sampel di Setiap Kelas III di SDN 03 Gebang Jember

Kelas	Jumlah siswa	Besar sampel tiap kelas
III A	34	$34/67 \times 23 = 12$
III B	33	$33/67 \times 23 = 11$
Jumlah	67	23

Tabel 4.5 Besar Sampel di Setiap Kelas IV di SDN 03 Gebang Jember

Kelas	Jumlah siswa	Besar sampel tiap kelas
IV A	32	$32/62 \times 21 = 11$
IV B	30	$30/62 \times 21 = 10$
Jumlah	62	21

Tabel 4.6 Besar Sampel di Setiap Kelas V di SDN 03 Gebang Jember

Kelas	Jumlah siswa	Besar sampel tiap kelas
V A	27	$27/53 \times 18 = 9$
V B	26	$26/53 \times 18 = 9$
Jumlah	53	18

Tabel 4.7 Besar Sampel di Setiap Kelas VI di SDN 03 Gebang Jember

Kelas	Jumlah siswa	Besar sampel tiap kelas
VI A	29	$29/53 \times 21 = 11$
VI B	31	$31/53 \times 21 = 10$
Jumlah	60	21

Tabel 4.8 Besar Sampel di Setiap Kelas di SDN Kranjangan 01 Jember

Kelas	Jumlah siswa	Besar sampel tiap kelas
I	35	$35/232 \times 107 = 16$
II	37	$37/232 \times 107 = 17$
III	39	$39/232 \times 107 = 18$
IV	38	$38/232 \times 107 = 18$
V	43	$43/232 \times 107 = 20$
VI	40	$40/232 \times 107 = 18$
Jumlah	232	107

Peneliti menggunakan sistem undian dalam memilih sampel di dalam kelas. Undian dilakukan di SDN Gebang 03 Jember dan SDN Kranjingan 01 Jember. Jumlah undian disesuaikan dengan jumlah siswa yang berisi nomor absen siswa yang ada di masing-masing kelas. Undian dikocok dan diambil sesuai dengan jumlah sampel yang diinginkan di tiap kelas di masing-masing SD.

4.2.4 Kriteria Subyek Penelitian

Kriteria subyek penelitian harus ditentukan sebelum pengambilan sampel agar karakteristik sampel tidak menyimpang dari populasinya. Kriteria subyek penelitian terdiri atas kriteria inklusi dan kriteria eksklusif. Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. Kriteria eksklusif adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2012a).

Subyek penelitian ini adalah siswa atau siswi yang berasal dari SDN Gebang 03 Jember dan SDN Kranjingan 01 Jember yang memiliki kriteria sebagai berikut.

- a. Siswa/siswi yang berusia 6-12 tahun pada saat dilakukan penelitian.
- b. Siswa/siswi yang bisa membaca.
- c. Siswa/siswi yang dalam kondisi kesehatan baik.
- d. Siswa/siswi yang bersedia menjadi responden penelitian.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini antara lain.

- a. Siswa/siswi yang tidak masuk sekolah.
- b. Siswa/siswi yang pernah menjadi responden pada saat studi pendahuluan.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di SDN Gebang 03 Jember yang mewakili daerah prevalensi tinggi TB paru di Kabupaten Jember. SD tersebut terletak di salah satu kelurahan yang menurut hasil studi pendahuluan memiliki jumlah klien TB paru yang banyak di tingkat kecamatan. Pemandangan dari kelompok tersebut menggunakan SDN Kranjingan 01 Jember yang mewakili daerah prevalensi rendah TB paru di Kabupaten Jember. SD tersebut terletak di salah satu kelurahan yang menurut hasil studi pendahuluan memiliki jumlah klien TB paru yang paling sedikit di tingkat kecamatan.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu yang dibutuhkan peneliti untuk melakukan penelitian yang berjudul perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah TB dimulai dari bulan September 2015 sampai bulan Juni 2016. Waktu penelitian tersebut terhitung mulai dari pembuatan proposal hingga penyusunan laporan dan publikasi penelitian.

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.9 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi	Indikator	Alat ukur	Skala	Hasil
1.	Motivasi dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi tinggi	Suatu dorongan yang berasal dari individu yang mampu mengubah perilaku untuk memutus rantai penularan penyakit TB paru yang berada di wilayah yang memiliki kasus lama dan kasus baru TB paru tinggi.	a. Faktor intrinsik yaitu kebutuhan, harapan, dan minat b. Faktor ekstrinsik yaitu peran orang tua, lingkungan, dan imbalan	Kuesioner dengan skala Guttman dibuat sendiri oleh peneliti dan lembar observasi kejadian TB Paru di prevalensi tinggi	Ordinal	Data yang sudah dikumpul dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> berdasarkan pada nilai tengah yakni sebesar 19 karena setelah dilakukan uji normalitas, diketahui bahwa data tidak terdistribusi normal. Hasil dari penentuan <i>cut of point</i> kemudian dikategorikan menjadi: a. Motivasi Tinggi ≥ 19 b. Motivasi Rendah < 19
2.	Motivasi dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi rendah	Suatu dorongan yang berasal dari individu yang mampu mengubah perilaku untuk memutus rantai penularan penyakit TB paru yang berada di wilayah yang memiliki kasus lama dan kasus baru TB paru rendah.	a. Faktor intrinsik yaitu kebutuhan, harapan, dan minat b. Faktor ekstrinsik yaitu peran orang tua, lingkungan, dan imbalan	Kuesioner dengan skala Guttman dibuat sendiri oleh peneliti dan lembar observasi kejadian TB Paru di prevalensi rendah	Ordinal	Data yang sudah dikumpul dikategorikan menggunakan <i>cut of point</i> berdasarkan pada nilai tengah yakni sebesar 19 karena setelah dilakukan uji normalitas, diketahui bahwa data tidak terdistribusi normal. Hasil dari penentuan <i>cut of point</i> kemudian dikategorikan menjadi: a. Motivasi Tinggi ≥ 19 b. Motivasi Rendah < 19

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Data yang di dapatkan dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 yakni data primer dan data sekunder.

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh peneliti berdasarkan hasil penghitungan, pengamatan, survei dan lain-lain secara langsung dilapangan dengan menggunakan alat bantu kuesioner dan lembar observasi yang telah dipersiapkan oleh peneliti (Setiadi, 2007). Data primer dalam penelitian ini berasal dari kuesioner yang diisi oleh responden tentang motivasi pencegahan TB paru dan pencegahan TB paru.

b. Data sekunder

Data sekunder yaitu pengumpulan data yang didapatkan dari orang lain (Setiadi, 2007). Data sekunder dalam penelitian ini adalah jumlah siswa yang ada di SDN Gebang 03 Jember yang berada di wilayah kerja Puskesmas Patrang dan di SDN Kranjangan 01 Jember yang berada wilayah kerja Puskesmas Gladak Pakem yang didapatkan melalui Dinas Pendidikan Kabupaten Jember.

4.6.2 Teknik Pengambilan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Setiadi, 2007). Teknik pengumpulan data sangat diperlukan untuk mengetahui persebaran data dan cara memperoleh data tersebut dari subyek penelitian. Motivasi anak usia sekolah di daerah prevalensi tinggi TB paru dan daerah prevalensi rendah TB paru diukur dengan menggunakan kuesioner. Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut.

- a. Peneliti melakukan perijinan ke instansi terkait yakni SDN Gebang 03 Jember dan SDN Kranjangan 01 Jember sehubungan dengan kegiatan pengambilan data tentang motivasi anak usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi tinggi dan daerah prevalensi rendah TB paru di Kabupaten Jember.
- b. Perhitungan sampel penelitian menggunakan teknik *multistage random sampling* dengan sistem undian nomor absen kelas.
- c. Peneliti memberikan *informed consent* kepada guru wali kelas responden untuk mendapat persetujuan bahwa siswa yang berada di bawah bimbingannya diijinkan untuk menjadi responden dalam penelitian ini.
- d. Peneliti memberikan *informed consent* kepada responden untuk mendapat persetujuan dari responden yang telah dipilih bahwa responden bersedia menjadi responden penelitian dan akan mengikuti penelitian yang dilakukan hingga akhir

dengan didampingi oleh guru wali kelas selama proses pengisian *informed consent*.

- e. Peneliti melakukan pengambilan data melalui pengisian kuesioner yang telah dibagikan oleh responden yang bersedia menjadi responden dan telah mengisi *informed consent*.
- f. Pengisian kuesioner di dampingi oleh wali kelas untuk meminimalkan kejadian yang dapat menimbulkan bias dalam penelitian ini seperti memberitahukan jawaban kuesioner kepada teman yang lain.
- g. Peneliti mengklarifikasi pertanyaan yang tidak dimengerti oleh responden.
- h. Peneliti memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner pada saat responden mengumpulkan hasil pengisian kuesioner yang nantinya akan dikembalikan kepada responden apabila pengisiannya kurang lengkap dan diberi pendampingan dalam proses pengerjaannya.
- i. Meminta surat telah melakukan penelitian di masing-masing SD.
- j. Peneliti melakukan pengolahan dan analisis data yang diperoleh selama penelitian dengan menggunakan uji *Mann Whitney*.

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner. Pengisian kuesioner yang dilakukan bertujuan untuk mengukur motivasi anak usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru. Penilaian kuesioner tentang motivasi anak usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru menggunakan tipe benar-salah. Nilai 1 diberikan bila responden memilih jawaban yang benar dan nilai 0 akan diberikan bila responden memilih jawaban yang salah. Kuesioner dalam penelitian ini berisi tentang motivasi pencegahan TB paru.

Tabel 4.10 *Blue Print* Kuesioner Motivasi Pencegahan TB Paru Paru Sebelum Uji Validitas dan Reliabilitas

Variabel	Indikator	Jumlah Butir Pertanyaan		Jumlah Butir
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
Motivasi Pencegahan TB Paru	A. Faktor intrinsik			
	1. Kebutuhan	2,4,5	1,3	5
	2. Harapan	6,7,8,9	10	5
	3. Minat	11,14,15	12,13	5
	B. Faktor ekstrinsik			
	1. Peran orangtua	16,17,19	18,20	5
	2. Lingkungan	22,24	21,23,25	5
	3. Imbalan	29	26,27,28,30	5
Total		16	14	30

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuesioner yang telah dibuat dalam penelitian belum tentu dapat langsung digunakan untuk mengumpulkan data, sehingga perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner yang telah dibuat. Responden untuk uji validitas dan

reliabilitas sebaiknya memiliki ciri-ciri responden dari tempat penelitian dilaksanakan (Notoatmodjo, 2012).

a. Uji Validitas

Uji validitas menyatakan apa yang harus diukur menurut situasi dan kondisi. Instrumen dikatakan valid apabila instrumen tersebut benar-benar dapat dijadikan sebagai alat untuk mengukur apa yang harus diukur (Setiadi, 2007). Uji validitas dalam penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Sumbersari dengan SDN Karangrejo 03 Jember sebagai wakil dari daerah prevalensi tinggi dan wilayah kerja Puskesmas Andongsari dengan SDN Andongsari 04 Jember sebagai wakil dari daerah prevalensi rendah. Uji validitas dilakukan pada hari Kamis tanggal 31 Maret 2016 pukul 08.45 WIB di SDN Andongsari 04 Jember dan hari Sabtu tanggal 2 April 2016 pukul 09.15 WIB di SDN Karangrejo 03 Jember dengan jumlah responden sebanyak 20 orang yang terdiri atas 10 orang perwakilan dari masing-masing SD yang dijadikan lokasi uji validitas. Uji validitas di kedua SD dilakukan menggunakan teknik *Pearson Product Moment* (r) dengan taraf signifikansinya sebesar 5%. Suatu instrumen dikatakan valid jika r hitung $>$ r tabel. Besar r tabel dengan 20 responden adalah sebesar 0,444. Pertanyaan dianggap valid jika r hitung $>$ 0,444. Pertanyaan yang tercantum di dalam kuesioner sebelum uji validitas sejumlah 30 butir pertanyaan.

Hasil yang diperoleh setelah uji validitas adalah sejumlah 24 pertanyaan dinyatakan valid dengan r hitung $> 0,444$ yakni berada pada rentang 0,461 hingga 0,744 dan 6 pertanyaan dinyatakan tidak valid dengan r hitung $< 0,444$. Pertanyaan yang digunakan peneliti sebagai kuesioner motivasi pencegahan TB paru ada sejumlah 24 butir pertanyaan. Pengkategorian hasil akhir berdasarkan *cut of point* menggunakan nilai tengah yakni 19. Adapun sebaran pertanyaan setelah uji validitas dapat dilihat pada tabel 4.11 berikut.

Tabel 4.11 Perbedaan *Blue Print* Kuesioner Motivasi Pencegahan TB Paru Sebelum dan Sesudah Uji Validitas

Variabel	Indikator	Sebelum		Total	Sesudah		Total
		<i>Fav*</i>	<i>Unfav**</i>		<i>Fav*</i>	<i>Unfav**</i>	
Motivasi Pencegahan TB Paru	A. Faktor intrinsik						
	1. Kebutuhan	2,4,5	1,3	5	2,4,5	1,3	5
	2. Harapan	6,7,8,9	10	5	6,7	8,10	4
	3. Minat	11,14,15	12,13	5	11,15	12,13	4
	B. Faktor ekstrinsik						
	1. Peran orangtua	16,17,19	18,20	5	16,19	18,20	4
	2. Lingkungan	22,24	21,23,25	5	24	25	2
	3. Imbalan	29	26,27,28, 30	5	29	26,27,28, 30	5
	Total		16	14	30	11	13

Keterangan :

* : *Favourable*

** : *Unfavourable*

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas merupakan hasil pengukuran yang mengacu pada kemampuan instrumen dalam mendapatkan hasil yang konsisten saat digunakan pada waktu yang berbeda. Instrumen dikatakan reliabel apabila instrumen tersebut dapat melakukan apa yang seharusnya dilakukan dengan cara yang sama (Dempsey,

2002). Item instrumen penelitian yang valid dilanjutkan dengan uji reliabilitas dengan rumus *alpha cronbach* yaitu membandingkan nilai hasil r hasil (*alpha*) dengan nilai r tabel. Ketentuan reliabel apabila nilai *alpha* lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007). Hasil yang diperoleh setelah uji validitas dan reliabilitas adalah sebanyak 24 butir pertanyaan di dalam kuesioner dinyatakan valid dengan nilai *alpha* yakni 0,919.

c. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui apakah distribusi sebuah data mendekati distribusi normal. Pendistribusian data dapat diketahui dengan melihat grafik histogram. Distribusi data dikatakan normal apabila bentuknya menyerupai dengan bentuk lonceng (*bell shaped*) (Santoso, 2010). Metode yang lain yang dapat digunakan untuk uji normalitas data adalah dengan menghitung rasio *skewness* (*Z-Skewness*), yaitu dengan membagi nilai *skewness* dengan nilai *standard error skewness*. Sebuah data dapat dikatakan terdistribusi normal apabila nilai rasionya berada di antara nilai -2 sampai dengan +2. Uji normalitas dilakukan untuk menentukan pengkategorian dalam *of point*. Hasil uji normalitas dengan menggunakan *Skewness* yang diperoleh dari penelitian ini adalah sebaran skor akhir kuesioner tentang motivasi siswa dalam pencegahan TB Paru di daerah prevalensi rendah memiliki *Z-Skewness* -5,28 dan sebaran skor akhir kuesioner tentang motivasi siswa dalam pencegahan TB Paru di daerah prevalensi tinggi memiliki *Z-Skewness* -2,88 Hal ini menunjukkan *Z-Skewness* yang kurang dari -2

yang menggambarkan data tidak terdistribusi normal sehingga pengkategorian *cut of point* didasarkan pada nilai tengah atau median yaitu 19.

4.7 Pengolahan dan Analisa Data

4.7.1 Editing

Editing akan dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner. Pemeriksaan ini dapat berupa kelengkapan jawaban dan kebenaran penghitungan skor.

4.7.2 Coding

Coding merupakan pemberian tanda atau mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam kategori tertentu oleh peneliti (Setiadi, 2007). Peneliti akan memberi kode pada setiap responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Pemberian kode pada penelitian ini terdiri atas:

a. Jawaban *favourable*

1) Ya = 1

2) Tidak = 0

b. Jawaban *unfavourable*

1) Ya = 0

2) Tidak = 1

c. Daerah prevalensi

1) Prevalensi tinggi = 0

2) Prevalensi rendah = 1

d. Motivasi pencegahan TB paru

1) Tinggi = 1

2) Rendah = 0

4.7.3 *Entry*

Proses memasukkan data dari masing-masing responden ke dalam program atau *software* yang ada di komputer ataupun memasukkan data secara manual (Setiadi, 2007). Peneliti menggunakan program di komputer untuk melakukan pengolahan data. Data yang dimasukkan dalam program komputer yang berupa data karakteristik responden yang telah di-*coding* sebelumnya dan data hasil penilaian motivasi pencegahan TB paru yang terdapat dalam hasil pengisian kuesioner.

4.7.4 *Cleaning*

Cleaning merupakan kegiatan memeriksa kembali data yang telah dimasukkan untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode dan ketidaklengkapan, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi (Notoatmodjo, 2012a). Peneliti memeriksa kembali data yang telah dimasukkan dari kemungkinan

data yang belum di *entry*. Kegiatan *cleaning* yang dilakukan peneliti yaitu dengan melakukan pengecekan terhadap data yang telah di-*entry* pada program komputer.

4.7.5 Analisa Data

Analisa data dilakukan setelah kegiatan pengolahan data. Analisa data dilakukan sebagai bahan untuk mengambil keputusan terhadap suatu permasalahan (Setiadi, 2007). Analisa yang digunakan dalam penelitian ini meliputi analisa univariat dan analisa bivariat.

a. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012a). Cara analisis ini dengan mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi. Analisa univariat ini terdiri dari karakteristik responden pada anak usia 6-12 tahun yang berada di daerah prevalensi tinggi TB dan prevalensi rendah TB yakni meliputi umur dan jenis kelamin.

b. Uji Normalitas

Sebaran motivasi siswa dalam pencegahan TB Paru di daerah prevalensi rendah memiliki *Z-Skewness* -3 dan sebaran motivasi siswa dalam pencegahan TB Paru di daerah prevalensi tinggi memiliki *Z-Skewness* -1,11. Hal tersebut menunjukkan bahwa distribusi data motivasi siswa dalam pencegahan TB Paru di

daerah prevalensi rendah tidak terdistribusi normal dan data motivasi siswa dalam pencegahan TB Paru di daerah prevalensi rendah terdistribusi normal. Distribusi data yang diperoleh melalui uji normalitas dalam penelitian ini menyatakan bahwa data tidak terdistribusi normal sehingga uji yang digunakan adalah uji non parametrik (Sujarweni, 2015). Uji yang digunakan untuk menguji hipotesis komparatif dua kelompok tidak berpasangan yang memiliki distribusi data tidak normal dan datanya berbentuk ordinal adalah uji *Mann-Whitney* (Sugiyono, 2011).

c. Analisa Bivariat

Data lokasi responden merupakan jenis data ordinal dan data motivasi pencegahan TB paru merupakan jenis data ordinal sehingga uji yang sesuai dengan data ordinal adalah uji *Mann Whitney* dengan tingkat kesalahan 0,05. Pengambilan keputusan uji *Mann Whitney* diinterpretasikan sebagai berikut.

- 1) Jika $p \text{ value} > \text{nilai } \alpha$, maka H_a ditolak artinya tidak terdapat perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah TB di Kabupaten Jember;
- 2) Jika $p \text{ value} < \text{nilai } \alpha$, maka H_a diterima artinya terdapat perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah TB di Kabupaten Jember.

4.8 Etika Penelitian

Segala bentuk penelitian yang ada kaitannya dengan manusia sebagai obyek penelitian harus mempertimbangkan etika. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti seringkali memiliki masalah etik sehingga diperlukan suatu etika penelitian (Potter & Perry, 2005).

4.8.1 *Informed Consent*

Informed consent merupakan lembar persetujuan atau pernyataan kesediaan bagi responden untuk ikut serta ke dalam penelitian (Potter & Perry, 2005). Responden mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan dan diberikan hak untuk bersedia dan hak untuk tidak bersedia ikut serta ke dalam penelitian melalui *informed consent*. *Informed consent* diberikan dua kali, yaitu kepada wali kelas dan kepada responden itu sendiri sebelum dilakukannya pengisian kuesioner.

4.8.2 Kerahasiaan

Kerahasiaan menjamin bahwa peneliti akan menjaga semua catatan tertutup dan bahwa hanya orang-orang yang terlibat dalam penelitian yang dapat mempergunakannya (Wood & Brink, 1998). Kerahasiaan identitas responden dijamin dengan hanya mencantumkan kode responden dalam kuesioner. Data dan informasi

yang telah diperoleh di dalam penelitian ini hanya dituliskan pada laporan hasil penelitian. Data dan hasil yang diperoleh peneliti hanya diketahui oleh peneliti dan pembimbing. Peneliti memberikan data dan hasil penelitian ini untuk pertanggungjawaban penelitian.

4.8.3 Keadilan

Responden atau subjek penelitian harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama, dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian (Nursalam, 2008). Peneliti memberlakukan asas keadilan untuk semua responden dalam penelitian ini dengan cara sama-sama memberikan informasi terkait dengan pencegahan TB Paru.

4.8.4 Kemanfaatan

Sebuah penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek penelitian sehingga subjek penelitian dapat terhindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Peneliti harus hati-hati dalam mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek penelitian pada setiap tindakan yang akan dilakukan (Nursalam, 2008). Manfaat yang diterima oleh responden dalam penelitian ini adalah pengetahuan tentang cara pencegahan TB Paru yang dapat dilakukan oleh responden di sekolah dan di rumah.

BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan tentang kesimpulan dan saran mengenai perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam upaya pencegahan Tuberkulosis Paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah di Kabupaten Jember. Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai dengan pembahasan hasil penelitian maka dapat ditarik kesimpulan dan saran dari penelitian ini sebagai berikut.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan penjelasan dari hasil dan pembahasan tentang perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam upaya pencegahan Tuberkulosis Paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah di Kabupaten Jember, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

- a. Karakteristik responden di kedua lokasi penelitian memiliki rata-rata usia 9 tahun ke atas dan sebagian besar berjenis kelamin perempuan.
- b. Tingkat motivasi pencegahan TB Paru pada kelompok siswa yang ada di daerah prevalensi tinggi tergolong dalam kategori motivasi tinggi.
- c. Tingkat motivasi pencegahan TB Paru pada kelompok siswa yang ada di daerah prevalensi rendah tergolong dalam kategori motivasi tinggi.

- d. Ada perbedaan yang signifikan terkait dengan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam pencegahan TB Paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah TB di Kabupaten Jember.

6.2 Saran

Berdasarkan penjelasan dari hasil dan pembahasan tentang perbedaan motivasi siswa usia 6-12 tahun dalam upaya pencegahan Tuberkulosis Paru di daerah prevalensi tinggi dan prevalensi rendah di Kabupaten Jember, maka peneliti dapat memberikan saran sebagai berikut.

6.2.1 Bagi Peneliti

- a. Memberikan intervensi yang tentang kesehatan yang mengarah pada motivasi pembentuk perilaku dalam pencegahan penyakit yang dapat dilakukan oleh anak sekolah.
- b. Mengidentifikasi faktor lain yang dapat mempengaruhi motivasi anak dalam pencegahan penyakit menular.
- c. Jika jumlah responden banyak, ada baiknya peneliti melibatkan pihak lain seperti guru wali kelas untuk melakukan pendampingan selama proses pengisian kuesioner agar tidak ada pernyataan di dalam kuesioner yang terlewatkan untuk diisi.

6.2.2 Bagi Sekolah

- a. Mengagendakan kegiatan senam setiap hari Sabtu pagi sebelum kegiatan belajar mengajar dimulai selama 25 menit.
- b. Membangun motivasi perilaku hidup sehat dengan menyisipkan materi terkait dengan konsep dasar pencegahan penyakit menular meliputi kebiasaan hidup bersih dan sehat, kebiasaan konsumsi makanan yang sehat dan bergizi, kebiasaan mengkonsumsi buah dan sayur, cara penularan penyakit di dalam mata pelajaran Ilmu Pengetahuan Alam (IPA).

6.2.3 Bagi Tenaga Kesehatan

- a. Memberikan masukan kepada pihak puskesmas terkait untuk mengadakan program pemberian pendidikan kesehatan di sekolah yang terjadwal tentang kebiasaan hidup bersih dan sehat, kebiasaan konsumsi makanan yang sehat dan bergizi, kebiasaan mengkonsumsi buah dan sayur, sumber penularan penyakit TB Paru, dan cara penularan penyakit TB Paru.
- b. Memberikan masukan kepada tenaga kesehatan yang ada di puskesmas maupun di dinas kesehatan untuk memberikan pendidikan kesehatan pada anak sekolah untuk meningkatkan motivasi siswa yang berada di daerah tinggi TB dengan metode pembelajaran yang menyenangkan dan tidak membuat anak merasa takut sehingga anak lebih memahami informasi kesehatan dan dapat diterapkan pada kehidupan sehari-hari.

6.2.4 Bagi Anak

- a. Merubah perilaku anak ke arah perilaku hidup yang sehat yang lebih baik dalam upaya pencegahan Tuberkulosis Paru dengan cara membiasakan diri untuk senantiasa menutup mulut saat batuk, menghindari orang lain yang sedang batuk, serta mampu menghindari orang-orang yang sedang merokok.
- b. Mampu mendeteksi awal gejala TB Paru dengan cara tidak meremehkan gejala batuk apabila batuk sudah dialami selama 2 minggu.
- c. Mampu menerapkan pola hidup bersih dan sehat dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah makan serta mencuci tangan setelah bermain.
- d. Mampu mempertahankan status kesehatannya dengan cara melakukan pengobatan ke tenaga kesehatan apabila mengalami gejala seperti batuk \pm 2 minggu, demam \pm 2 minggu berturut-turut, berkeringat pada malam hari, dan gejala batuk berdarah.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, S. 2015. *Perkembangan Peserta Didik dan Bimbingan Belajar*. Yogyakarta: Deepublish. [Serial Online] <https://books.google.co.id> [12 Oktober 2015].
- Bastable, S. B. 2002. *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*. Jakarta: EGC.
- Brink, P. J. 1998. *Langkah Dasar dalam Perencanaan Riset Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Budiarto, E. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran: Sebuah Pengantar*. Jakarta: EGC.
- Candrawati, E. 2014. Ketersediaan Buah dan Sayur dalam Keluarga Sebagai Strategi Intervensi Peningkatan Konsumsi Buah dan Sayur Anak Usia Prasekolah. [Serial Online] <http://jurnal.unitri.ac.id/> [17 Mei 2016].
- CDC. 2012. *Basic TB Facts*. <http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/> [26 Januari 2016].
- CDC. 2012. *Principles of Epidemiology in Public Health Practice*. [Serial Online] <http://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/SS1978/SS1978.pdf> [12 Februari 2016].
- CDC. 2015. *Children: TB in Children in the United States*. <http://www.cdc.gov/tb/topic/populations/tbinchildren/default.htm> [26 Januari 2016].
- CSR Center Indonesia. 2015. *17 Goal Dokumen PBB tentang Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs)*. <http://csrcenterindonesia.com/374-2/> [26 Januari 2016].
- Dinkes Provinsi Jawa Timur. 2013. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012*. [Serial Online] http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROV_INSI_2012/15_Profil_Kes.Prov.JawaTimur_2012.pdf [31 Mei 2015].
- Deeprise, D. 2006. *Smart Things to Know About Motivation*. Jakarta: Elex Media.

- Dempsey, P. A. 2002. *Riset Keperawatan: Buku Ajar dan Latihan*. Jakarta: EGC.
- Djamarah. 2002. *Strategi Belajar Mengajar*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Djannah, S. N. 2009. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan Penularan TBC pada Mahasiswa di Asrama Manokwari Sleman Yogyakarta. [Serial *Online*] <http://journal.uad.ac.id/> [29 September 2015].
- Firdaus, N.A. 2013. Hubungan Konsep Diri dengan Motivasi Belajar. [Serial *Online*] <http://jurnal.akper17.ac.id/index.php/JK17/article/download/7/8> [14 Mei 2016].
- Fitriani, S. 2011. *Promosi Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- General Assembly. 2015. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. [Serial *Online*] http://www.un.org/pga/wp-content/uploads/sites/3/2015/08/120815_outcome-document-of-Summit-for-adoption-of-the-post-2015-development-agenda.pdf [26 Januari 2016].
- Gulo, W. 2000. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: PT. Grasindo
- Hamzah B. Uno. 2008. *Teori Motivasi Dan Pengukurannya Analisis Di Bidang Pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hastono, S.P. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hurlock, E.B. 2002. *Psikologi Perkembangan Ed. 5*. Jakarta: Erlangga.
- Kepmenkes RI Nomor 1611/MENKES/SK/XI/2005 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi. [Serial *Online*] <http://www.pdpersi.co.id/peraturan/kepmenkes/kmk16112005.pdf> [31 Oktober 2015].
- Kepmenkes RI Nomor 364/Menkes/SK/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB). [Serial *Online*] <http://www.hukor.depkes.go.id/> [31 Oktober 2015].
- Kemenkes RI. 2010. Riset Kesehatan Dasar 2010. [Serial *Online*] <http://www.litbang.depkes.go.id/> [31 Mei 2015].
- Kemenkes RI. 2011. Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia 2010-2014. [Serial *Online*] <http://www.searo.who.int/> [28 September 2015].

- Kemenkes RI. 2012. Laporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2011. [Serial *Online*] <http://www.depkes.go.id/> [31 Mei 2015].
- Kemenkes RI. 2013a. Petunjuk Teknis Manajemen TB Anak. [Serial *Online*] <http://www.depkes.go.id/> [31 Mei 2015].
- Kemenkes RI. 2013b. Riset Kesehatan Dasar 2013. [Serial *Online*] <http://www.depkes.go.id/> [31 Mei 2015].
- Kemenkes RI. 2014a. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013. [Serial *Online*] <http://www.depkes.go.id/> [26 Januari 2016].
- Kemenkes RI. 2014b. Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis. [Serial *Online*] <http://spiritia.or.id/dokumen/pedoman-tbnasional2014.pdf> [4 Februari 2016]
- Kenny, C. 2015. MDGs to SDGs: Have We Lost the Plot? [Serial *Online*] <http://www.cgdev.org/sites/default/files/CGD-Essay-Kenny-MDGs-SDGs-Have-Lost-Plot.pdf> [26 Januari 2016].
- Luthfi, A. 2012. *Tuberkulosis Nosokomial*. Jurnal Tuberkulosis Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2012a. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012b. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuryanti, L. 2008. *Psikologi Anak*. Jakarta: PT Indeks.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Ed. 2*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam, 2010. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik Ed. 4 Vol 1*. Jakarta: EGC.
- PPTI. 2012. Jurnal Tuberkulosis Indonesia Vol. 8. [Serial *Online*] <http://ppti.info/ArsipPPTI/PPTI-Jurnal-Maret-2012.pdf> [12 Oktober 2015].
- Pemerintah Kabupaten Jember. 2012. Kesehatan Kabupaten Jember. <http://www.jemberkab.go.id/program-prioritas/kesehatan/> [12 Februari 2016].

- Pratiwi, R. 2013. *Perbedaan Sikap Siswa Usia 6-12 Tahun dalam Pencegahan Tuberkulosis Paru Melalui Pemberian Pendidikan Kesehatan dengan Strategi Quiz Team di SDN Kasiyan Timur 01 Kecamatan Puger Kabupaten Jember*. Skripsi. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Saam, Z., Sri W. 2013. *Psikologi Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Santoso S. 2010. *Statistik Multivariat: Konsep dan Aplikasi dengan SPSS*. Jakarta: PT Gramedia.
- Sardiman. 2007. *Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Swardjana, I.K. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Siregar, A.F. 2015. Hubungan Kondisi Fisik Rumah dan Pekerjaan dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Desa Bandar Khalipah Kecamatan Perut Sei Tuan Tahun 2015. [Serial Online] <http://jurnal.usu.ac.id/> [14 Mei 2016].
- Smeltzer, S. C. & Brenda G. B. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner&Suddarth Ed. 8*. Jakarta: EGC.
- Sudiantara, K., *et al.* 2014. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Kasus TB Paru. [Serial Online] <http://poltekkes-denpasar.ac.id/> [29 September 2015].
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suharto. 2002. Perbedaan Motivasi Perempuan dan Laki-laki dalam Hal Kesehatan. [Serial Online] <http://ebookinga.com> [28 Mei 2016].
- Suharyo. 2013. Determinasi Penyakit Tuberkulosis di Daerah Pedesaan. [Serial Online] <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas> [31 Mei 2015].
- Supriyo. 2013. Pengaruh Perilaku dan Status Gizi terhadap Kejadian TB Paru di Kota Pekalongan. [Serial Online] <http://journal.unikal.ac.id/> [18 Mei 2016].
- Sujarweni, V.W. 2015. *SPSS untuk Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Swanson, J. M. 1997. *Community Health Nursing: Promoting The Health of Aggregates 2nd Ed.* United States: Saunders Company.
- Taufik, M. 2007. *Prinsip-prinsip Promosi Kesehatan dalam Bidang Keperawatan*. Jakarta: Infomedika.
- Taylor, S. E. 2003. *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Undang-Undang Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. [Serial Online] http://www.kemendppa.go.id/jdih/peraturan/UU_NO_36__2009.pdf [10 April 2015].
- WHO. 2013a. *Global Tuberculosis Report 2013*. Switzerland: WHO Press.
- WHO. 2013b. *Roadmap for Childhood Tuberculosis*. Switzerland: WHO Press.
- WHO. 2014a. *Global Tuberculosis Report 2013*. Switzerland: WHO Press.
- WHO. 2014b. *Guidance for National Tuberculosis Programmes on The Management of Tuberculosis in Children 2nd Ed.* Switzerland: WHO Press.
- WHO. 2015. *World Health Statistic 2015*. Switzerland: WHO Press.
- Winardi. J. 2007. *Motivasi dan Pemotivasian*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Wong, D. L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Ed. 6 Vol. 1*. Jakarta: EGC.
- Yulistyaningrum. 2010. Hubungan Riwayat Kontak Penderita Tuberkulosis Paru (TB) dengan Kejadian TB Paru Anak di balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4) Purwokerto. [Serial Online] <http://journal.uad.ac.id/> [18 Mei 2016]