

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP PENDERITA TB  
PARU DENGAN KEPATUHAN BEROBAT DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS PAKUSARI KABUPATEN JEMBER TAHUN 2006**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan  
Program Studi Kesehatan Masyarakat (S1) dan mencapai gelar  
Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Asal:	Hadiah	Klass
Terima Tol:	Pembelian	649.8
No. Induk	JUN 2007	RUS
Oleh: EYAH	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

**KUSTIN**  
**NIM 032110101033**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2007**



## PERSEMBAHAN

Syukur alhamdulillah atas segala karunia yang telah diberikan Allah SWT sehingga saya dapat menyelesaikan karya terbaik bagi saya. Skripsi ini saya persembahkan untuk;

1. Kedua orangtuaku Aang Tritatik dan Muntari yang telah memberiku doa, dorongan, semangat serta limpahan restu dan materi sehingga saya dapat menyelesaikan kewajiban dan tugas saya sebagai seorang putri, saya ingin menjadi terbaik untuk kalian.
2. Untuk kedua adikku tercinta M.Hariyanto dan M.Khoirul Nizam, jangan malas ya nanti biar menjadi orang yang berhasil dan sukses, aku ingin memberikan sesuatu yang berharga buat kalian.
3. Untuk Keluarga Besar di Bojonegoro Pakdhe Munir, Budhe Tyas, Sepupuku Adinda, Kakakku Mas Ali beserta Istri Mbak Pung, Mbah Kung dan Mbah Uti terima kasih atas semua doa, dukungan, semangat, dorongan serta semua yang telah kalian berikan untukku. *Thanks to all.*
4. Keluarga Besar di Situbondo Budhe Nurul, Pakde Fandi beserta sepupu-sepupuku Rani, Icha dan Nana serta mbak Iin beserta putra-putrinya Alsa dan Dafa, terima kasih atas tumpangannya setiap saya ke Situbondo..
5. *My Soulmate* “ Tommy Bohand Hariyono” *Thank to all* yang telah mas berikan padaku, terima kasih telah mengantarkanku kemana-mana. Terima kasih sudah membantu menyelesaikan skripsi ini, mas tetep semangat ya biar cepet selesai.  
*I love you so much.*
6. Untuk guru-guruku sejak SD sampai PT, terima kasih atas semua ilmu, nasehat dan bimbingan yang telah kalian berikan. Aku akan selalu mengenang semua itu.  
*Thank you so much to all.*
7. Untuk almamaterku tercinta Program Studi Kesehatan Masyarakat universitas Jember.



**MOTTO**

Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antara kamu dan orang-orang yang di beri ilmu pengetahuan beberapa derajat.

*(Terjemahan Surat Al-Mujadalah Ayat 11)*

Tuhan tidak akan mengubah nasib seseorang atau suatu kaum, kecuali dia sendiri yang berusaha mengubahnya.

*(Terjemahan Surat Arra'du Ayat 11).*

*all behavior is governed by rationality, all behavior is goal directed and constructed on the basis of calculating self interest*

*(Waters, 1994)*



## PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

**Nama : Kustin**

**NIM : 032110101033**

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul *“Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Penderita TB Paru dengan Kepatuhan Berobat di Wilayah Kerja Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember Tahun 2006”* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 25 Juni 2007

Yang menyatakan,



(KUSTIN)

NIM. 032110101033



**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Karya Tulis Ilmiah  
(SKRIPSI)**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Kesehatan Masyarakat (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

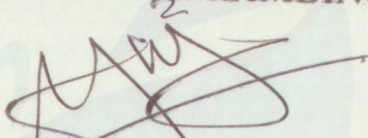
Oleh:  
**KUSTIN**  
NIM. 032110101033

Menyetujui;

DOSEN PEMBIMBING I

Elfian Zulkarnain, S.KM. M.Kes.  
NIP. 132 296 983

DOSEN PEMBIMBING II

  
Yunus Ariyanto, S.KM.  
NIP. 132 310 660

Mengetahui;

KEPALA BAGIAN PROMOSI KESEHATAN  
DAN ILMU PERILAKU

Novia Luthviatin, S.KM.  
NIP. 132 310 668

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2007**



**LEMBAR PERSETUJUAN**

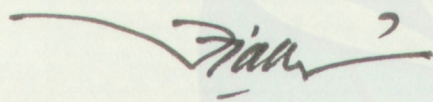
**Karya Tulis Ilmiah  
(SKRIPSI)**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Kesehatan Masyarakat (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Oleh:  
**KUSTIN**  
NIM. 032110101033

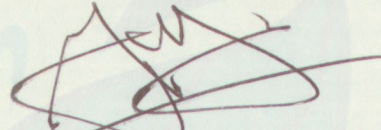
Menyetujui;

DOSEN PEMBIMBING I



Elfian Zulkarnain, S.KM. M.Kes.  
NIP. 132 296 983

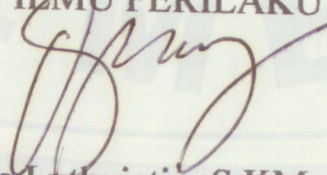
DOSEN PEMBIMBING II



Yunus Ariyanto, S.KM.  
NIP. 132 310 660

Mengetahui;

KEPALA BAGIAN PROMOSI KESEHATAN  
DAN ILMU PERILAKU



Novia Luthviatin, S.KM.  
NIP. 132 310 668

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER  
2007**



## PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi berjudul *Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Penderita TB Paru dengan Kepatuhan Berobat di Wilayah Kerja Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember Tahun 2006* telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

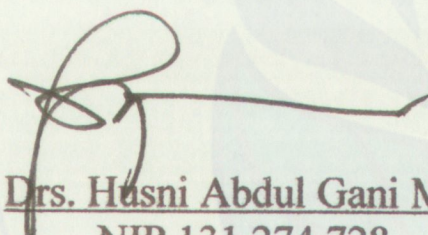
Hari : Senin

Tanggal : 25 Juni 2007

Tempat : Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

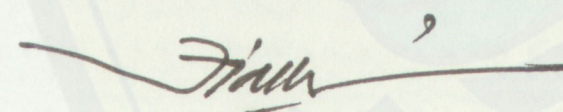
### TIM PENGUJI

Ketua



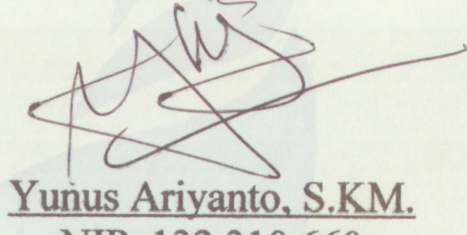
Drs. Husni Abdul Gani M.S.  
NIP 131 274 728

Anggota I



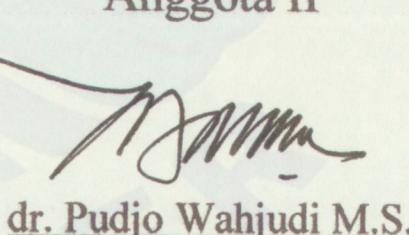
Elfian Zulkarnain, S.K.M. M.Kes.  
NIP. 132 296 983

Sekretaris



Yunus Ariyanto, S.K.M.  
NIP. 132 310 660

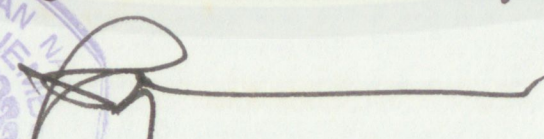
Anggota II



dr. Pudjo Wahjudi M.S.  
140 106 355

Mengesahkan;

Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat



Drs. Husni Abdul Gani M.S.  
NIP 131 274 728



**ABSTRACT**

*Tuberculosis is still being a health problem in Indonesia. The effort to overcome tuberculosis problem is done by DOTS Strategy (Directly Observed Treatment Short course Chemotherapy) that is consists of five components : Government political commitment to overcome tuberculosis seriously, Diagnosis of tuberculosis disease through the microscopic examination of cough, tuberculosis treatment using the combination of short term anti-tuberculosis treatment medicine with the short-term anti-tuberculosis medicine consistently and the note-taking and reportage of tuberculosis sufferers as standard. The purpose of the research is to know the relation between the tuberculosis patients knowledge and attitude with the compliance of them to take medicine at Pakusari Health Center working area, Jember City. This research has analytical exploratory characteristic with the cross-sectional approach. The population of the research was the whole of tuberculosis patients who were end their medical treatment/medicine treatment by December 2006. The sample of the research was taken using total sampling technique that sum 47 sample. Data collection method was done using questionnaire. Data that had taken was examined and analyzed. To find out the relation between variables, the analysis technique is chi square statistical test using 2x2 table with 95% ( $\alpha = 0,05$ ) confident interval. The result of the statistical test showed that there was no significant relation between tuberculosis sufferers' attitude and their compliance to take medicine. From the research results, it is suggested to the related department to increase the frequency of more counseling directly or indirectly through media such as television, leaflet, poster in order to increase the sufferers attitude and their compliance to take medicine.*

**Key Words** : Knowledge, Attitude, The Compliance to Take Medicine



**ABSTRAK**

Tuberculosis masih merupakan masalah kesehatan masyarakat bagi bangsa Indonesia. Upaya penanggulangan untuk mengatasi masalah tuberculosis dilakukan dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy*) yang berisi lima komponen yaitu adanya komitmen politis dari pemerintah untuk bersungguh-sungguh menanggulangi tuberculosis, diagnosis penyakit tuberculosis melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis, pengobatan tuberculosis dengan paduan obat anti tuberculosis jangka pendek yang diawasi secara langsung oleh pengawas menelan obat, tersedianya obat anti tuberculosis jangka pendek secara konsisten dan adanya pencatatan serta pelaporan mengenai penderita tuberculosis sesuai standart. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan sikap penderita tuberculosis dengan kepatuhan berobat diwilayah kerja Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember. Penelitian ini bersifat analitik eksploratif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian adalah seluruh penderita yang masa akhir pengobatannya bulan desember 2006. pengambilan sample penelitian dengan teknik total sampling sebesar 47 sampel. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner. Data yang diperoleh diolah dan dianalisis. Untuk mengetahui hubungan antar variable digunakan teknik analisis uji statistic *chi square* dengan tabel 2x2 dengan tingkat kepercayaan 95% ( $\alpha = 0,05$ ). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan dengan kepatuhan berobat penderita dan ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kepatuhan berobat penderita tuberculosis. Dari hasil penelitian disarankan pada pihak instansi untuk meningkatkan frekuensi penyuluhan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan menggunakan media seperti TV, leaflet dan poster guna meningkatkan sikap dan kepatuhan berobat penderita.

**Kata Kunci:** Pengetahuan, Sikap, Kepatuhan berobat



## KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul *Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Penderita TB Paru dengan Kepatuhan Berobat di Wilayah Kerja Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember Tahun 2006*. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Strata Satu (S1) pada program studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa bantuan dan sumbangan pemikiran dari berbagai pihak. Maka dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tidak terhingga kepada Bapak Elfian Zulkarnain, S.KM, M.Kes dan Bapak Yunus Ariyanto S.KM yang telah memberikan motivasi, bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, M.S selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat dan ketua penguji skripsi saya.
2. Bapak Nuryadi S.KM, M. Kes, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa di Program Studi Kesehatan Masyarakat.
3. dr. Pudjo Wahjudi selaku anggota penguji skripsi saya, terima kasih banyak dok atas semua saran dan masukan yang telah diberikan kepada saya.
4. dr.Hendrawati., selaku kepala puskesmas sementara di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember yang telah memberikan ijin penelitian di wilayah ini.
5. Sobirin, AMK. selaku pemegang program penanggulangan dan penyuluhan penyakit menular (P2M) di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember yang membantu saya memberi data awal dan akhir untuk penelitian saya.
6. Bapak A.B. Sutrisno, selaku tenaga laboratorium penyakit tuberkulosis, tanpa bapak laporan dan penelitian saya tidak berhasil. Terima kasih telah menunjukkan tempat tinggal dan alamat respondenku. Saya siap diajak *screening* lagi pak.
7. Teman-teman PSKM angkatan 2003 yang selalu kompak walaupun udah jarang ketemu.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 25 Juni 2007

Penulis



## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	ix
<b>DAFTAR ISI</b> .....	x
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiv
<b>DAFTAR SIMBOL</b> .....	xv
<b>DAFTAR ISTILAH</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xviii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	4
<b>1.3 Tujuan</b> .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
<b>1.4 Manfaat</b> .....	5
1.4.1 Manfaat secara Teoritis .....	5
1.4.2 Manfaat secara Praktis .....	5
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	6
<b>2.1 Perilaku</b> .....	6
2.1.1 Pengertian Perilaku .....	6
2.1.2 Perilaku Kesehatan .....	8
2.1.3 Determinan Perilaku .....	10
2.1.4 Domain Perilaku .....	13
2.1.5 Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan .....	19
<b>2.2 Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dan Tindakan</b> .....	20
<b>2.3 Tuberkulosis</b> .....	21
2.3.1 Definisi Tuberkulosis .....	21
2.3.2 Kuman Tuberkulosis .....	21



2.3.3	Gejala-gejala Tuberkulosis .....	21
2.3.4	Cara Penularan .....	22
2.3.5	Prinsip Pengobatan .....	22
2.3.6	Program Penanggulangan .....	23
<b>2.4</b>	<b>Kepatuhan Berobat .....</b>	<b>25</b>
2.4.1	Definisi Kepatuhan .....	25
2.4.2	Sejarah Kepatuhan .....	25
2.4.3	Besarnya masalah Kepatuhan .....	25
2.4.4	Pengukuran Perilaku Kepatuhan .....	26
<b>2.5</b>	<b>Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Kepatuhan.....</b>	<b>26</b>
<b>2.6</b>	<b>Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Berobat.....</b>	<b>29</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL .....</b>	<b>31</b>
3.1	Kerangka Konseptual .....	31
3.2	Hipotesis Penelitian .....	33
<b>BAB 4.</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>34</b>
4.1	Jenis dan Desain Penelitian .....	34
4.2	Tempat dan Waktu Penelitian .....	34
4.3	Populasi, Sampel, Teknik Pengambilan Sampel dan Informan Penelitian .....	34
4.3.1	Populasi .....	34
4.3.2	Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel .....	35
4.3.3	Informan Penelitian .....	35
4.4	Variabel dan Definisi Operasional .....	36
4.5	Data, Sumber Data dan Skala Penelitian .....	37
4.6	Teknik Penyajian Dan Analisis Data .....	40
4.7	Kerangka Operasional .....	41
<b>BAB 5.</b>	<b>HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>42</b>
5.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian .....	42
5.2	Hasil Penelitian .....	43
5.2.1	Gambaran Subjek Penelitian .....	43
5.2.2	Tingkat pengetahuan Responden.....	46
5.2.3	Sikap Responden .....	47
5.2.4	Tingkat Kepatuhan Berobat.....	47
5.3	Analisis Data .....	51
5.3.1	Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Penderita TB Paru dengan Kepatuhan Berobat.....	51
5.3.2	Hubungan antara Sikap Responden dengan Kepatuhan Berobat.....	52



<b>BAB 6. PEMBAHASAN .....</b>	<b>54</b>
<b>6.1 Karakteristik Responden.....</b>	<b>54</b>
<b>6.2 Tingkat Kepatuhan Berobat Responden.....</b>	<b>56</b>
<b>6.3 Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan dengan         Kepatuhan Berobat .....</b>	<b>59</b>
<b>6.4 Hubungan antara Sikap dengan Kepatuhan Berobat .....</b>	<b>63</b>
<b>BAB 7. PENUTUP .....</b>	<b>66</b>
<b>7.1 Kesimpulan .....</b>	<b>66</b>
<b>7.2 Saran .....</b>	<b>66</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR GAMBAR

---

	Halaman
Gambar 2.1 Teori S-O-R ( <i>Stimulus-Organism-Respons</i> ) .....	8
Gambar 2.2 Interaksi Perilaku Kesehatan .....	9
Gambar 2.3 Asumsi Determinan Perilaku Manusia .....	10
Gambar 2.4 Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi .....	17
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian .....	32
Gambar 4.3 Kerangka Alur Penelitian .....	41



## DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 4.1	Variabel dan Definisi Operasional .....	36
Tabel 4.2	Variabel, Sumber Data, Skala Data, Skor dan Kategori .....	38
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	43
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur .....	44
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	45
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan.....	46
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Penderita TB Paru Berdasarkan Tingkat Pengetahuan Responden.....	46
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Penderita TB Paru Berdasarkan Sikap Responden .....	47
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi Penderita TB Paru Berdasarkan Tingkat Kepatuhan Berobat .....	48
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Penderita Tb Paru dengan Kepatuhan Berobat .....	48
Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Umur dengan Tingkat Kepatuhan Berobat.....	49
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan dengan Tingkat Kepatuhan Berobat .....	50
Tabel 5.11	Distibusi Frekuensi Jenis Pekerjaan dengan Tingkat Kepatuhan Berobat.....	51
Tabel 5.12	Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden dengan Kepatuhan Berobat .....	52
Tabel 5.13	Distribusi Frekuensi Sikap Responden dengan Kepatuhan Berobat.....	53



## DAFTAR SIMBOL

---

%	: Persen
=	: Sama Dengan
+	: Positif
-	: Negatif
x	: Kali
$\mu\text{m}$	: Mikro Meter
<	: Kurang Dari
>	: Lebih Dari
g%	: Gram Persen



## DAFTAR ISTILAH

AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARTI	: Annual Risk of Tuberkulosis Infection
ART	: Anggaran Rumah Tangga
BTA	: Basil Tahan Asam
Bumil	: Ibu Hamil
Busui	: Ibu Menyusui
Buteki	: Ibu Meneteki
CDR	: Case Detection Rate
DBD	: Demam Berdarah Dengue
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DO	: Droup Out
DOTS	: Directly Observed Treatment Shourcouse Chemotheraphy
dr.	: Dokter
drg.	: Dokter Gigi
FGD	: Focus Group Discussion
Ha	: Hektar Are
Hb	: Hemoglobin
HIV	: Human Immunodefisiency Virus
JAGA	: Jamban Keluarga
KAP	: Knowledge Attitude Practice
KB	: Keluarga Berencana
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
P2M	: Pemberantasan Penyakit Menular
PKK	: Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
PKM	: Puskesmas
PMO	: Pengawas Menelan Obat
Polindes	: Pondok Bersalin Desa
PSP	: Pengetahuan Sikap Praktek
PUS	: Pasangan Usia Subur
Pustu	: Puskesmas Pembantu
PT	: Perguruan Tinggi
RS	: Rumah Sakit
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah



## DAFTAR ISTILAH

---

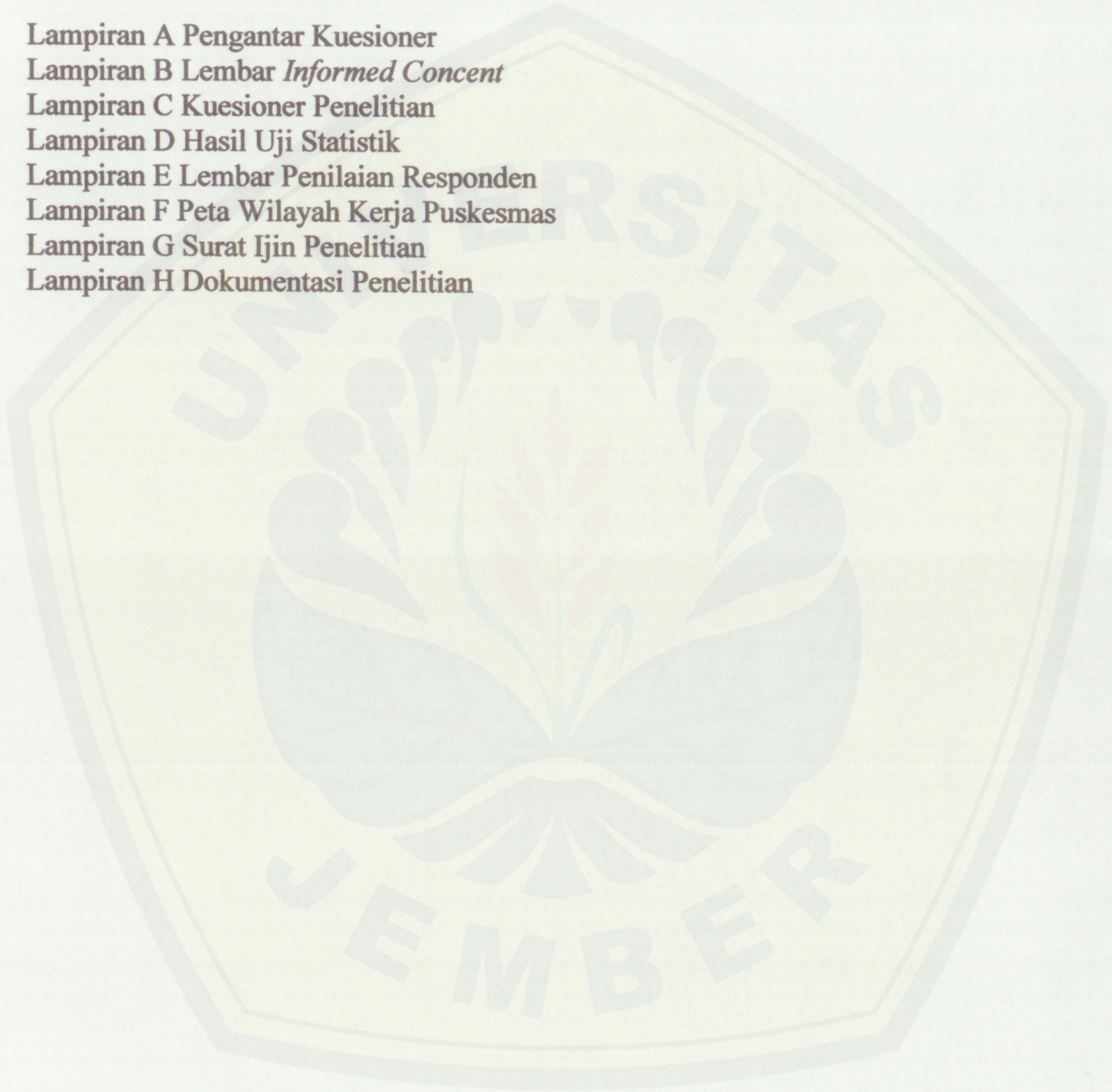
SD	: Sekolah Dasar
SKRT	: Survei Kesehatan Rumah Tangga
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SOR	: Stimulus Organism Respons
SPAL	: Saluran Pembuangan Air Limbah
TBC	: Tuberkulosis
TK	: Taman Kanak-kanak
UPK	: Unit Pelaksana Kecil
UPT	: Unit Pelaksana Teknis
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Dinas
UV	: Ultra Violet
WHO	: World Health Organization
WUS	: Wanita Usia Subur



## DAFTAR LAMPIRAN

---

- Lampiran A Pengantar Kuesioner
- Lampiran B Lembar *Informed Consent*
- Lampiran C Kuesioner Penelitian
- Lampiran D Hasil Uji Statistik
- Lampiran E Lembar Penilaian Responden
- Lampiran F Peta Wilayah Kerja Puskesmas
- Lampiran G Surat Ijin Penelitian
- Lampiran H Dokumentasi Penelitian







## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh yang lain (Depkes RI, 2002: 9). Sedangkan menurut Soedarto (1996: 177), tuberkulosis merupakan penyakit infeksi spesifik pada manusia dan hewan, disebabkan oleh *Micobacterium tuberculosis* dengan perjalanan penyakit yang menahun menimbulkan reaksi yang bermacam-macam terhadap basil tersebut dengan proses penyakit yang dapat setempat pada waktu masuknya diikuti kelainan pada kelenjar regional, tetapi dapat juga menyebar ke semua organ tubuh dengan menimbulkan kerusakan yang progresif. Sumber penularan penyakit ini adalah TBC BTA (+).

Pada tahun 1993, WHO mencanangkan kedaruratan global penyakit TBC, karena sebagian besar negara didunia, penyakit TBC tidak terkendali. Hal ini disebabkan penderita TBC yang tidak berhasil disembuhkan terutama penderita menular BTA (+). Pada tahun 1995, WHO melaporkan adanya 3 juta orang mati akibat TBC tiap tahun dan diperkirakan 5000 orang tiap harinya. Tiap tahun ada 9 juta penderita TBC baru dan 75 % kasus kematian dan kesakitan dimasyarakat diderita oleh orang-orang pada umur produktif dari 15 sampai 54 tahun. Jumlah kasus TB akan terus mengalami peningkatan, dari 8,8 juta kasus di tahun ini 1995 menjadi 10,2 juta kasus di tahun 2000 dan 11,9 juta kasus TB baru di tahun 2005 (Anonim, 2004).

Di negara berkembang kematian TBC merupakan 25 % dari seluruh kematian yang sebenarnya dapat dicegah. Daerah Asia Tenggara menanggung bagian yang terberat dari beban TBC global yakni sekitar 38 % dari kasus TBC dunia. Munculnya epidemi HIV/AIDS di dunia, diperkirakan jumlah penderita TBC akan meningkat lagi karena berhubungan dengan penurunan daya tahan tubuh yang semakin menurun



pada penderita HIV/AIDS, selain itu penyakit tuberkulosis merupakan infeksi oportunistik tersering pada penderita AIDS dan HIV yang positif (Anonim, 2004).

Kasus TBC di propinsi Jawa Timur juga memerlukan perhatian serta suatu penanggulangan dengan segera. Prevalensi dengan sputum positif di pedusunan Malang-Jawa Timur adalah sebesar 0,3-0,4% (Entjang, 2000:53). Dinas Kesehatan propinsi Jawa Timur dalam program penanggulangan penyakit TBC tidak akan melakukan penanganansendiri, akantetapi bersinergi lintas sektor antara RSUD dengan Lembaga Sosial Masyarakat dan Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK) di Jatim. Target tahun 2006 yang harus dicapai yakni 70% warga Jatim harus bebas dari penyakit TBC, angka kesembuhan targetnya yaitu 85%.

Estimasi angka insidens TBC di Indonesia berdasarkan pemeriksaan sputum (basil tahan asam/ BTA positif) adalah 128 per 100.000 untuk tahun 2003, sedangkan untuk tahun yang sama estimasi prevalensi TBC adalah 295 per 100.000 (Depkes RI, 2002: 2). Resiko penularan setiap tahun (*Annual Risk of Tuberculosis Infection = ARTI*) bervariasi antara 1-2 %, berarti setiap tahun diantara 1000 penduduk Indonesia 10 – 20 orang akan terinfeksi, walaupun tidak semuanya akan menjadi penderita TB paru (hanya 10% orang terinfeksi akan menjadi penderita TBC (Heriyanto, 2006). Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) pada tahun 2001 menunjukkan bahwa penyakit TBC merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok umur, dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi (Depkes RI, 2002: 3).

Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2004) pada tahun 2003 dengan jumlah penduduk sebesar 2.156.425 jiwa jumlah penderita TB paru BTA (+) sebesar 2480 jiwa dan *Case Detection Rate* (CDR) atau angka penemuan kasusnya sebesar 27,10 % sedangkan pada tahun 2004 jumlah penderita sebesar 2433 dengan angka *Case Detection Rate* (CDR)nya sebesar 40,53 %. Pada tahun 2005 jumlah kasus juga meningkat menjadi 2459 penderita dengan *Case Detection Rate* (CDR) sebesar 53,23%. Menurut data di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember jumlah penderita dengan BTA (+) menduduki peringkat pertama dari sepuluh besar penyakit yang



dirawat di Rumah Sakit Paru. Jumlah penderita sebesar 51,59% dari jumlah total penderita TB paru yang berobat ke Rumah Sakit tersebut, Sedangkan untuk penderita TB paru BTA (+) menduduki peringkat kedua dengan jumlah penderita sebanyak 26,30 % dan jumlah ini terus mengalami peningkatan (RS Paru Jember, 2004). Di Kecamatan Pakusari yang merupakan daerah endemik mulai tahun 2002-2006 rata-rata ditemukan kasus sebagai berikut: tahun 2002 sebesar 27 penderita (CDR 52%), 2003 sebesar 43 penderita (CDR 83%), tahun 2004 sebesar 71 penderita (CDR 155%), tahun 2005 sebesar 56 penderita (131 %), dan tahun 2006 sebesar 49 penderita (CDR 115%). Berdasarkan data pokok program TB paru Kabupaten Jember dapat diketahui bahwa penderita baru dengan BTA (+) yang diobati dan berhasil disembuhkan selalu mengalami peningkatan dari tahun 2003-2005 yakni sebesar 549 (84,59%), 879 (90,90%) dan 1208 (92,28%) (Dinkes Jember, 2005).

Untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit tuberkulosis serta mencegah terjadinya resistensi obat telah dilaksanakan program nasional penanggulangan tuberkulosis dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment, Shortcourse Chemotherapy*) yang direkomendasi oleh WHO. Dengan menggunakan strategi DOTS, maka proses penyembuhan TBC dapat secara cepat. DOTS menekankan pentingnya pengawasan terhadap penderita TBC agar menelan obatnya secara teratur sesuai dengan ketentuan pengobatan yang dijalani sampai dinyatakan sembuh. Strategi DOTS memberikan angka kesembuhan yang tinggi, bisa mencapai 95 %. Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen, yaitu : Adanya komitmen politis dari pemerintah untuk bersungguh-sungguh menanggulangi TBC, Diagnosis penyakit TBC melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis, Pengobatan TBC dengan paduan obat anti-TBC jangka pendek, diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat), Tersedianya paduan obat anti-TBC jangka pendek secara konsisten. dan Pencatatan dan pelaporan mengenai penderita TBC sesuai standar.

Salah satu penyebab utama ketidakberhasilan pengobatan adalah karena tidak teraturnya penderita minum obat dalam pengobatan TBC dengan paduan obat anti-TBC jangka pendek. Ketidateraturan minum obat diduga sebagai akibat dari



kurangnya pengetahuan tentang pengobatan TBC yang seharusnya dilakukan secara kontinyu dalam kurun waktu tertentu dalam berobat, sikap penderita yang tidak telaten dalam menjalani pengobatan ataupun dalam tindakan untuk minum obat yang tidak dilakukan secara teratur.

Pengetahuan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai suatu hal, cenderung akan mengambil keputusan yang lebih tepat berkaitan dengan masalah (Permata, 2002). Sedangkan menurut Notoatmodjo, (2003b: 121), pengetahuan akan mempengaruhi sikap dan tindakan seseorang. Sikap sendiri merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap merupakan salah satu tahap terjadinya perubahan perilaku atau tindakan seseorang. Jadi secara teori pengetahuan seseorang akan mempengaruhi sikap dan sikap tersebut teraplikasi dalam suatu tindakan seseorang. Dari latar belakang tersebut peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap penderita TB paru dengan kepatuhan berobat di wilayah Kecamatan Pakusari Kabupaten Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dirumuskan masalah, yaitu bagaimanakah hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap penderita TB paru dengan kepatuhan berobat di wilayah kerja Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember tahun 2006?.

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap penderita TB paru dengan kepatuhan berobat di wilayah kerja Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.



### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah :

- 1) Mengidentifikasi tingkat pengetahuan penderita mengenai TB paru dan kepatuhan berobat di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.
- 2) Mengidentifikasi sikap penderita mengenai cara penularan dan cara pengobatan di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember
- 3) Mengidentifikasi tingkat kepatuhan berobat penderita TB Paru di Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.
- 4) Menganalisis hubungan antara pengetahuan penderita TB Paru dengan kepatuhan berobat di Puskesmas Pakusari.
- 5) Menganalisis hubungan antara sikap penderita TB Paru dengan kepatuhan berobat di Puskesmas Pakusari.

### 1.4 Manfaat Penelitian

#### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis diharapkan penelitian ini dapat mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan tentang kesehatan masyarakat dalam Bidang Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

Secara praktis diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi untuk mengembangkan program dan intervensi yang tepat tentang program pemberantasan dan penanggulangan TB paru dan sebagai pedoman awal untuk pengembangan dan penelitian selanjutnya.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA



## 2.1 Perilaku

### 2.1.1 Pengertian Perilaku

Dari segi biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang bersangkutan. Yang dimaksud dengan perilaku manusia, pada hakikatnya adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain; berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003b: 114).

Menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003b: 114), perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" atau *Stimulus — Organisme — Respons*. Skinner membedakan adanya dua respons.

- a. *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respons yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap. *Respondent respons* ini juga mencakup perilaku emosional.
- b. *Operant respons* atau *instrumental respons*, yakni respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer*, karena memperkuat respons.

Dilihat dari bentuk respons terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua.



1) Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respons atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Oleh karena itu disebut *covert behavior* atau *unobservable behavior*.

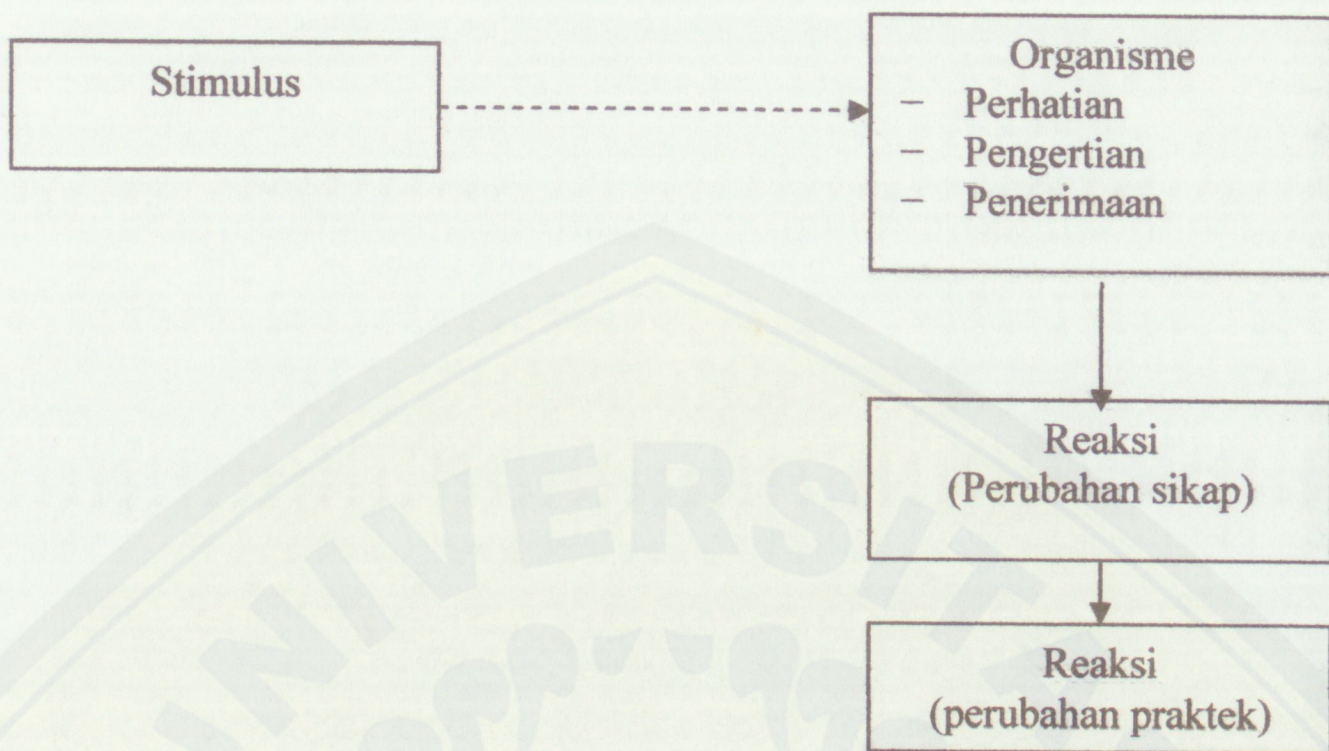
2) Perilaku terbuka (*Overt behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respons terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*), yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Oleh sebab itu disebut *overt behavior*, tindakan nyata atau praktek (*practice*).

Seperti telah dijelaskan, sebagian besar perilaku manusia adalah *operant response*. Oleh sebab itu untuk membentuk jenis respons atau perilaku perlu diciptakan adanya suatu kondisi tertentu yang disebut *operant conditioning*.

Perilaku ini dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organisme. Dalam meyakinkan organisme ini faktor *reinforcing* memegang peranan penting. Proses perubahan perilaku ini dapat digambarkan sebagai berikut:





Gambar 2.1 ( Teori S-O-R dalam Notoatmodjo, 2003b: 172).

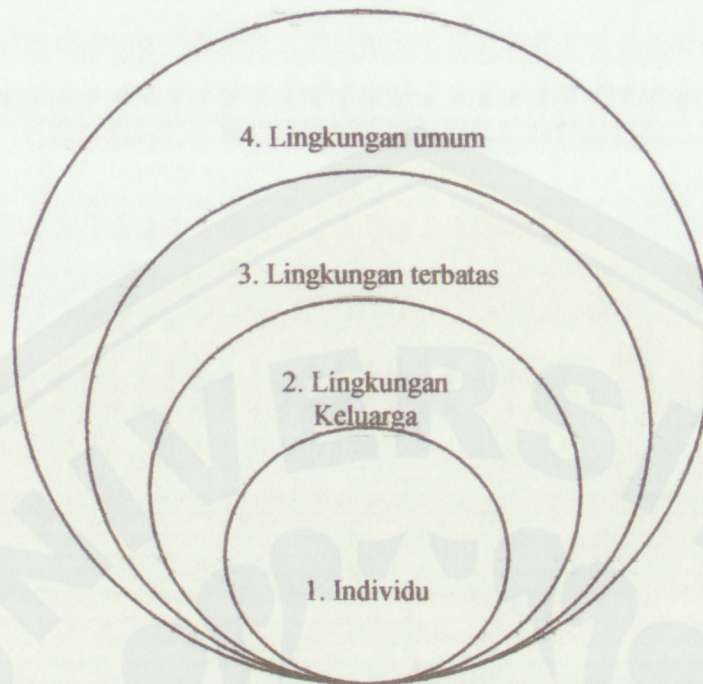
### 2.1.2 Perilaku Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2003b: 117) berdasarkan batasan perilaku dari Skinner, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Batasan ini mempunyai dua unsur pokok, yakni respons dan stimulus atau perangsangan. Respons atau reaksi manusia, baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi dan sikap) maupun bersikap aktif (tindakan, yang nyata atau *practice*).

Saparinah Sadli (1982) dalam Notoatmodjo (2003b: 33), menggambarkan individu dengan lingkungan sosial yang saling mempengaruhi di dalam suatu diagram sebagai berikut :



## Interaksi Perilaku Kesehatan



Gambar 2.2 Interaksi Perilaku Kesehatan

## Keterangan:

- 1) Perilaku kesehatan individu; sikap dan kebiasaan individu yang erat kaitannya dengan lingkungan.
- 2) Lingkungan keluarga; kebiasaan-kebiasaan tiap anggota keluarga mengenai kesehatan.
- 3) Lingkungan terbatas; tradisi, adat istiadat dan kepercayaan masyarakat sehubungan dengan kesehatan.
- 4) Lingkungan umum; kebijakan-kebijakan pemerintah dibidang kesehatan, Undang-undang kesehatan, program-program kesehatan, dan sebagainya.

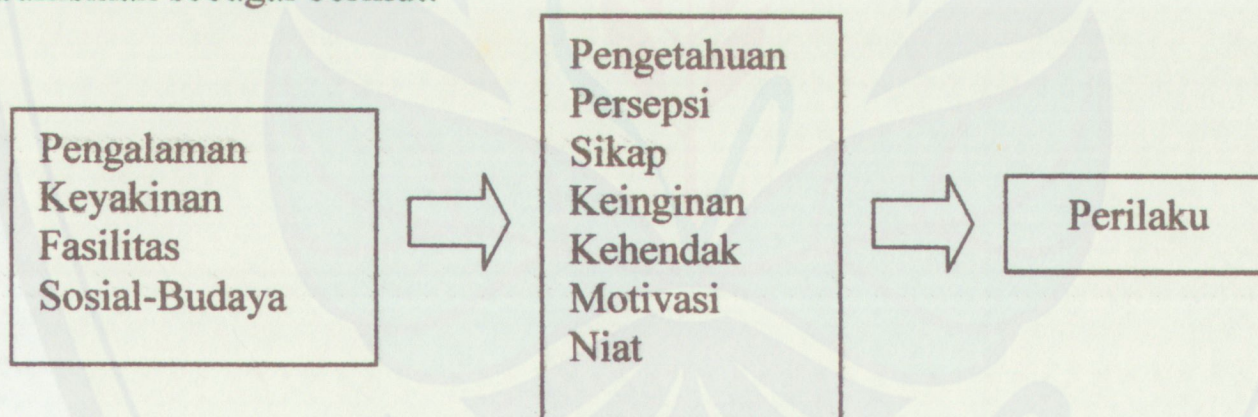
Kosa dan Robertson mengatakan bahwa perilaku kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan, dan kurang berdasarkan pada pengetahuan biologi. Tiap individu mempunyai cara yang berbeda dalam mengambil tindakan penyembuhan atau pencegahan berbeda, meski gangguan kesehatan sama. Pada umumnya tindakan yang diambil berdasarkan penilaian individu atau mungkin dibantu oleh orang lain terhadap gangguan tersebut (Notoatmodjo, 2003b: 126).



### 2.1.3 Determinan Perilaku

Notoatmodjo (2003b: 163) mengatakan faktor penentu atau determinan perilaku manusia sulit untuk dibatasi karena perilaku merupakan resultansi dari berbagai faktor, baik internal maupun eksternal (lingkungan). Pada prinsipnya perilaku manusia dapat dilihat dari 3 aspek yakni aspek fisik, psikis dan sosial. Akan tetapi dari ketiga aspek tersebut sulit untuk ditarik garis yang tegas dalam mempengaruhi perilaku manusia. Perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

Namun pada realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan yang menentukan perilaku seseorang. Apabila ditelusuri lebih lanjut, gejala kejiwaan tersebut ditentukan atau dipengaruhi oleh berbagai faktor lain seperti pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio budaya masyarakat dan sebagainya sehingga dapat diasumsikan sebagai berikut:



Gambar 2.3 Asumsi Determinan Perilaku Manusia

Dalam Notoatmodjo (2003b: 164), beberapa teori dicoba untuk mengungkapkan determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain:

#### a. Teori Lawrence Green (1980)

Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor.



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

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut:

$$B = f(PF, EF, RF)$$

Dimana:

- B = *Behavior*  
 PF = *Predisposing Factors*  
 EF = *Enabling Factors*  
 RF = *Reinforcing Factors*  
 f = fungsi

Disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Disamping itu, ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuar terbentuknya perilaku.

b. Teori Snehandu B. Kar (1983)

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari:

- 1) Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*).
- 2) Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social-support*).



- 3) Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
- 4) Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- 5) Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Uraian diatas dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$B = f(BI, SS, AL, PA, AS)$$

Dimana:

B	= <i>Behavior</i>
f	= fungsi
BI	= <i>Behavior Intention</i>
SS	= <i>Social Support</i>
AI	= <i>Accessability of Information</i>
PA	= <i>Personal Autonomy</i>
AS	= <i>Action Situation</i>

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/bertindak, dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku/bertindak atau tidak berperilaku/tidak bertindak.

#### c. Teori WHO (1984)

Tim kerja dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang itu berperilaku tertentu adalah adanya 4 alasan pokok. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yakni dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan dan penilaian-penilaian seseorang terhadap objek.



1) Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.

2) Kepercayaan

Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.

3) Sikap

Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat.

4) Orang penting sebagai referensi

#### 2.1.4 Domain Perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003b: 120), perilaku adalah bentuk respons atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respons sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dapat dibedakan menjadi dua, yakni:

- a. Determinan atau faktor *internal*, yakni karakteristik orang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan.
- b. Determinan atau faktor *eksternal*, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dalam Notoatmodjo (2003b: 121), dikatakan bahwa perilaku adalah merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang, yang merupakan hasil bersama atau *resultante* antara berbagai faktor, baik faktor internal maupun eksternal. Benyamin Bloom (1908) membagi perilaku manusia ke dalam tiga domain, ranah atau kawasan yakni: a) kognitif (*cognitive*), b) afektif (*affective*), c) psikomotor (*psychomotor*).



Dalam perkembangannya, teori Bloom dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

1) Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*).

a) Proses adopsi perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

- (1) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
- (2) *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
- (3) *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- (4) *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- (5) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Namun demikian dari penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap diatas. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.



b) Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan, yaitu:

(1) Tahu (*Know*).

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

(2) Memahami (*Comprehension*).

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

(3) Aplikasi (*Aplication*).

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

(4) Analisis (*Analysis*).

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.

(5) Sintesis (*Syntesis*).

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

(6) Evaluasi (*Evaluation*).

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan



pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteri-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas (Notoatmodjo, 2003b: 124).

## 2) Sikap

Menurut Notoatmodjo (2003b: 124), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Beberapa batasan lain tentang sikap ini dapat dikutipkan sebagai berikut:

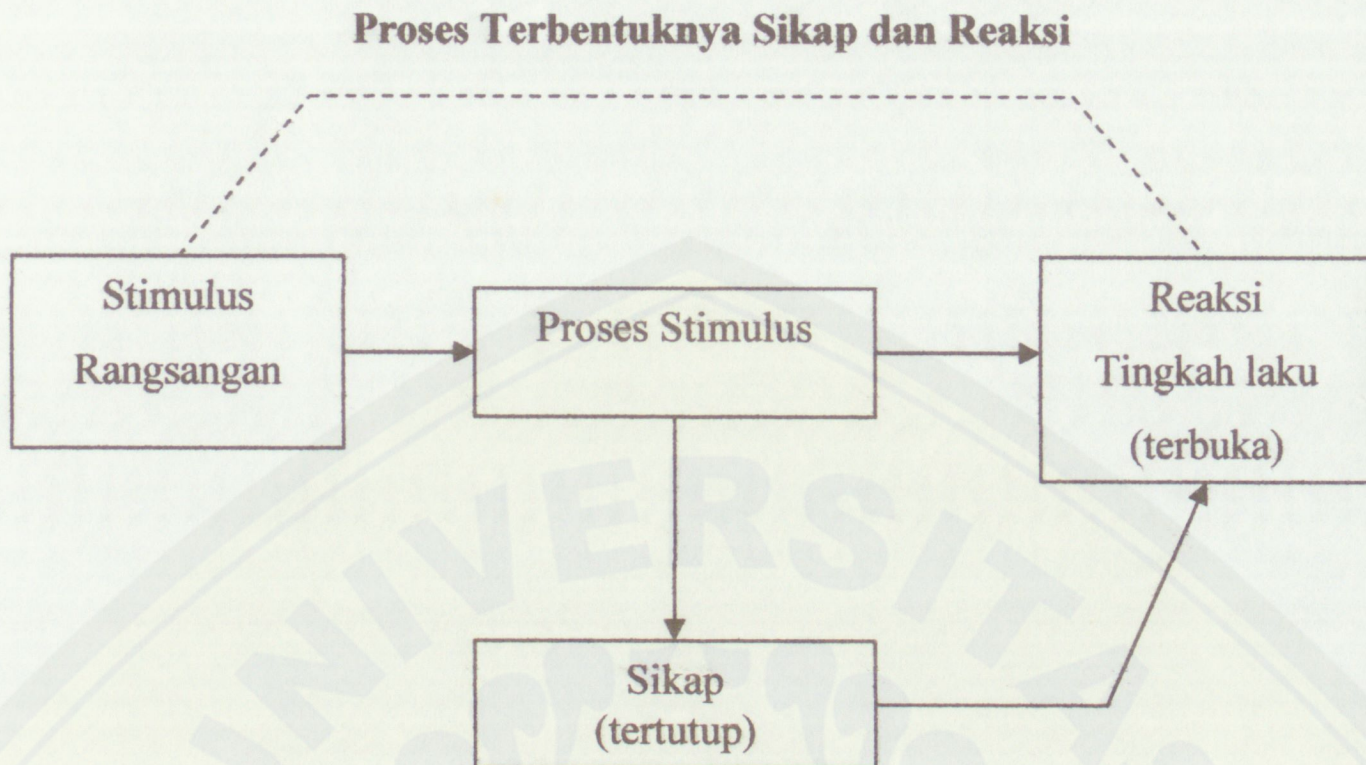
*“An individual’s social attitude is a syndrome of response consistency with regard to social objects”*(Campbell, 1950 dalam Notoatmodjo, 2003b: 124).

*“ A mental and neural state of refiness, organized through expertence, exerting a directive or dynamic influence up on the individual’s response to all objects and situation with which it is related”* (Allport, 1954 dalam Notoatmodjo, 2003b: 124).

*“Attitude entails an existing predisposition to response to social objects which in interaction with situational and other dispositional variables, guides and direct the overt behavior of the individual”* (Cardno, 1955 dalam Notoatmodjo, 2003b: 124).

Dari batasan-batasan diatas menurut Notoatmodjo (2003b: 124), dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.





Gambar 2.4 Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi.

a) **Komponen Pokok Sikap**

Dalam bagian lain Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2003b: 125) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok.

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

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

b) **Berbagai Tingkatan Sikap**

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

(1) **Menerima (*receiving*)**

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



(2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

(3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

(4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi. Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek (Notoatmodjo, 2003b: 127).

3) Tindakan

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain fasilitas. Disamping faktor fasilitas, juga diperlukan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain.

a) Persepsi (*perception*)

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

b) Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

c) Mekanisme (*mecanism*)

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



d) Adopsi (*adoptioan*)

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

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran yang dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2003b: 128).

### 2.1.5 Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan

Masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit, dan tidak merasakan sakit (*disease but no illness*) sudah barang tentu tidak akan bertindak apa-apa terhadap penyakitnya tersebut. Respons seseorang apabila sakit adalah sebagai berikut:

1) Tidak bertindak/kegiatan apa-apa (*no action*).

Alasan masyarakat dalam kondisi seperti ini tidak mengganggu kegiatan atau kerja mereka sehari-hari.

2) Tindakan mengobati sendiri (*self treatment*).

Alasan masyarakat dalam kondisi ini adalah masyarakat tersebut sudah percaya kepada diri sendiri dan sudah merasa bahwa berdasar pengalaman-pengalaman yang lalu usaha-usaha pengobatan sendiri sudah mendatangkan kesembuhan.

3) Mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*).

Untuk masyarakat pedesaan khususnya pengobatan tradisional ini masih menduduki tempat teratas dibanding dengan pengobatan-pengobatan yang lain, karena bagi mereka masalah sehat-sakit adalah lebih bersifat budaya daripada gangguan fisik.

4) Mencari pengobatan dengan membeli obat-obat ke warung-warung obat (*chemist shop*) dan sejenisnya.



- 5) Pengobatan ke fasilitas-fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan swasta, yang dikategorikan ke dalam balai pengobatan, puskesmas dan rumah sakit.
- 6) Mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diselenggarakan oleh dokter praktek (*private medicine*) (Notoatmodjo, 2003b: 197).

## 2.2 Hubungan antara Pengetahuan, Sikap dan Tindakan.

Dalam Notoatmodjo (2003b: 131), perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relatif lama. Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap, yakni pengukuran pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang. Secara teori perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap-tahap yang telah disebutkan yakni melalui proses perubahan: pengetahuan (*knowledge*) ————— Sikap (*Attitude*) ————— Praktek (*practice*) atau “KAP” (PSP). Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti teori diatas (KAP), bahkan didalam praktek sehari-hari terjadi sebaliknya. Artinya, seseorang telah berperilaku positif, meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif.

Cara mengukur indikator perilaku atau memperoleh data atau informasi tentang indikator-indikator tersebut, untuk pengetahuan, sikap dan praktek agak berbeda. Untuk memperoleh data tentang pengetahuan dan sikap cukup dilakukan melalui wawancara, baik wawancara terstruktur, maupun wawancara mendalam dan *focus group discussion* (FGD) untuk penelitian kualitatif. Sedangkan untuk memperoleh data praktek atau perilaku yang paling akurat adalah melalui pengamatan (*observasi*). Namun dapat juga dilakukan melalui wawancara dengan pendekatan *recall* atau mengingat kembali perilaku yang telah dilakukan oleh responden beberapa waktu yang lalu (Notoatmodjo, 2003b: 131).



## 2.3 Tuberkulosis

### 2.3.1 Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium tuberculosis*). Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh yang lain (Depkes RI, 2002: 9). Sedangkan menurut Soedarto (1996: 177), tuberkulosis merupakan penyakit infeksi spesifik pada manusia dan hewan, disebabkan oleh *Microbacterium tuberculosis* dengan perjalanan penyakit yang menahun menimbulkan reaksi yang bermacam-macam terhadap basil tersebut dengan proses penyakit yang dapat setempat pada waktu masuknya diikuti kelainan pada kelenjar regional, tetapi dapat juga menyebar ke semua organ tubuh dengan menimbulkan kerusakan yang progresif.

### 2.3.2 Kuman Tuberculosis

Kuman tuberkulosis berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karenanya disebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Kuman TBC cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam ditempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat dormant, tertidur lama selama beberapa tahun (Depkes, 2002: 9).

### 2.3.3 Gejala-Gejala Tuberkulosis

Gejala umum yang sering ada yakni batuk terus menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih. Sedangkan untuk gejala tambahan yang sering dijumpai seperti: dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringan malam walaupun tanpa kegiatan serta demam meriang lebih dari sebulan (Depkes RI, 2002; 13).



#### 2.3.4 Cara Penularan

Sumber penularan adalah penderita TBC BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Setelah kuman TBC masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman TBC tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui system peredaran darah, system saluran limfe, saluran nafas dan atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Depkes RI, 2002: 9).

#### 2.3.5 Prinsip Pengobatan

Obat TBC diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termasuk kuman persister) dapat dibunuh. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal, sebaiknya pada saat perut kosong. Apabila paduan obat yang digunakan tidak adekuat (jenis, dosis dan jangka waktu pengobatan), kuman TBC akan berkembang menjadi kuman kebal obat, pengobatan perlu dilakukan dengan pengawasan langsung (DOT=*Directly Observed Treatment*) oleh seorang pengawas menelan obat (PMO).

Pengobatan TBC diberikan dalam dua tahap, yaitu:

- Tahap intensif

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT, terutama rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.

- Tahap lanjutan

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih (Depkes RI, 2002: 38),



### 2.3.6 Program Penanggulangan Tuberkulosis

Menurut Depkes RI tahun 2002 salah satu program penanggulangan tuberkulosis dilaksanakan dengan strategi DOTS yang terdiri dari 5 komponen, yaitu :

1) Adanya komitmen politis dari pemerintah untuk bersungguh-sungguh menanggulangi TBC.

2) Diagnosis penyakit TBC melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis

Diagnosis penyakit TBC dilaksanakan dengan cara penemuan penderita secara pasif yaitu melalui penjangkaran penderita yang datang berkunjung ke pelayanan kesehatan. cara ini biasa dikenal dengan sebutan *passive promotive case finding* (penemuan penderita secara pasif dengan promosi yang aktif).selain itu semua kontak penderita TBC BTA positif dengan gejala sama harus diperiksa dahaknya.

Diagnosis ini ditegaskan melalui pemeriksaan dahak secara mikroskopis langsung diagnosis pasti TBC melalui pemeriksaan kultur atau biakan dahak. Pemeriksaan kultur ini memakan waktu lebih lama. Pemeriksaan 3 spesimen (SPS) dahak secara mikroskopis langsung nilainya identik dengan pemeriksaan dahak secara kultur atau biakan (DepkesRI, 2002:27).

3) Pengobatan TBC dengan paduan obat anti-TBC jangka pendek yang diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat)

Tujuan pengobatan TBC dengan OAT yaitu menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan dan menurunkan tingkat penularan TBC (Depkes RI, 2002:37). Obat TBC diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman (termasuk kuman persisten) dapat dibunuh. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal, sebaiknya pada saat perut kosong. Apabila paduan obat yang digunakan tidak adekuat (jenis, dosis dan jangka waktu pengobatan), kuman TBC akan berkembang menjadi kuman kebal obat, pengobatan perlu dilakukan dengan pengawasan langsung oleh seorang pengawas menelan obat (PMO) (DepkesRI, 2002:38)



4) Tersedianya paduan obat anti-TBC jangka pendek secara konsisten

Menurut WHO dan IUATLD (*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*) merekomendasikan paduan OAT standar yaitu:

- Kategori 1 (2HRZE/4H3R3, 2HRZE/4HR, dan 2HRZE/6HE)
- Kategori 2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3 dan 2RHZES/HRZE/5HRE)
- Kategori 3 (2HRZ/4H3R3, 2HRZ/4HR dan 2HRZ/6HE)

Program nasional Penanggulangan TBC di Indonesia menggunakan paduan OAT:

- Kategori 1 : 2HRZE/4H3R3
- Kategori 2 : 2HRZES/HRZE/5H3R3E3
- Kategori 3 : 2HRZ/4H3R3

Di samping ketiga kategori ini, disediakan paduan obat sisipan (HRZE). Paduan ini disediakan dalam bentuk paket kombipak, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai satu paket untuk satu penderita dalam satu masa pengobatan (DepkesRI, 2002:39).

5) Pencatatan dan pelaporan mengenai penderita TBC sesuai standar

Pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu elemen yang sangat penting dalam sistem informasi penanggulangan TBC. Untuk itu pencatatan dan pelaporan perlu dibakukan berdasar klasifikasi dan tipe penderita. Semua unit pelaksana program penanggulangan TB harus melaksanakan suatu sistem pencatatan dan pelaporan yang baku (DepkesRI, 2002:69).



## 2.4 Kepatuhan Berobat

### 2.4.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan pasien adalah sejauh mana perilaku kesehatan sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Sackett dalam Niven, 2002: 189). Sedangkan menurut Sarafino dalam Smet (1994: 251), kepatuhan adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh yang lain. Kepatuhan menurut Cosier (1992: 257) adalah penampilan sebuah tindakan atas permintaan orang lain.

### 2.4.2 Sejarah Kepatuhan

Secara sejarah, riset tentang ketaatan pasien didasarkan atas pandangan tradisional mengenai pasien sebagai penerima nasehat dokter yang pasif dan patuh. Pasien yang tidak taat dipandang sebagai orang lalai dan masalahnya dianggap sebagai kontrol. Riset berusaha untuk mengidentifikasi kelompok-kelompok pasien yang tidak patuh berdasarkan kelas sosial ekonomi, pendidikan, umur dan jenis kelamin. Usaha-usaha ini sedikit berhasil, setiap orang dapat menjadi tidak patuh kalau situasinya memungkinkan (Scwartz dan Griffin dalam Smet, 1994: 253). Teori yang lebih baru menekankan faktor situasional dan pasien sebagai peserta yang aktif dalam proses pengobatannya. Perilaku ketaatan sering diartikan sebagai diartikan sebagai usaha pasien untuk mengendalikan perilakunya bahkan jika hal tersebut bisa menimbulkan risiko mengenai kesehatannya. Faktor ini sering kali dilupakan. Banyak dokter beranggapan bahwa pasien akan mengikuti apa yang mereka nasehatkan, tanpa menyadari bahwa para pasien tersebut pertama-tama harus memutuskan lebih dahulu apakah mereka akan melakukannya (Taylor dalam Smet, 1994: 253).

### 2.4.3 Besarnya Masalah Kepatuhan

Taylor dalam Smet (1994: 251) menyatakan ketidaktaatan sebagai masalah medis yang berat dan oleh karena itu sejak tahun 1960-an sudah mulai diteliti di negara-negara industri mentatati rekomendasi pengobatan yang dianjurkan dokter merupakan



masalah yang sangat penting (Lagrace dan Stone dalam Smet, 1994: 251). Tingkat ketidaktaatan sudah cukup tinggi dalam seluruh populasi medis yang kronis. Tingkat ketaatan secara keseluruhan sudah mencapai 60 % (Sarafino dalam Smet, 1994: 251). Persentase yang dianggap sebagai tidak taat berbeda-beda dengan kriteria yang digunakan dan metode pengukuran. Dalam studi dipublikasikan sebelum tahun 1982 telah dilaporkan bahwa tingkat ketaatan berkisar 20-80%. Studi baru-baru ini menunjukkan bahwa ketaatan merupakan satu hal yang menetap problematis walaupun telah diketahui banyak faktor yang mempengaruhi ketidaktaatan. Selain itu, tingkat ketatan bervariasi pada studi-studi dan cara pengobatan (Dunber dan Waszak dalam Smet, 1994: 251).

#### 2.4.4 Pengukuran Perilaku Kepatuhan

Ketidaktaatan sulit untuk dianalisa, karena sulit untuk didefinisikan, sulit untuk diukur dan tergantung pada banyak faktor. Kebanyakan studi berkaitan dengan ketidaktaatan minum obat sebagai cara pengobatan, minum obat terlalu banyak, minum obat tambahan tanpa resep dokter dan sebagainya (Smet, 1994: 250). Metode-metode untuk mengukur sejauh mana para pasien mematuhi nasehat dokter dengan baik meliputi laporan pasien, laporan dokter, perhitungan pil dan botol, tes darah dan urine, alat-alat mekanis, observasi langsung dan hasil pengobatan (Smet, 1994: 250).

### 2.5 Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Kepatuhan

Menurut Survei Prevalensi Tuberkulosis (SP-TBC) 2004 (Anonim, 2006a) ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan berobat penderita TB Paru antara lain:

#### a. Pengetahuan

Pengetahuan akan TBC adalah aspek penting yang akan mengarah ke gejala, tanda, penyakit dan pengobatan. Sebanyak 76% responden pernah mendengar tentang penyakit TBC dengan kelompok umur muda lebih sering mendengar dibandingkan kelompok umur tua. 78% jenis kelamin laki-laki pernah mendengar penyakit TBC



dibandingkan 74% untuk perempuan. Bila dilihat dari tempat tinggal maka perkotaan (85,8%) lebih tinggi dibandingkan perdesaan (68,6%). Sumber informasi dari Penyakit TBC ternyata lebih banyak dari media elektronik (58%) dan dari teman/orang tua/keluarga (57%) sedangkan petugas kesehatan yang diharapkan berperan aktif dalam melakukan penyuluhan hanya sebesar 36%, tentu saja masih jauh dari harapan. Bila berbicara tentang gejala dan tanda utama penyakit TBC maka dari responden yang terpilih 58% tahu satu gejala utama, 26% tahu dua gejala utama dan sebanyak 16% tidak tahu gejala utama dari 77% responden yang pernah mendengar penyakit TBC. Pengetahuan rendah pada kelompok umur paling tua. Tentang penyakit TBC dapat disembuhkan sebanyak 85% responden setuju dengan hal tersebut sedangkan yang menjadi masalah bagi pihak program adalah masih ada 8% responden yang tidak tahu bahwa penyakit TBC dapat disembuhkan dengan berobat teratur dan patuh dalam menjalani masa pengobatan. Hal ini membuktikan bahwa tingkat pengetahuan penderita mempunyai hubungan dengan pengobatan penderita TB Paru.

Sedangkan hasil penelitian oleh Noorvifansyah (2001), di Kabupaten Tapin dinyatakan bahwa salah satu cara untuk meningkatkan kepatuhan berobat penderita TB paru dapat dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan mereka dengan cara memberikan penyuluhan dengan diskusi kelompok terarah (FGD) antara penderita TB paru dengan PMO-nya. Sedangkan penelitian di Bandung oleh Agus Kukuh Setiana (2002) dalam Anonim (2006a), dikatakan bahwa upaya untuk keterlibatan dokter praktek swasta digunakan untuk mendapatkan gambaran PSP (Pengetahuan, Sikap dan Perilaku) dokter praktek swasta tentang P2 TBC paru dan strategi DOTS, serta untuk mengembangkan model kemitraan PRM dengan dokter praktek swasta. Hasilnya menunjukkan 80% dari 42 dokter yang berpraktek di sekitar Puskesmas Soreang, Cimahi Tengah, melayani 20 pasien TBC paru baru per tahun. Namun hampir 50% tidak tahu tentang program DOTS dan 50% merujuk/ memeriksakan sputum ke laboratorium swasta. Pengetahuan ini sangat penting untuk melihat sejauh



mana keterlibatan pihak swasta dalam program P2 TBC dan faktor-faktor yang dapat diintervensi/diperbaiki.

Menurut penelitian Ivantika (2002) dalam Anonim (2006a), dikatakan bahwa peningkatan pengetahuan dan kepatuhan berobat dapat dilakukan dengan metode konseling pada penderita TB paru oleh petugas dan tenaga kesehatan, didapatkan sebesar 98,7% penderita menjadi lebih patuh setelah melakukan konseling dibandingkan dengan penderita yang tidak melakukan konseling yakni hanya 45,6% yang dinyatakan patuh sebagai kelompok kontrolnya. Penelitian oleh Aisyah tahun 2001 didapatkan data sebesar 73,9 % responden yang patuh berobat dan 26,1% responden yang tidak patuh berobat, kepatuhan berobat ini dikarenakan responden mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi mengenai TB paru (Anonim, 2006a).

#### b. Sikap

Mengenai sikap tentang pencarian pengobatan TBC diperoleh hasil Puskesmas sebagai tertinggi dengan 66%, praktek dokter (49%), RS Pemerintah (42%), RS Swasta (14%) dan praktek perawat/bidan (11%). Bagi penduduk di kawasan Jawa-Bali lebih memilih berobat di praktek dokter dan RS Swasta sedangkan di luar Jawa-Bali lebih banyak memilih Puskesmas, RS Pemerintah dan praktek perawat/bidan. Masyarakat pedesaan masih memilih berobat di dukun, praktek bidan dan Puskesmas. Masih terlihat adanya perbedaan sikap karena pengetahuan yang berbeda antara perkotaan dan pedesaan. Sikap untuk bersedia merawat dan merahasiakan anggota rumah tangga (ART) yang menderita TBC bagi di Luar Jawa-Bali cenderung merahasiakan dibandingkan kawasan Jawa-Bali Untuk persentase praktek penderita TBC ke fasilitas kesehatan Pemerintah atau Swasta yaitu 48% berbanding 43% yang menunjukkan kenaikan penggunaan fasilitas pemerintah. Dari hal tersebut terlihat bahwa sikap penderita berpengaruh dalam pemilihan pelayanan kesehatan (Anonim, 2006). Sedangkan menurut penelitian oleh Anorital (2004) dalam Anonim (2006a), disebutkan bahwa sikap yang positif merupakan salah satu faktor penting dalam pelaksanaan pengobatan sampai selesai bagi penderita filariasis.



## 2.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Berobat

Ada banyak faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat penderita tuberkulosis antara lain :

### 1) Pengetahuan penderita

Menurut Notoatmodjo (2003b: 120) faktor pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Sedangkan menurut penelitian sebelumnya Seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai suatu hal, cenderung akan mengambil keputusan yang lebih tepat berkaitan dengan masalah (Permata, 2002).

### 2) Sikap penderita

Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat (2003b: 165).

### 3) Kepercayaan dan Keyakinan penderita.

Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu (2003b: 165)

### 4) Fasilitas kesehatan

Jarak fasilitas kesehatan dan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan memiliki hubungan dengan kepatuhan berobat, dimana secara teori dikatakan semakin jauh jarak fasilitas kesehatan maka penderita akan semakin malas untuk datang karena biaya untuk transportasi yang harus ditanggungnya.

### 5) Adanya OAT secara kontinyu

Paduan ini disediakan dalam bentuk paket kombipak, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai satu paket untuk satu penderita dalam satu masa pengobatan (DepkesRI, 2002:39).



#### 6) Keberadaan PMO

Salah satu dari komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin keteraturan pengobatan diperlukan seorang PMO (DepkesRI, 2002: 48). PMO merupakan pengawas penderita menelaan obat secara teratur sampai pengobatan selesai dan mempunyai tugas untuk memberikan dorongan kepada penderita agar mau berobat teratur serta memberipenyuluhan pada keluarga dan penderita agar segera memeriksakan diri apabila ada gejala-gejala tersangka TBC (DepkesRI, 2002: 49).

#### 7) Tenaga Kesehatan

Menurut Survei Prevalensi Tuberkulosis (SP-TBC) 2004 (Anonim, 2006a) petugas kesehatan merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kepatuhan penderita dalam berobat. Dalam penelitian sebelumnya dikatakan bahwa yang diharapkan berperan aktif dalam melakukan penyuluhan oleh tenaga kesehatan yaitu hanya sebesar 36%, tentu saja masih jauh dari harapan.





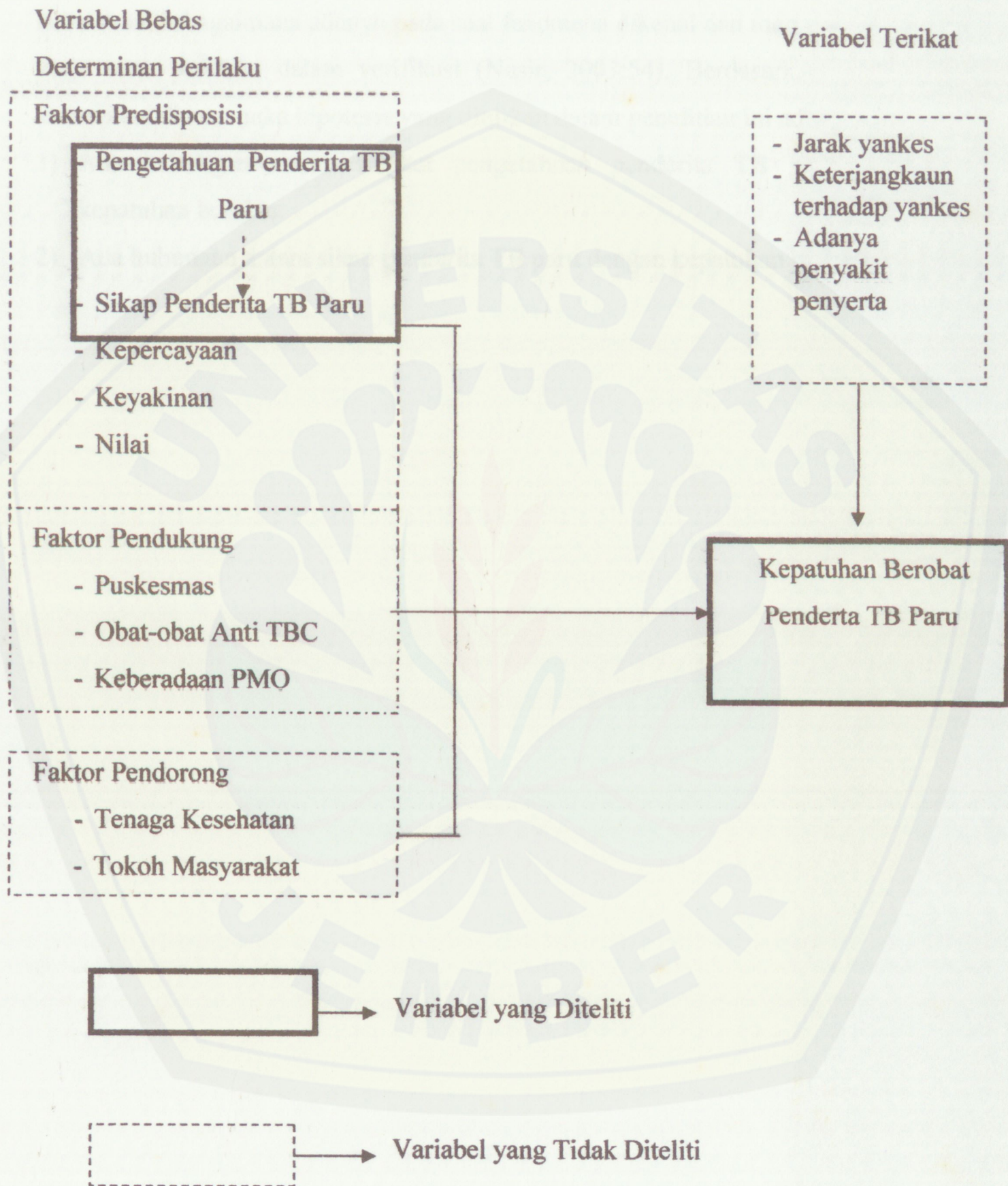
### 3.1 Kerangka Konseptual

Berdasarkan teori yang telah diuraikan sebelumnya maka peneliti mencoba membuat suatu kerangka konseptual mengenai pengetahuan dan sikap penderita TB paru dengan kepatuhan berobat. Kerangka ini berdasarkan teori L.W.Green tentang determinan perilaku, variabel pengetahuan dan sikap merupakan faktor predisposisi yang berhubungan dengan kepatuhan berobat dan diteliti sebagai variabel bebas. Sedangkan untuk variabel bebas yang lain adalah faktor pendukung dan pendorong yang berhubungan dengan kepatuhan berobat pada penderita TB paru namun tidak diteliti. Pengetahuan disini berhubungan dengan pemahaman penderita mengenai TB paru dan pengetahuan penderita pada kepatuhan berobat. Sedangkan sikap yang dimaksud yaitu reaksi yang masih tertutup dari penderita mengenai kepatuhan berobat. Reaksi dinyatakan dengan suatu pernyataan setuju atau tidak setuju. Kepatuhan berobat merupakan tindakan atau praktek yang dilakukan sebagai perwujudan dari pengetahuan dan sikap yang dimiliki oleh penderita. Menurut teori yang telah dikemukakan sebelumnya tindakan itu merupakan perwujudan dari perubahan perilaku. Perubahan perilaku seseorang merupakan suatu penerimaan atau pengadopsian perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap, yakni pengukuran pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang. Secara teori perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu mengikuti tahap-tahap yang telah disebutkan yakni melalui proses perubahan perilaku berdasarkan teori yang dikemukakan L. Green :

Pengetahuan (*knowledge*) ———— Sikap (*Attitude*) ———— Praktek (*practice*)  
 atau “KAP” (PSP). Variabel terikat dalam penelitian adalah kepatuhan berobat yang dijalankan penderita TB paru selama masa pengobatan 6-8 bulan untuk mencapai tingkat kesembuhan.



Kerangka konseptual tersebut dapat dilihat sebagai berikut:



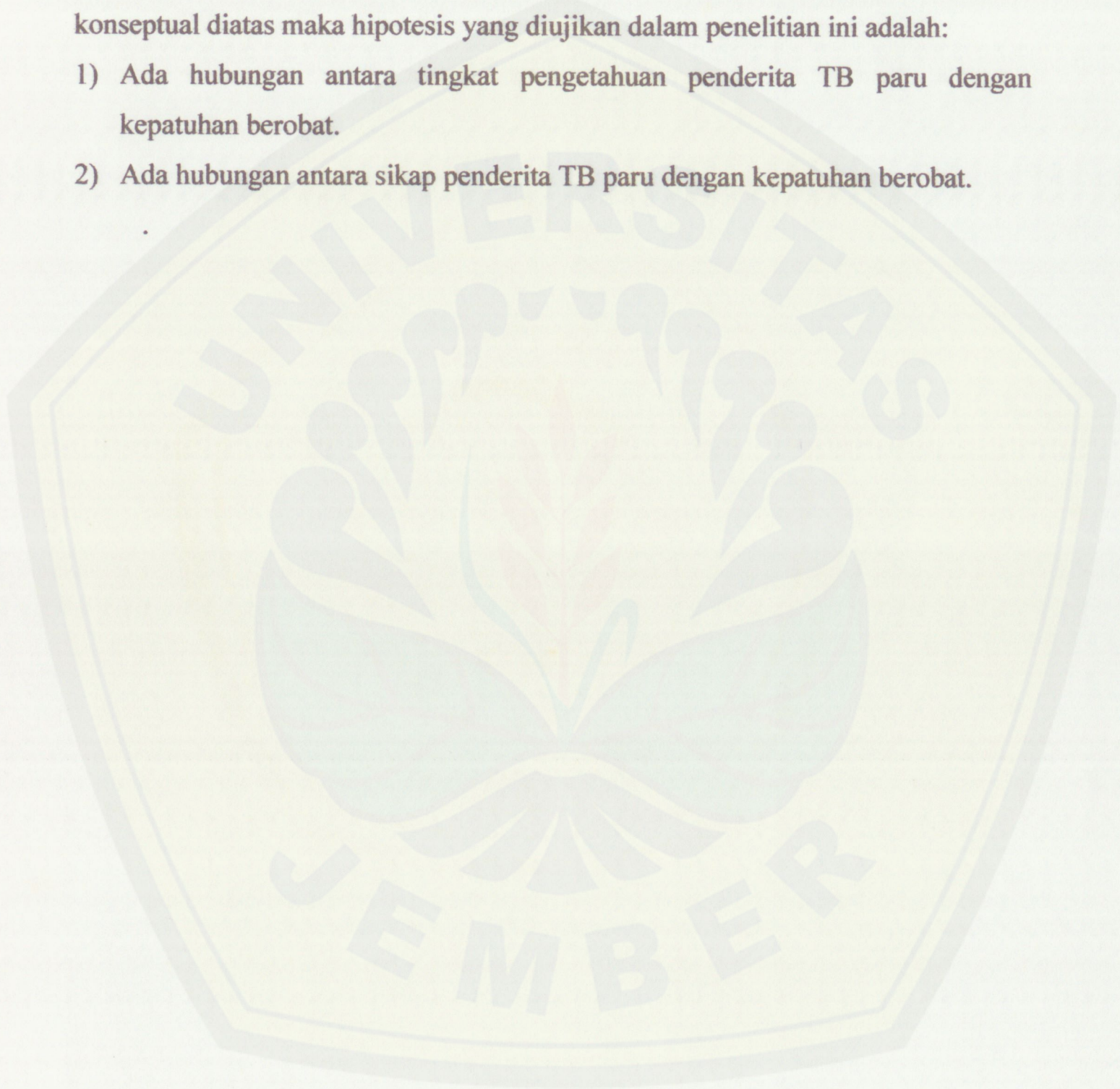
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan yang diterima secara sementara sebagai suatu kebenaran, sebagaimana adanya pada saat fenomena dikenal dan merupakan dasar kerja serta panduan dalam verifikasi (Nasir, 2003:54). Berdasarkan kerangka konseptual diatas maka hipotesis yang diujikan dalam penelitian ini adalah:

- 1) Ada hubungan antara tingkat pengetahuan penderita TB paru dengan kepatuhan berobat.
- 2) Ada hubungan antara sikap penderita TB paru dengan kepatuhan berobat.







## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Jenis dan Desain Penelitian

Berdasarkan klasifikasinya jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian analitik karena ditujukan untuk menguji hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam tentang hubungan-hubungan (Nasir, 2003: 87). Sedangkan dalam Notoatmodjo (2003a: 145), jenis penelitian seperti ini merupakan penelitian analitik karena mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi. Dalam hal ini fenomena yang dimaksud adalah hubungan pengetahuan dan sikap penderita TB paru dengan kepatuhan berobat. Berdasarkan waktu merupakan penelitian dilakukan dengan pendekatan *cross sectional* yakni suatu penelitian tanpa mengikuti perjalanan penyakit, tetapi dilakukan pengamatan sesaat atau dalam suatu periode tertentu dan setiap subjek hanya dilakukan satu kali pengamatan selama penelitian (Budiarto, 2003).

### 4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di wilayah kerja Puskesmas Pakusari, dimana lokasi ini dipilih karena sebagai salah satu kecamatan kota yang berada dekat dengan kawasan kampus, namun memiliki jumlah penderita TB paru yang tinggi dengan angka penemuan kasus atau *Case Detection Rate (CDR)* akibat TB Paru juga tinggi. Sedangkan waktu penelitian ini adalah bulan Maret-April 2007.

### 4.3 Populasi, Sampel, Teknik Pengambilan Sampel dan Informan Penelitian

#### 4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita TB paru yang berobat dan terdaftar di Puskesmas Pakusari yaitu sebanyak 47 penderita pada periode tahun 2006 dengan masa terakhir pengobatan bulan desember.



#### 4.3.2 Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian atau seluruh anggota yang diambil dari seluruh objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2003a: 79). Adapun sampel yang dipergunakan dalam penelitian adalah seluruh penderita TB paru yang berobat dan terdaftar di Puskesmas Pakusari yaitu sebanyak 47 penderita pada periode tahun 2006 dengan masa terakhir pengobatan bulan desember. Hal ini didasarkan pada pendapat Arikunto (2003; 125) ” bahwa apabila jumlah subjek dalam penelitian kurang dari seratus orang maka akan lebih baik diambil semua sehingga penelitiannya merupakan penelitian populasi”.

Berdasarkan uraian tersebut, maka peneliti dalam pengambilan sampel menggunakan metode sampling jenuh atau sensus. Sampling jenuh atau sensus menurut Sugiyono (2003; 96) adalah teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Jumlah sampel atau populasi di Puskesmas Pakusari ini adalah sebanyak 47 penderita yang berobat periode tahun 2006 dan masa pengobatan terakhir bulan desember. Jika dalam pelaksanaan pengambilan data ada penderita yang sudah meninggal dunia maka langsung dianggap *drop* (keluar) dari penelitian ini.

#### 4.3.3 Informan Penelitian

Informan dalam penelitian adalah penderita TB Paru wilayah Pakusari yang terpilih menjadi sampel penelitian. Data diperoleh dengan cara wawancara menggunakan kuesioner terstruktur pada responden. Hal ini dilakukan dengan cara mengunjungi responden di tempat tinggalnya.



#### 4.4 Variabel dan Definisi Operasional.

Variabel tergantung (*dependent*) dalam penelitian adalah kepatuhan berobat. Sedangkan variabel bebas dalam penelitian adalah pengetahuan dan sikap responden.

Tabel 4.1 Variabel dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1.	Karakteristik Penderita	Ciri-ciri yang dimiliki responden sebagai bagian dari identitasnya
	a. Jenis kelamin	Ciri fisik dan biologis yang dimiliki responden yang membedakan laki-laki atau perempuan
	b. Usia	Usia responden saat dilakukan wawancara terhitung setelah ulang tahun terakhir
	c. Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir formal yang pernah ditempuh oleh responden
	d. Jenis Pekerjaan	Mata pencaharian yang dimiliki oleh responden untuk mendapatkan sumber ekonomi atau penghasilan.
2.	Pengetahuan	<p>Pengetahuan responden tentang TB meliputi pengertian TB, kuman TB, gejala TB, cara penularan, risiko penularan, infeksi dan komplikasi penyakit TB paru serta pengobatan TB paru. Penilaian pengetahuan melalui pertanyaan sebanyak 12 butir pilihan ganda. Skor yang digunakan rumus (Arikunto, 2003).</p> $S = R - \frac{W}{(n-1)}$ <p>Dimana:            S= skor            R= banyaknya jawaban benar            W= banyaknya jawaban salah            n = banyaknya pilihan jawaban (3 butir).</p>
3.	Sikap	Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap ini terkait dengan cara penularan dan cara pengobatan TB Paru di Puskesmas. Jawaban responden hanya terbatas pada setuju atau tidak setuju karena sikap merupakan reaksi yang masih tertutup. Sikap ini dapat berupa pernyataan positif dan negatif. Jawaban pernyataan sikap dinyatakan dalam rating scale (skala bertingkat) dimana penilaian yang digunakan adalah skala bebas. Pernyataan ada 12 item, terdiri dari 3 jawaban yaitu (Arikunto, 2003):



No	Variabel	Definisi Operasional
		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk pilihan jawaban setuju pada sikap positif/tidak setuju pada sikap yang negatif mendapatkan nilai 2.</li> <li>b. Untuk pilihan jawaban yang ragu-ragu nilai 1</li> <li>c. Untuk jawaban setuju pada sikap negatif atau tidak setuju pada sikap positif mendapatkan nilai 0</li> </ul>
4.	Tindakan Kepatuhan Berobat	<p>Suatu bentuk nyata dari sikap seseorang. Tindakan disini adalah kepatuhan penderita untuk berobat dan selesainya waktu pengobatan yang diberikan. Pertanyaan tentang tindakan ini meliputi 5 pertanyaan terdiri dari 3 jawaban dimana penilaian yang digunakan adalah skala bebas, yaitu (Arikunto, 2003):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Untuk pilihan jawaban lebih dari sekali (sering) pada tindakan positif/tidak pernah pada tindakan negatif nilai 2.</li> <li>b. Pilihan jawaban pernah sekali (kadang-kadang) mendapatkan nilai 1</li> <li>c. Jawaban lebih dari sekali (sering) pada tindakan negatif/tidak pernah pada tindakan positif mendapatkan nilai 0.</li> </ul>

#### 4.5 Data, Sumber Data, dan Skala Data Penelitian

Data dan sumber data dalam penelitian ini adalah :

##### 1) Data Primer

Data primer merupakan data yang didapat dari sumber pertama, baik dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasa dilakukan oleh peneliti (Sugiarto, 2003). Data primer tentang pengetahuan didapatkan dari tes pengetahuan yang berisi 12 item pertanyaan dengan tipe jawaban pilihan. Untuk sikap data didapatkan dari kuesioner terstruktur yang berisi 12 item pernyataan dengan pilihan jawaban setuju dan tidak setuju, sedangkan untuk tindakan data diperoleh dari kuesioner terstruktur yang berisi 5 item pertanyaan dengan pilihan jawaban pernah atau tidak pernah. Data primer ini diperoleh melalui wawancara menggunakan kuesioner terstruktur pada responden dengan berkunjung ke rumahnya. Data tersebut masih dalam bentuk mentah sehingga membutuhkan proses pengolahan terlebih dahulu.



## 2) Data Sekunder

Data sekunder merupakan data primer yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel-tabel atau diagram-diagram (Sugiarto, 2003). Data dalam penelitian ini diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember.

## 3) Skala Data

Tabel 4.2 Variabel, Sumber Data, Skala Data, Skor dan Kategori

No	Variabel	Sumber Data	Skala Data	Skor	Kategori
1.	Karakteristik Penderita	Data Primer			
a.	Jenis kelamin	Data primer	Nominal		Laki-laki Perempuan
b.	Usia	Data Primer	Interval		Remaja 13-18 th Dewasa awal 19-40 th Dewasa madya 41-60 th Usia lanjut > 60 th (Irwanto, 2002)
c.	Pendidikan	Data Primer	Ordinal		Tidak sekolah Tidak lulus SD Lulus SD SMP SMA PT (Anwar, 2003)
d.	Jenis Pekerjaan	Data Primer	Nominal		PNS TNI/Polisi Wiraswasta Pedagang Petani Buruh tani Lain-lain
2.	Pengetahuan	Data Primer	Ordinal	Ketentuan skor diperoleh dengan membagi total skor pada nilai median, sehingga nilai yang diperoleh sbb: $\leq 6$ $> 6$	Pengetahuan tinggi Pengetahuan rendah



No	Variabel	Sumber Data	Skala Data	Skor	Kategori
3.	Sikap	Data primer	Ordinal	Ketentuan skor Maksimal $2 \times 12 = 24$ Median $1 \times 12 = 12$ Minimal $0 \times 12 = 0$ Skor diperoleh dengan membagi total skor pada nilai median, sehingga nilai yang nilai : $\leq 12$ $> 12$	Sikap mendukung Sikap tidak mendukung
4.	Tindakan kepatuhan berobat	Data Primer	Ordinal	Ketentuan skor diperoleh nilai point A sebagai berikut; Maximal $2 \times 5 = 10$ Median $1 \times 5 = 5$ Minimal $0 \times 5 = 0$ Skor pada point B: Selesai tepat waktu skor 2 Selesai tidak tepat waktu skor 1 Drop out skor 0 Skor total diperoleh dengan membagi total skor pada nilai median dengan menjumlahkan point A dan B sehingga diperoleh nilai sebagai berikut (Arikunto, 2003). $\leq 6$ $> 6$	Patuh dan Selesai tepat waktu Tidak Patuh (Patuh tetapi selesai tidak tepat waktu dan <i>Drop Out</i> )



#### 4.6 Teknik Penyajian dan Analisis Data

Dari hasil survei data yang diperoleh, untuk karakteristik responden dan identitas responden disajikan dalam bentuk tabel. Sedangkan untuk pengetahuan, sikap dianalisis secara kuantitatif menggunakan bantuan *software* komputer program SPSS 11.50 dengan uji *chi square* untuk melihat adanya hubungan antara pengetahuan dan sikap penderita TB Paru dengan kepatuhan berobat.). Ketentuan yang digunakan dalam pengujian adalah apabila nilai  $p < \alpha$  dengan  $\alpha = 0,05$  maka H1 diterima, hal tersebut berarti ada hubungan antara pengetahuan dan sikap penderita TB paru terhadap kepatuhan berobat. Tetapi apabila  $p > \alpha$  maka H1 ditolak, hal ini berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan dan sikap penderita TB paru terhadap kepatuhan berobat yang signifikan antara pengetahuan dan sikap penderita TB paru terhadap kepatuhan berobat.





## BAB 5. HASIL PENELITIAN

### 5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Kecamatan Pakusari terletak terlebih kurang 11 km kearah timur dari ibukota Kabupaten Jember. Secara Geografis kecamatan ini merupakan hamparan rendah dengan ketinggian rata-rata berkisar antara 135 hingga 151 meter di atas permukaan laut. Ada dua sungai yang membelah di wilayah ini yaitu, Sungai Mrawan dan Sungai Mayang. Kecamatan ini berbatasan dengan Kecamatan Arjasa di sebelah Utara dan dengan Kecamatan Sumpalsari di sebelah barat, Sedangkan di sebelah selatan dan timur masing-masing berbatasan dengan Kecamatan Mayang dan Kecamatan Kalisat.

Kecamatan Pakusari membawahi tujuh desa yaitu Kertosari, Pakusari, Jatian, Subo, Sumberpinang, Bedadung dan Patemon dengan luas wilayah 29,19 km<sup>2</sup>. Dari laporan registrasi penduduk tahun 2006 sebesar 39.248 jiwa. Kondisi tanah di kecamatan ini terbilang subur sehingga sebagian besar mata pencaharian utama penduduk adalah sektor pertanian. Sebanyak 49,35% dari 28.294 rumah tangga menggantungkan hidup di sektor pertanian. Lebih kurang sekitar 81,98% wilayah ini diberdayakan untuk menunjang sektor pertanian yaitu berupa sawah sebesar 56,66% dan tegalan sebesar 25,32%. Mata pencaharian masyarakat di wilayah ini sebagian besar adalah petani diikuti dengan buruh gudang tembakau, pedagang dan pegawai Pemerintah maupun swasta. Kultur yang kuat terbentuk karena sebagian besar masyarakatnya adalah Suku Madura yang sulit meninggalkan kebiasaan yang sudah melekat dalam perikehidupan mereka secara turun-temurun. Sebagian besar masyarakat juga belum dapat menempuh wajib belajar 9 tahun.

Ketersediaan sarana pendidikan khususnya pada sekolah tingkat dasar khususnya sudah memadai. Namun hanya ada satu buah SMP dan satu buah SMA di daerah ini. Keberadaan PT. Perkebunan Nusantara X (Persero)/Kertosari sebagai industri pengolah daun tembakau menjadi bahan baku rokok/cerutu yang berkualitas, secara



sebesar 47 orang responden. Berkurangnya jumlah responden ini dikarenakan sebesar 5 orang diketahui meninggal dunia dengan rincian 4 responden berjenis kelamin laki-laki dan 1 responden berjenis kelamin perempuan.

## 2) Usia Responden

Usia responden merupakan karakteristik yang dimiliki responden yang membedakan tingkat kedewasaan responden. Usia responden saat dilakukan wawancara terhitung setelah ulang tahun terakhir dan dari hasil penelitian diperoleh data sebagai berikut:

Tabel 5. 2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur

Umur (tahun)	Jumlah	Persentase (%)
Remaja 13-18	1	2,4
Dewasa awal 19-40	23	54,7
Dewasa madya 41-60	17	40,5
Usia lanjut > 60	1	2,4
Total	42	100

*Sumber: Data Primer Terolah, Mei 2007*

Berdasarkan data hasil penelitian diperoleh distribusi umur paling banyak pada penderita adalah golongan umur dewasa awal yakni berkisar antara 19-40 tahun sebesar 23 penderita (54,7%). Sedangkan sebesar 5 responden yang dinyatakan drop out dikarenakan meninggal dunia setelah selesai menjalani masa pengobatan masing-masing responden yang meninggal berumur 29 tahun, 56 tahun, 36 tahun, 76 tahun dan 19 tahun.

## 3) Tingkat Pendidikan Responden

Tingkat pendidikan responden merupakan Jenjang pendidikan terakhir formal yang pernah ditempuh oleh responden. Tingkat pendidikan ini dapat dilihat pada tabel hasil penelitian sebagai berikut:



Tabel 5. 3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
Tidak Sekolah	-	-
Tidak Lulus SD	7	16,7
Lulus SD	21	50
SMP	12	28,5
SMA	2	4,8
PT	-	-
Total	42	100

Sumber: Data Primer Terolah, Mei 2007

Berdasarkan data hasil penelitian dapat diketahui tingkat pendidikan terakhir yang pernah ditempuh oleh penderita yaitu distribusi terbesar pada tingkatan lulus sampai sekolah dasar yaitu sebesar 21 responden (50%) separuh dari jumlah responden dan diikuti oleh lulusan SMP sebesar 12 responden (28,5%). Sedangkan untuk tingkat pendidikan perguruan tinggi dan tidak pernah mengenyam pendidikan tidak ditemukan pada responden penderita tuberkulosis di Wilayah Pakusari pada tahun 2006. Dari tabel 5.3 dapat diketahui rata-rata masyarakat pakusari sudah menempuh pendidikan meskipun belum memenuhi criteria wajib belajar 9 tahun yang dianjurkan oleh pemerintah.

#### 4) Jenis Pekerjaan Responden

Jenis pekerjaan responden Mata pencaharian yang dimiliki oleh responden untuk mendapatkan sumber ekonomi atau penghasilan. Jenis pekerjaan yang paling banyak ditekuni responden dapat dilihat pada tabel hasil penelitian sebagai berikut:



Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Jenis Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
PNS	-	-
TNI/Polisi	1	2,4
Wiraswasta	4	9,5
Pedagang	1	2,4
Petani	21	50
Buruh	5	11,9
Tidak Bekerja	9	21,4
Lain-lain	1	2,4
Total	42	100

Sumber: Data Primer Terolah, Mei 2007

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui hasil penelitian yaitu sebagian besar responden bekerja sebagai petani pemilik lahan sendiri yakni sebesar 21 responden (50%) dan sebesar 9 responden (21,4%) berstatus tidak bekerja.

### 5.2.2 Tingkat Pengetahuan Responden

Pengetahuan responden tentang TB paru meliputi pengertian TB, kuman TB, gejala TB, cara penularan, risiko penularan, infeksi dan komplikasi penyakit TB paru serta pengobatan TB paru. Pengetahuan tersebut dapat diketahui berdasarkan kemampuan responden menjawab 12 pertanyaan. Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat pengetahuan disajikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Penderita TB Paru Berdasarkan Tingkat Pengetahuan

Tingkat Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
Tinggi	11	26,2
Rendah	31	73,8
Total	42	100

Sumber: Data Primer Terolah, Mei 2007



Tingkat pengetahuan responden penderita TB paru dikategorikan menjadi pengetahuan tinggi, sedang dan rendah. Berdasarkan hasil penelitian tingkat pengetahuan responden penderita TB paru mayoritas kategori rendah yaitu sebesar 31 responden (73,8%).

### 5.2.3 Sikap Responden

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap ini terkait dengan cara penularan dan cara pengobatan TB Paru di Puskesmas. Berdasarkan pernyataan responden terhadap 12 pernyataan diperoleh distribusi frekuensi sikap responden pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Penderita TB Paru Berdasarkan Sikap

Sikap Responden	Jumlah	Persentase (%)
Mendukung	36	85,7
Tidak Mendukung	6	14,3
Total	42	100

*Sumber: Data Primer Terolah, Mei 2007*

Sikap responden penderita TB paru dikategorikan menjadi sikap mendukung dan tidak mendukung. Tabel 5.6 menunjukkan mayoritas distribusi frekuensi responden pada sikap mendukung yaitu sebesar 36 responden (85,7%).

### 5.2.4 Tingkat Kepatuhan Responden

Tingkat kepatuhan berobat pada penderita TB paru dalam menjalankan masa pengobatan selama enam bulan. Tingkat kepatuhan diketahui berdasarkan 5 pertanyaan dan lamanya menyelesaikan pengobatan (tepat waktu atau tidak). Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat kepatuhan berobat disajikan dalam tabel 5.7 sebagai berikut:



Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Umur Penderita TB Paru dengan Kepatuhan Berobat  
Tingkat Kepatuhan Berobat

Umur Penderita (tahun)	Patuh		Tidak Patuh		Jumlah	
	n	%	n	%	N	%
13-18 (Remaja)	1	100	-	-	1	2,4
19-40 (Dewasa Awal)	20	83,3	4	16,7	24	57,1
41-60 (Dewasa Madya)	13	81,3	3	18,7	16	38,1
> 60 (Usia Lanjut)	1	100	-	-	1	2,4
Total	35	83,3	7	16,7	42	100

Sumber : Data Primer Terolah, Mei 2007

Tabel 5.9 menunjukkan hasil tabulasi silang antara umur dengan tingkat kepatuhan penderita. Tingkat umur dengan tindakan patuh berobat yang terbesar berada pada rentang antara 13-18 tahun (remaja) dan >60 tahun (usia lanjut) masing-masing sebesar 1 responden (100%) sedangkan pada kategori tindakan yang tidak patuh jumlah terbesar terdapat pada rentang umur 41-60 Tahun (dewasa madya) yaitu sebesar 3 responden (18,7%).

Pada tabel 5.10 menggambarkan tabulasi silang distribusi frekuensi antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan berobat. Tingkat pendidikan merupakan jenjang pendidikan formal yang pernah ditempuh oleh penderita. Secara lebih jelas terlihat sebagai berikut:



Tabel 5

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Penderita TB Paru dengan Kepatuhan Berobat

Tingkat Pendidikan	Tingkat Kepatuhan Berobat				Jumlah	
	Patuh		Tidak Patuh			
	n	%	n	%	N	%
Tidak Sekolah	-	-	-	-	-	-
Tidak Lulus SD	5	71,4	2	28,6	7	16,7
Lulus SD	18	85,7	3	14,3	21	49,9
SMP	10	83,3	2	16,7	12	28,6
SMA	2	100	-	-	2	4,8
PT	-	-	-	-	-	-
Total	35	83,3	7	16,7	42	100

Sumber : Data Primer Terolah, Mei 2007

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh tabulasi silang antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan berobat terbesar pada responden adalah lulusan SMA yaitu sebesar 2 responden (100%) sedangkan pada responden yang tidak patuh berada pada tingkat pendidikan tidak lulus SD yaitu sebesar 2 responden (28,6%).

Sedangkan hasil tabulasi silang distribusi frekuensi antara umur penderita dengan tingkat kepatuhan berobat penderita TB paru secara rinci dapat dilihat pada tabel dibawah ini:



Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi Jenis Pekerjaan Penderita TB Paru dengan Kepatuhan Berobat

Jenis Pekerjaan	Tingkat Kepatuhan Berobat				Jumlah	
	Patuh		Tidak Patuh			
	n	%	n	%	N	%
PNS	-	-	-	-	-	-
TNI/Polri	1	100	-	-	1	2,4
Wiraswasta	3	75	1	25	4	9,5
Pedagang	1	100	-	-	1	2,4
Petani	17	81	4	19	21	49,9
Buruh	5	100	-	-	5	11,9
Tidak Bekerja	7	77,8	2	22,2	9	21,5
Lain-lain	1	100	-	-	1	2,4
Total	35	83,3	7	16,7	42	100

Sumber : Data Primer Terolah, Mei 2007

Berdasarkan tabel 5.11 diatas dapat diketahui jumlah responden dengan mata pencaharian TNI/polri, pedagang, buruh dan lain-lain memiliki tingkat kepatuhan paling tinggi yaitu sebesar 100%, sedangkan pada responden yang tidak patuh jumlah terbesar juga berasal dari mereka yang memiliki mata pencaharian sebagai wiraswasta yaitu sebesar 1 responden (25%).

### 5.3 Analisis Data

Analisis data berdasarkan data yang telah dikumpulkan meliputi hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan berobat dan hubungan antara sikap dengan kepatuhan berobat dapat diketahui secara lebih rinci sebagai berikut:



### 5.3.1 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan Penderita TB Paru dengan Kepatuhan Berobat

Hasil penelitian menunjukkan semakin tinggi tingkat pengetahuan penderita TB paru semakin patuh dalam menjalankan pengobatan hingga selesai dan tepat waktu. Sedangkan tingkat pengetahuan responden didominasi oleh pengetahuan rendah sebesar 24 responden (77,4%). Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat pengetahuan penderita TB paru dengan kepatuhan berobat disajikan dalam tabel 5.12 sebagai berikut:

Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden dengan Kepatuhan Berobat

Tingkat Pengetahuan Responden	Tingkat Kepatuhan Berobat				Jumlah	
	Patuh		Tidak Patuh			
	n	%	n	%	N	%
Rendah	24	77,4	7	22,6	31	73,8
Tinggi	11	100	-	-	11	26,2
Total	35	83,3	7	16,7	42	100

Sumber : Data Primer Terolah, Mei 2007

Hubungan antara pengetahuan penderita TB paru dengan kepatuhan berobat dapat diketahui dengan melakukan uji *chi square* dengan tabel 2x2. Hasil uji angka probabilitas sebesar 0,097. Hasil uji tersebut menunjukkan  $P > \alpha$  ( $0,097 > 0,05$ ) sehingga  $H_0$  diterima yang dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan penderita dengan kepatuhan berobat (Lampiran D).

### 5.3.2 Hubungan antara Sikap Penderita TB Paru dengan Kepatuhan Berobat

Hasil penelitian menunjukkan hubungan sikap penderita dengan kepatuhan berobat didominasi oleh sikap mendukung dan tindakan patuh berobat yaitu sebesar 35 responden (97,2%). Distribusi frekuensi berdasarkan sikap penderita dengan kepatuhan berobat disajikan dalam tabel 5.13 sebagai berikut:



Tabel 5.13 Distribusi Frekuensi Sikap Responden dengan Kepatuhan Berobat  
Tingkat Kepatuhan Berobat

Sikap Responden	Patuh		Tidak Patuh		Jumlah	
	n	%	n	%	N	%
Mendukung	35	97,2	1	2,4	36	85,7
Tidak Mendukung	-	-	6	100	6	14,3
Total	35	83,3	7	16,7	42	100

Sumber : Data Primer Terolah, Mei 2007

Hubungan antara sikap penderita dengan kepatuhan berobat dapat diketahui dengan melakukan uji *chi square*. Hasil uji angka menunjukkan probabilitas yaitu sebesar 0,004 Angka tersebut menunjukkan  $P < \alpha$  ( $0,004 < 0,05$ ) sehingga  $H_0$  ditolak yang dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap penderita dengan kepatuhan berobat (Lampiran D).



## BAB 6. PEMBAHASAN



### 6.1 Karakteristik Responden

Hasil penelitian yang telah dilakukan di wilayah Kecamatan Pakusari pada bulan Maret-April 2007 didapatkan hasil bahwa sebanyak 47 penderita TB paru yang masa pengobatannya berakhir pada bulan desember 2006. Dari 47 penderita yang terdaftar 5 diantaranya telah meninggal dunia karena adanya komplikasi dengan penyakit lain sehingga jumlah penderita yang dijadikan responden hanya 42 penderita. Karakteristik responden merupakan ciri-ciri yang dimiliki oleh responden sebagian dari identitasnya. Karakteristik disini meliputi jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan dari responden. Hasil penelitian diperoleh persentase jenis kelamin responden terbanyak adalah perempuan sebanyak 22 responden (52,4%) sedangkan laki-laki sebesar 20 responden (47,6%). Hal ini sesuai dengan teori bahwa perempuan lebih rentan untuk terkena penyakit karena fisiknya yang lemah sehingga daya tahan tubuh terhadap suatu penyakit juga cenderung lemah. Sedangkan laki-laki memiliki kecenderungan angka kematian lebih besar dibandingkan perempuan. Hal ini terbukti dari 5 penderita yang meninggal 4 diantaranya adalah berjenis kelamin laki-laki. Hal ini sesuai dengan laporan WHO tahun 1995 bahwa tiap tahun ada 9 juta penderita TBC baru dan 75 % kasus kematian dan kesakitan masyarakat diderita oleh orang-orang pada umur produktif dari 15 sampai 54 tahun.

Faktor umur merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan penderita dalam menjalani masa pengobatan. Umumnya pada golongan umur lebih tua lebih tidak teratur dan tidak patuh dalam menjalankan pengobatan. Adapun alasan mereka untuk memberhentikan pengobatan antara lain menyatakan karena kondisi badan sudah tua, tidak mau merepotkan anak dan keluarga yang lain serta adanya sikap pasrah pada kehendak yang kuasa karena merasa sudah dekat dengan Sang Pencipta Alam.



Berdasarkan jenis pekerjaan yang dimiliki oleh responden didapatkan hasil penelitian sebesar 21 responden (51,4%) bermata pencaharian sebagai petani dengan pemilik sawah dan lahan pertanian sendiri. Hal ini sesuai dengan karakteristik geografis yang dimiliki oleh Kecamatan Pakusari (BPS Jember, 2005) yaitu kondisi tanah yang relatif subur sehingga sebagian besar mata pencaharian utama penduduk adalah sektor pertanian. Sebanyak 49,35% dari 28.294 rumah tangga menggantungkan hidup di sektor pertanian. Lebih kurang sekitar 81,98% wilayah ini diberdayakan untuk menunjang sektor pertanian yaitu berupa sawah sebesar 56,66% dan tegalan sebesar 25,32%.

Pekerjaan seseorang akan mempengaruhi keteraturan pengobatan karena jenis pekerjaan seseorang akan mempengaruhi kesempatan datang ke pelayanan kesehatan (Rumah Sakit atau Puskesmas) untuk berobat. Pekerjaan yang dimiliki penderita ini secara langsung berhubungan dengan tingkat sosial ekonomi keluarga. Penderita yang memiliki pekerjaan yang tetap tentunya akan dapat mencukupi kebutuhan keluarganya dengan baik. Menurut penelitian sebelumnya dinyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dan sosial ekonomi dengan keadaan putus berobat pada penderita TB paru. Sebagian besar responden berasal dari golongan sosial ekonomi rendah umumnya mereka lebih mementingkan pekerjaan daripada pergi berobat (Gani, 1998). Hasil penelitian menunjukkan umumnya responden tergolong patuh dalam berobat. Hal ini dikarenakan sebagian dari mereka dalam mengambil obat diwakili oleh keluarga mereka dan sekaligus juga bertugas untuk mengawasi penderita dalam minum obat sehingga kemungkinan penderita lalai dalam berobat dapat dicegah.

Faktor pendidikan merupakan salah satu faktor yang cukup menentukan pengetahuan dan sikap serta patuh atau tidaknya seseorang terhadap pengobatan yang sedang dijalani. Secara teori semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik pula tingkat pengetahuan yang dimiliki terkait penyakit yang diderita dan cara pengobatannya. Tingkat pendidikan responden didominasi oleh lulusan sekolah dasar yaitu sebesar 21 responden (50%) dan lulusan tingkat SMP sebesar 12 responden



(28,5%). Tingkat pendidikan responden masih relatif rendah dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit tuberkulosis dan cara pengobatan yang benar.

Menurut Setiawan (2001) tingkat pendidikan berhubungan dengan intelektualitas yang dimiliki seseorang. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi tentu memiliki pengetahuan yang lebih tinggi dari mereka yang memiliki tingkat pendidikan rendah dan hal ini dapat berpengaruh pada penilaian, persepsi dan sikap mereka. Sedangkan menurut Muhazam (1995) dalam Kurniawan (2006) dinyatakan bahwa seseorang yang tidak berpendidikan atau pendidikan rendah serta golongan rendah kurang memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia. Hasil penelitian terjadi hal yang sebaliknya sebagian besar penderita hanya lulusan SD dan SMP tetapi mereka patuh dalam berobat bahkan sampai selesai dan sembuh karena adanya faktor lain yakni keberadaan Pengawas Menelan Obat (PMO) dan petugas yang sering mengontrol ke rumah penderita untuk mengetahui praktek penderita terhadap obat yang sudah diberikan.

## 6.2 Tingkat Kepatuhan Berobat Responden

Tindakan kepatuhan berobat yang dilakukan oleh penderita terkait dengan Patuh dan Selesai tepat waktu, Patuh tetapi selesai pengobatannya tidak tepat waktu atau *Drop Out* dalam menjalankan masa pengobatan yang relatif lama yaitu sekitar enam bulan. Hasil penelitian diperoleh terbesar adalah 35 responden (83,3%) dengan tindakan patuh dalam menjalankan masa pengobatan yang relatif lama.

Tingkat kepatuhan berobat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, adanya PMO baik dari tenaga kesehatan maupun keluarga, ketersediaan sarana dan prasarana pengobatan di puskesmas serta adanya kepercayaan, sikap, nilai dan persepsi dari penderita. Berdasarkan tabel 5.8 dapat dilihat jenis kelamin penderita yang paling patuh adalah perempuan yaitu sebesar 19 responden (86,4%) sedangkan jenis kelamin laki-laki hanya sebesar 16 responden (80%). Hasil ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa jenis kelamin perempuan akan lebih patuh dan taat serta rajin dalam



menjalankan pengobatan. Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan Gani (1998) bahwa adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan berobat yaitu sebesar 70% penderita putus berobat adalah laki-laki dan 30% adalah perempuan. Pada umumnya jenis kelamin perempuan lebih taat dan teratur berobat dari pada laki-laki. Karena perempuan lebih memiliki kecenderungan sifat rajin dan telaten termasuk dalam pencarian pengobatan.

Berdasarkan tingkat umur diperoleh hasil penelitian persentase terbesar pada rentang umur dewasa madya yaitu umur 19-40 tahun sebesar 23 responden (54,7%) dimana pada rentang usia seperti ini merupakan usia produktif sehingga kemungkinan untuk berinteraksi dengan orang lain sangat besar termasuk untuk terjangkit penyakit menular berbahaya seperti tuberkulosis. Umur mempunyai hubungan dengan tingkat kepatuhan berobat penderita. Dari tabel 5.9 dapat diketahui golongan umur 13-18 tahun (remaja) dan >60 tahun (Usila) memiliki tingkat kepatuhan paling tinggi yaitu 100% (1 responden) sedangkan pada responden yang tidak patuh berada pada golongan umur 41-60 (dewasa madya yaitu sebesar 3 responden (18,7%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur remaja dan usila memiliki tingkat paling patuh karena umumnya pada umur seperti tersebut lebih patuh menjalankan perintah dan nasehat petugas kesehatan pada saat berobat. Sedangkan pada usia reproduktif banyak penderita yang tidak patuh mungkin dikarenakan kesibukan pada aktifitas dan pekerjaan yang membuat mereka lalai atau tidak patuh.

Faktor tingkat pendidikan mempunyai hubungan dengan kepatuhan berobat penderita. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.10. Umumnya mereka yang berpendidikan tinggi cenderung untuk lebih patuh dalam berobat. Hasil penelitian menunjukkan pada tingkat pendidikan lulus SMA paling patuh yaitu sebesar 2 responden (100%) pada penderita yang tidak patuh jumlah terbesar pada mereka yang hanya lulusan SD yaitu sebesar 2 responden (28,6%). Menurut Suswati (2006) menyatakan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan berobat. Hal ini dapat dikarenakan pola pengobatan TB paru yang memang memiliki atura sendiri, tentang jenis obatnya yang lebih dari satu dan lama pengobatannya minimal 6



bulan. Aturan ini membuat penderita merasa bosan atau terbebani dan ditengah pengobatan merasa sudah sembuh sehingga menghentikan minum obat ditengah waktu. Kondisi seperti ini sangat mengkhawatirkan karena dapat memicu timbulnya kuman resisten yang mengancam kesehatan secara global.

Faktor jenis pekerjaan juga mempunyai pengaruh dengan tingkat kepatuhan berobat. Karena pada umumnya pekerjaan seseorang akan mempengaruhi keteraturan pengobatan. Pekerjaan seseorang akan mempengaruhi kesempatan untuk datang ke rumah sakit atau puskesmas untuk berobat. Di samping hal tersebut mengingat sebagian besar penderita berasal dari golongan sosial ekonomi rendah maka mereka lebih mementingkan pekerjaan daripada pergi kerumah sakit atau puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan sebesar 25% responden yang tidak patuh adalah golongan wiraswasta (tabel 5.11)

Sedangkan tingkat kepatuhan berobat penderita TB paru di Puskesmas pakusari ini juga dapat dikarenakan oleh adanya pembukaan hari khusus untuk penderita tuberkulosis paru yaitu pada setiap hari rabu. Tujuan dari pembukaan hari khusus ini adalah memantau tata laksana penderita sehingga keteraturan dan kepatuhan minum obat penderita dapat langsung dipantau oleh petugas yang bersangkutan.

Aditama (2002) mengemukakan bahwa tingkat kepatuhan dalam pengobatan TB juga dipengaruhi oleh adanya dukungan keluarga seperti pendampingan pada saat melakukan pengobatan. Dengan adanya dukungan dan pendampingan dari keluarga secara tidak langsung akan memberikan dukungan moral bagi penderita untuk patuh dalam melakukan pengobatan karena mengingat penilaian masyarakat terhadap mereka yang menderita penyakit ini dianggap sebagai kutukan dan harus dijauhi. Hal yang serupa juga diungkapkan oleh Kusnanto dkk. (2004) bahwa faktor sosial seperti dukungan keluarga berperan terhadap patuh atau tidaknya seseorang melakukan pengobatan TB paru. Pernyataan yang sama juga dikemukakan oleh Niven (2002) bahwa dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain seperti teman, waktu dan uang merupakan faktor penting dalam kepatuhan terhadap program-program medis.



### 6.3 Hubungan antara Tingkat Pengetahuan dengan Kepatuhan Berobat

Pengetahuan penderita TB paru yaitu mengenai pengertian TB, kuman TB, gejala TB, cara penularan, risiko penularan, infeksi dan komplikasi penyakit TB paru serta pengobatan TB paru. Pengetahuan ini diperoleh oleh penderita TB paru melalui indera yang dimilikinya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo (2005: 124) yaitu pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba.

Tingkat pengetahuan responden penderita TB paru dikategorikan menjadi pengetahuan tinggi dan rendah. Berdasarkan hasil penelitian tingkat pengetahuan responden penderita TB paru di wilayah kerja Puskesmas Pakusari didominasi oleh kategori pengetahuan rendah yaitu sebesar 24 responden (77,4%). Rendahnya tingkat pengetahuan oleh penderita ini dapat disebabkan karena beberapa hal antara lain yang pertama karena kurangnya informasi yang diperoleh oleh responden tersebut. Notoatmodjo (2003b: 121) menyatakan bahwa pengetahuan kesehatan diperoleh melalui pendidikan kesehatan dan dalam hal ini pendidikan kesehatan tidak lepas dari proses belajar. Rendahnya tingkat pengetahuan responden juga dapat disebabkan karena kurangnya kesadaran mereka sendiri untuk hidup sehat, meskipun sebelumnya telah diberikan informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat guna menghindari tertularnya penyakit tuberkulosis dan untuk dapat sembuh dari penyakit tuberkulosis yang salah satu cara untuk mencapai kesembuhan tersebut adalah dengan patuh dalam menjalani pengobatan yang relatif lama (6 bulan).

Berdasarkan hasil uji statistik *chi square*  $P > \alpha$  ( $0,097 > 0,05$ ) sehingga diperoleh kesimpulan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan penderita TB paru dengan tindakan kepatuhan berobat mereka. Tingkat pengetahuan masyarakat ini umumnya dipengaruhi oleh faktor latar belakang pendidikan, ekonomi dan sosial budaya. Pada tabel 5.12 menunjukkan tentang distribusi tingkat pengetahuan yang rendah dengan tindakan penderita yang patuh dalam berobat. Hal ini terlihat dari hasil uji statistik *chi square* yang menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara



tingkat pengetahuan dengan tindakan (Lampiran D). Rendahnya tingkat pengetahuan penderita ini dapat disebabkan karena rendahnya tingkat pendidikan dimana sebesar 21 responden (50%) penderita hanya lulusan tingkat sekolah dasar dengan distribusi yang dapat dilihat pada tabel 5.3. Tingkat pengetahuan yang rendah ini juga menyebabkan informasi yang mereka peroleh juga sangat kurang.

Hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan responden yang rendah tetapi tindakan mereka patuh. Bila dilihat dari tingkat pendidikan yang juga relatif rendah (rata-rata lulusan SD) mungkin bisa berpengaruh tetapi mereka memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi meskipun tingkat pengetahuan dan pendidikan mereka rendah. Kemungkinan hal ini dikarenakan kebijakan yang dilakukan yaitu sebagian besar PMO penderita langsung dipegang sendiri oleh petugas sehingga mereka lebih patuh untuk minum obat karena merasa takut dan dimarahi apabila mereka lalai atau lupa minum obat mereka. Hasil ini dapat dilihat pada tabel 5.12 yaitu sebesar 24 responden (77,4%) pengetahuan rendah dengan tindakan patuh.

Hal ini membuktikan bahwa tingkat pengetahuan seseorang tidak selalu memotivasi perilaku logika, artinya pengetahuan yang rendah tidak selalu memiliki perilaku yang negatif dalam hal ini pengetahuan tentang TB paru yang rendah belum tentu penderita berperilaku tidak patuh dalam berobat. Secara teori pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003b: 121). Namun dalam hal ini dapat membuktikan bahwa walaupun pengetahuan penderita tersebut rendah namun sebagian besar dari mereka berperilaku patuh (positif) dalam bertindak.

Penelitian ini didukung oleh Pona (1998) dalam Nafikadini (2006) mengatakan bahwa pengetahuan yang dimiliki seseorang tidak selalu menjadi dasar praktek, dalam hal ini pengetahuan yang kurang tidak selalu menyebabkan seseorang berperilaku tidak baik. Nafikadini (2006) juga menyimpulkan bahwa tidak adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan praktek yang dijalankan sehari-hari karena adanya faktor eksternal yang juga dapat mempengaruhi tindakan seseorang seperti faktor lingkungan baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi,



politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2003b: 121).

Menurut Kusnanto dkk. (2004) kepatuhan dalam pengobatan paru dipengaruhi pula oleh adanya faktor kerja sama atau dukungan keluarga. Syahminan dalam Djaswadi dkk (2004) menunjukkan bahwa penderita membutuhkan dorongan orang lain atau keluarga untuk menjadi patuh dalam pengobatan penyakit TB paru. Noviadi dalam Djaswadi dkk. (2004) menekankan mengenai dorongan atau peran keluarga yang dapat dilakukan adalah pengawasan minum obat dan membantu membersihkan alat-alat makan dan minum penderita serta mengantar untuk menepati jadwal control. Rusmani dalam Kusnanto dkk. (2004) meneliti ada beberapa faktor yang berhubungan dengan kepatuhan berobat menunjukkan bahwa sumbangan terbesar untuk kepatuhan dalam pengobatan TB paru adalah dorongan keluarga.

Lewin (1954) dalam Notoadmodjo (2003b: 164) menyatakan bahwa tindakan individu untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit didorong oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu atau masyarakat. Anderson dalam modul sistem kesehatan juga mengemukakan mengenai karakteristik kebutuhan. Dalam karakteristik kebutuhan ini Anderson (1974) dalam Notoatmodjo (2003b:164) tentang faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan seseorang untuk mencari pengobatan dapat terwujud dari dalam tindakan apabila dirasakan sebagai kebutuhan. Dari kedua teori tersebut dapat diketahui bahwa kepatuhan berobat tergantung dari bagaimana seseorang mendukung keseriusan penyakit yang dirasakan dan seberapa besar kebutuhan yang dirasakan terhadap suatu pengobatan. Apabila penderita merasakan keseriusan terhadap penyakitnya dan membutuhkan pengobatan maka penderita tersebut akan patuh dan taat dalam berobat begitu juga sebaliknya.

Secara teori dinyatakan bahwa informasi yang diperoleh seseorang akan menambah kemampuan seseorang tentang apa, mengapa, bahaya, penyebab, penularan dan pengobatan TB paru. Informasi tersebut didapat dari aspek pendidikan yang berkaitan dengan kepatuhan berobat. Namun menurut Soewandi dan Surasa dalam Kusnanto dkk. (2004) menyatakan bahwa aspek keyakinan terhadap norma



subjektif penderita tentang TB paru (penyakit TB paru adalah penyakit yang memalukan dan kutukan) lebih berpengaruh terhadap kepatuhan berobat dibandingkan pengetahuan dan norma formalitas yang didapat dan kepatuhan penderita tersebut terganggu karena stigma yang cenderung untuk menyembunyikan penyakitnya. Priyanti dan Ratnawati dalam Kusnanto dkk. (2004) menyatakan bahwa kepatuhan berobat penderita TB paru justru tergantung dari motivasi yang kuat, rumit tidaknya pengobatan, kelupaan dan efek samping obat serta pemahaman (pengetahuan) penderita tentang penyakit TB paru ini.

Ada banyak faktor yang lebih dominan sehingga membuat hasil penelitian ini tidak signifikan atau bermakna. Notoatmodjo (2003b) menyatakan bahwa karakteristik pendukung dan karakteristik kebutuhan. Didalam karakteristik pendukung mencerminkan bahwa meskipun mempunyai predisposisi untuk menggunakan pelayanan kesehatan, penderita tidak akan bertindak untuk menggunakannya, kecuali apabila mampu menggunakannya. Penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung pada kemampuan untuk membayar. Namun berbeda dengan karakteristik kebutuhan (*need characteristics*). Pada karakteristik kebutuhan, faktor predisposisi dan faktor yang memungkinkan untuk mencari pengobatan dapat terwujud dalam tindakan apabila hal itu dirasakan sebagai kebutuhan. Dengan kata lain kebutuhan merupakan dasar dari stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan, bilamana tingkat *predisposing* dan *enabling* itu ada. Jadi meskipun terkadang pekerjaan menghambat seseorang untuk melakukan pengobatan oleh bukan karena keterbatasan waktu, namun karena sudah menjadi kebutuhan sehingga pengobatan itu akan tetap dilaksanakan. Bagitu juga meski tidak bekerja dan banyak memiliki waktu luang akan melakukan pengobatan meskipun harus membayar biaya pengobatan yang padahal mereka tidak mempunyai penghasilan tetap akan melakukan pengobatan karena sudah merupakan suatu kebutuhan.



#### 6.4 Hubungan antara Sikap dengan Kepatuhan Berobat

Menurut Notoatmodjo (2003b: 124), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.

Hasil penelitian menunjukkan persentase sikap terbesar adalah pada tingkat mendukung dengan tindakan patuh yaitu sebesar 18 responden (42,8%). Hal tersebut berarti menunjukkan adanya sikap yang baik dari responden terhadap kepatuhan berobat penderita TB paru. Umumnya sikap responden yang sebagian besar baik bisa dipengaruhi oleh beberapa faktor lain seperti pengalaman, orang lain yang dianggap berpengaruh seperti petugas kesehatan, keluarga terdekat serta tokoh panutan dan tokoh masyarakat yang sangat disegani dilingkungan tempat tinggal mereka. Hasil tersebut sesuai dengan teori Azwar (2003) yang menyatakan bahwa sikap seseorang bisa dipengaruhi oleh faktor pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan keagamaan serta faktor emosi dalam diri individu. Sesuai dengan observasi yang dilihat oleh peneliti responden yang berusia antara pengalaman yang diperoleh mereka sebagian besar dari pengalaman pribadi dan kebudayaan serta adanya orang yang dianggap penting (orang yang disegani atau tokoh panutan) sehingga sikap yang dimiliki cenderung baik dan positif. Kecenderungan sikap positif ini terlihat ketika mereka mengambil obat setiap minggunya dengan mengikuti anjuran petugas kesehatan.

Hasil penelitian hubungan antara sikap penderita dengan tindakan kepatuhan berobat menunjukkan persentase terbesar adalah sebesar 35 responden (97,2%) (tabel 5.15) memiliki sikap mendukung dengan tindakan patuh. Hal ini juga didukung uji statistik *chi square* yang menyimpulkan bahwa adanya hubungan yang bermakna



antara sikap dengan tindakan kepatuhan berobat penderita TB paru nilai probabilitas  $P < \alpha$  ( $0,004 < 0,05$ ) (lampiran D).

Adanya hubungan yang bermakna antara sikap dengan tindakan dapat dipengaruhi oleh adanya sikap positif yang dimiliki penderita. Sikap positif mungkin dipengaruhi oleh adanya faktor penguat dari luar, yaitu teman, orang tua dan masyarakat. Karena sebagian besar kelompok penderita berada pada rentang usia yang produktif (19-40) tahun maka kemungkinan lebih banyak menghabiskan waktunya di luar rumah karena mereka memiliki pekerjaan yang berhubungan dengan orang lain sehingga pengaruh yang lebih kuat buat mereka adalah teman dan masyarakat. Menurut Indrayani (2000) dalam Kurniawan (2006) menyatakan bahwa faktor lingkungan ikut mempengaruhi pembentukan sikap seseorang, karena dalam interaksi seseorang dengan kelompok masyarakat tertentu akan terjadi transformasi norma-norma yang ikut mempengaruhi pembentukan moral individu tersebut .

Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Notoatmodjo (2003b: 122) bahwa untuk mendukung sikap menjadi tindakan selain diperlukan faktor pendukung seperti fasilitas, pihak yang penguat perilaku dari luar juga sangat penting perannya. Sikap juga seharusnya dapat mempengaruhi tindakan seseorang karena merupakan tahap pertama dalam pembentukan tindakan, yaitu mempersepsikan suatu rangsangan, dimana diharapkan seseorang dapat mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

Sikap mendukung ini tidak berasal dari pengetahuan yang tinggi melainkan karena mengikuti apa yang diungkapkan oleh petugas tanpa mereka mengetahui maksud dan tujuan yang sebenarnya. Faktor yang menyebabkan tingginya sikap mendukung mereka mungkin adanya keberadaan faktor eksternal dari penderita antara lain keberadaan PMO baik yang berasal dari tenaga kesehatan maupun keluarga dekat yang selalu mengingatkan mereka. Sedangkan menurut teori Azwar (2003) yang menyatakan bahwa sikap seseorang bisa dipengaruhi oleh faktor pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa,



institusi atau lembaga pendidikan dan keagamaan serta faktor emosi dalam diri individu.

Sebagian besar PMO penderita TB paru di Kecamatan Pakusari ini dilaksanakan oleh petugas kesehatan sendiri yang dilakukan dengan cara berkunjung setiap dua hari sekali ke rumah penderita untuk mengingatkan mereka untuk minum obat. Selain hal tersebut juga dapat disebabkan karena adanya penyuluhan baik kepada penderita secara langsung maupun kelompok potensial untuk patuh dalam berobat mengingat masa pengobatan penyakit TB paru ini cukup lama untuk mengingatkan mereka untuk tidak lupa minum obat secara teratur serta adanya perlengkapan puskesmas yang mendukung kepatuhan penderita untuk berobat. Meskipun peralatan merupakan benda mati namun hal ini akan memberi kesan kepercayaan bagi penderita. Adanya kemampuan mendeteksi penyakit dengan cepat (pemeriksaan dahak oleh mikroskop), adanya alat-alat suntik karena pada umumnya responden sebagian berasal dari suku madura yang kebiasaan berobat minta disuntik. Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Ali (2005) bahwa terdapat hubungan yang nyata dan bermakna antara sikap seseorang dengan tindakan seseorang untuk dipraktekkan dalam kehidupan.



**BAB 7. PENUTUP**



**7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil dan pembahasan dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Karakteristik penderita TB paru di wilayah kerja Puskesmas Pakusari yaitu sebagian besar berjenis kelamin perempuan, berada pada rentang umur produktif (19-40) tahun, mempunyai jenis pekerjaan sebagai petani dan berpendidikan rendah lulusan SD.
- 2) Tingkat pengetahuan responden penderita TB paru mayoritas memiliki pengetahuan rendah.
- 3) Sikap penderita TB paru mayoritas mendukung.
- 4) Sebagian besar responden bertindak patuh dan selesai tepat waktu dalam berobat.
- 5) Tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan penderita dengan kepatuhan berobat.
- 6) Ada hubungan yang bermakna antara sikap penderita dengan kepatuhan berobat.

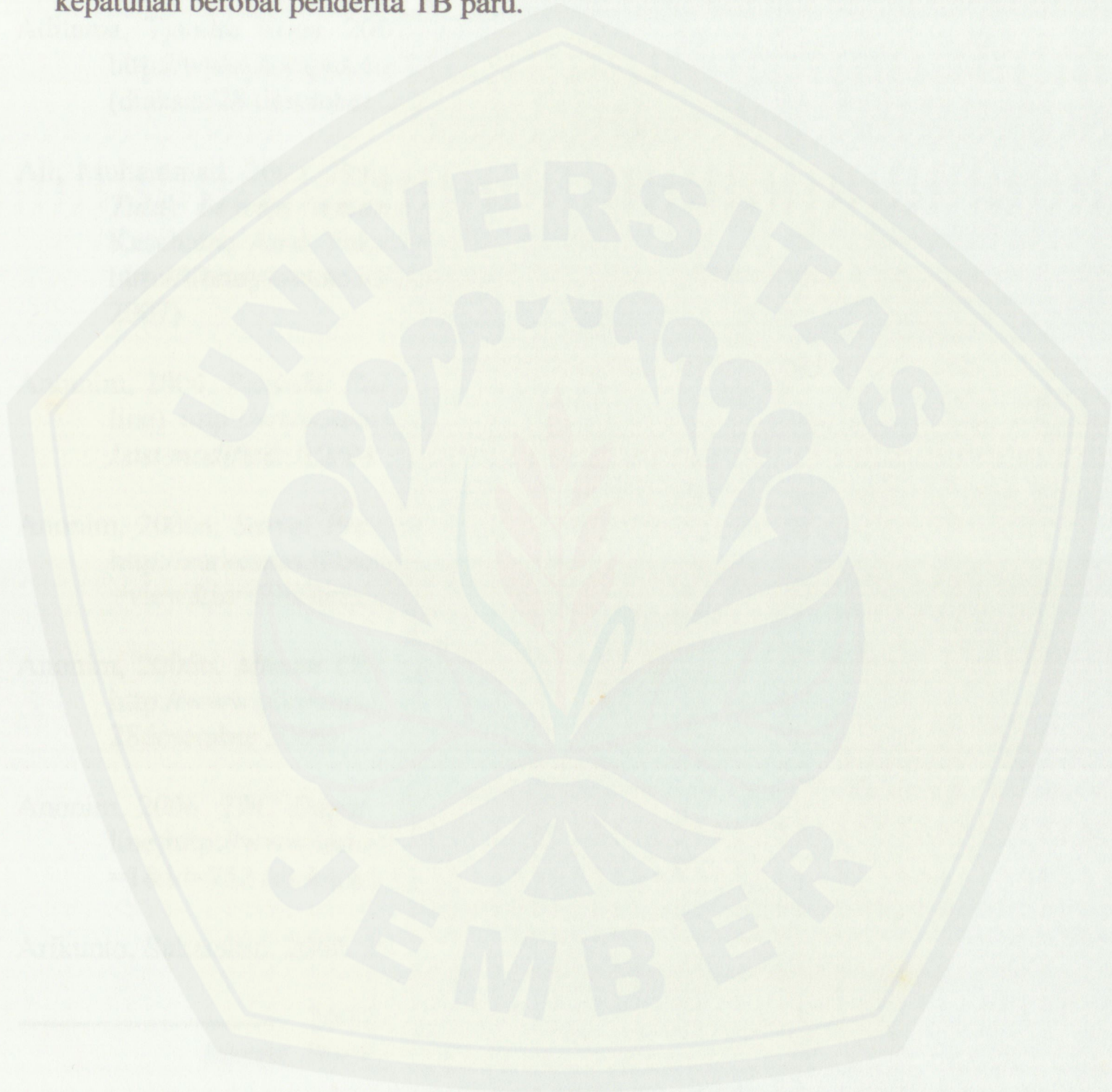
**7.2 Saran**

Adapun saran yang dapat diberikan pada penelitian ini adalah:

- 1) Bagi pihak Puskesmas perlu adanya peningkatan pemberian frekuensi penyuluhan pada penderita TB paru yang tidak paham secara personal sehingga mereka menjadi patuh.
- 2) Sebaiknya kegiatan penyuluhan dilakukan pada penderita yang datang di puskesmas dan berada di ruang tunggu dengan menggunakan media seperti TV dan poster agar penderita mendapatkan suasana baru.
- 3) Pihak pelaksana program dapat memanfaatkan tenaga kesehatan yang berdomisili dekat dengan penderita untuk mempermudah pasien mengambil obat misalnya bidan di desa, perawat, petugas kesehatan di Puskesmas Pembantu.



- 4) Perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai hubungan antara keberadaan PMO baik dari tenaga kesehatan maupun keluarga dan keberadaan orang-orang penting serta adanya faktor pendukung dan faktor pendorong yang hubungan dengan kepatuhan berobat penderita TB paru.





## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga. 2002. *Rokok dan Tuberkulosis Paru*. (serial on line) <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0304/16/ilpeng/259139.htm> (diakses 28 desember 2006)
- Ali, Muhammad. 2005. *Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Ibu Bekerja dan Ibu Tidak Bekerja tentang Imunisasi Laporan Penelitian*. Medan: Bagian Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Sumatra Utara. Dalam <http://library.usu.ac.id/download/fk/anak-muhammad.pdf> (diakses 8 Mei 2007)
- Anonim, 2004. *Penyakit Paru-paru Penyebab Kematian Nomor Satu*. (serial on line) <http://www.suarapembaruan.com/News/2004/02/06/Kesra/kes4.htm..> *Last modified: 6/2/04*. (diakses 28 desember 2006)
- Anonim, 2006a. *Survei Prevalensi Tuberkulosis (SP-TBC) 2004* (serial on line) [http://surkesnas.litbang.depkes.go.id/index.php?option=com\\_content&task=view&id=59&Itemid=35](http://surkesnas.litbang.depkes.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=59&Itemid=35) (28 desember 2006)
- Anonim, 2006b. *Minum Obat Teratur, TBC Bisa Disembuhkan*. (serial on line) <http://www.pikiranrakyat.com/cetak/2006/032006/23/0906.htm> (diakses 28desember 2006)
- Anonim, 2006. *TBC Dapat Disembuhkan Asal Minum Obat Teratur*. (serial on line) [http://www.indonesia.go.id/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=752](http://www.indonesia.go.id/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=752) (diakses 28-12-2006)
- Arikunto, Suharsimi. 2000. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Bumi Aksara
- \_\_\_\_\_. 2003. *Dasar-dasar Evaluasi Pendidikan Edisi Revisi*. Jakarta: Bumi Aksara
- Azwar, Azrul. 2003. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta: Rineka Cipta
- BPS Jember. 2006. *Jember dalam Angka*. Jember
- Budiarto, Eko. 2003. *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC



- Depkes RI. 1994. *Pedoman Penemuan dan Pengobatan Penyakit TB Paru*: Jakarta
- Depkes RI. 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis Cetakan ke 8*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2005. *Data Pokok Program TB Paru Kabupaten Jember*. Jember: Dinkes
- Djuswadi, dkk. 2004. Hubungan Persepsi Orang tua tentang penyakit TB dengan Kepatuhan Berobat balita di RSUD kabupaten Purworejo Jawa Tengah Yogyakarta. *Sains Kesehatan* 17 (3)
- Entjang, Indan. 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: PT Citra Aditya Bhakti
- Gani, Husni A. 1992. Hubungan antara Persepsi dengan Kepatuhan Berobat pada Penderita TB Paru Rawat Jalan di RS Paru Jember. *Laporan Penelitian*. Jember: Lemlit Unej
- \_\_\_\_\_. 1998. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penderita TB Paru Putus Berobat dalam pengobatan Jangka Panjang di RS Paru Jember. *Laporan Penelitian*. Jember: Lemlit Unej
- Gklinis, 2004. *Pengobatan Tuberkulosis Paru Masih Menjadi Masalah?* (serial on line) <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1082349328,75199>, (diakses tgl 28-12-2006)
- Heriyanto, dkk. 2006. *Riwayat Pengobatan TB Paru Meninggal di Kabupaten Bandung (Penelitian)*. Bandung: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. [http://www.ekologi.litbang.depkes.go.id/data/vol%203/Herryanto\\_1.pdf](http://www.ekologi.litbang.depkes.go.id/data/vol%203/Herryanto_1.pdf) (diakses 28-12-2006)
- Irwanto, et al. 2002. *Psikologi Umum*. Jakarta: PT. Prenhallindo
- Kurniawan, Sovi. 2006. Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap PSKL (Pekerja Seks Komersial) dan Pelanggannya dengan Pemanfaatan ATYM Kondom di Kabupaten Banyuwangi. *Skripsi*. Program Studi Kesehatan Masyarakat. Universitas Jember
- Kusnanto, dkk. 2004. Pengaruh Gender Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita dengan Menggunakan Program DOTS di Kabupaten Purworejo. Yogyakarta. *Sains Kesehatan*. 17 (4)



- Nafikadini, Iken. 2006. Perilaku Berisiko Seksual Waria terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV/AIDS di Kabupaten Jember. *Skripsi*. Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
- Nazir, Muhammad. 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Niven, Neil. 2002. *Psikologi Kesehatan Pengantar untuk Perawat dan Profesional Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Noor, Nur Nasry. 2000. *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003a. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003b. *Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Osear, et al . 1992. *Psikologi Sosial*: Jakarta: Airlangga
- Pardosi, Jerico Franciscus. 2005. *Situasi Tuberkulosis di Indonesia*. Dalam <http://www.update.tbcindonesia.or.id/index.php>.( diakses 21 Maret 2007)
- Pdpersi. 2006. *Program Penanggulangan Tuberkulosis*. Dalam <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=897&tbl=kesling> (diakses 28-12-2006).
- Permata, S.P. 2002. *Hubungan Pendidikan, Pengetahuan Kesehatan Maternal dan Pendapatan dengan efektifitas Gerakan Sayang Ibu (GSI) dalam Meningkatkan Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (studi kesehatan di Kecamatan Mande, Cilake dan Pacet Kabupaten Cianjur Jawa Tengah)*. <http://www.geocities.com/ejurnal/files/lp/2002/100.pdf> (diakses 1 Desember 2006)
- Profil Kelembagaan RS Paru Jember. 2004. Jember
- Setiawan, Ony.E. 2001. *Evaluasi Product Positioning ISUZU Panther dengan Menggunakan Persepsi Konsumen di Kabupaten Jember*. *Skripsi*. Fakultas Ekonomi Universitas Jember.
- Siswono. 2006. *Jumlah Penderita TBC di Indonesia Nomor Tiga di Dunia*. <http://www.gizi.net/cgibin/berita/fullnews.cgi?newsid1145248656,1994>, (diakses 29-12-2006)
- Smert, Bart. 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : PT Grasindo



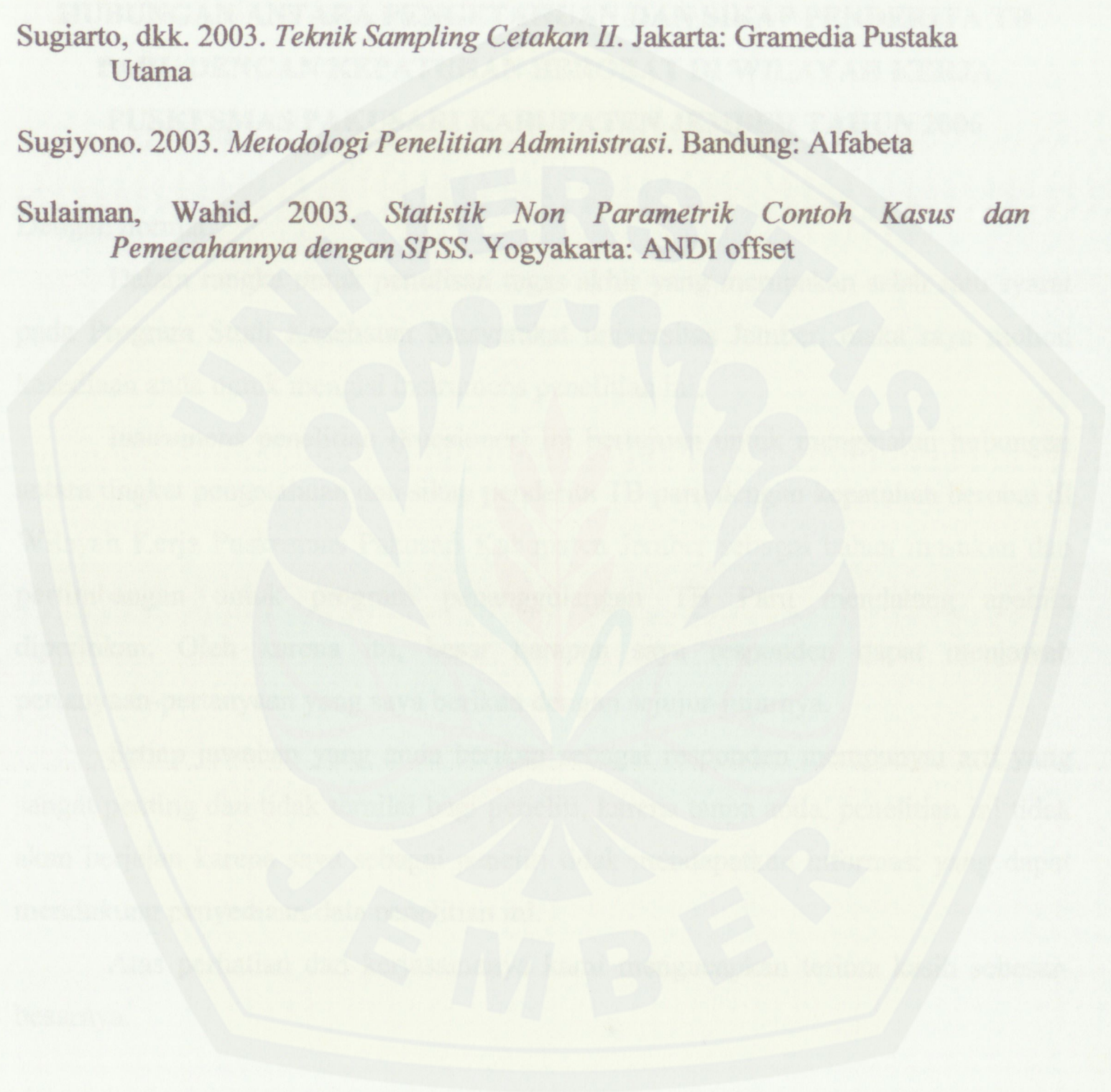
Suswati, Enny. 2006. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita TB Paru. *Jurnal Pengembangan Pendidikan*. 10 (3)

Soedarto, 1996. *Penyakit-penyakit Infeksi di Indonesia*. Jakarta: Widya Medika

Sugiarto, dkk. 2003. *Teknik Sampling Cetakan II*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama

Sugiyono. 2003. *Metodologi Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta

Sulaiman, Wahid. 2003. *Statistik Non Parametrik Contoh Kasus dan Pemecahannya dengan SPSS*. Yogyakarta: ANDI offset



Jember, 10 Mei 2017

Harahap

KUSTON

03214010211



**LAMPIRAN A .**

**PENGANTAR INSTRUMENS PENELITIAN (KUESIONER).**

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP PENDERITA TB  
PARU DENGAN KEPATUHAN BEROBAT DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS PAKUSARI KABUPATEN JEMBER TAHUN 2006**

Dengan hormat.

Dalam rangka untuk penulisan tugas akhir yang merupakan salah satu syarat pada Program Studi Kesehatan Masyarakat universitas Jember, maka saya mohon kesediaan anda untuk mengisi instrumens penelitian ini.

Instrumens penelitian (kuesioner) ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap penderita TB paru dengan kepatuhan berobat di Wilayah Kerja Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember sebagai bahan masukan dan pertimbangan untuk program penanggulangan TB Paru mendatang apabila diperlukan. Oleh karena itu, besar harapan saya responden dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya berikan dengan sejujur-jujurnya.

Setiap jawaban yang anda berikan sebagai responden mempunyai arti yang sangat penting dan tidak ternilai bagi peneliti, karena tanpa anda, penelitian ini tidak akan berjalan karena saya sebagai peneliti tidak mendapatkan informasi yang dapat mendukung penyediaan data penelitian ini.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya.

Jember, Maret 2007

Hormat saya

KUSTIN

(032110101033)



LAMPIRAN C.

Kuesioner Penelitian



**KUESIONER PENELITIAN  
HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP  
PENDERITA TB PARU DENGAN KEPATUHAN  
BEROBAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
PAKUSARI KABUPATEN JEMBER TAHUN 2006**

1. Nomor kuesioner :
2. Kecamatan :
3. Desa :
4. Lokasi Penelitian :
5. Tanggal wawancara :

**PETUNJUK PENGISIAN**

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan sejujur-jujurnya.

.....

**A. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

1. Tanggal lahir/umur : 19 / tahun.
2. Tempat lahir :
3. Jenis kelamin :
  - a. Laki-laki
  - b. Perempuan



4. Pendidikan :

  - a. Tidak sekolah
  - b. tidak lulus SD
  - c. lulus SD
  - d. SMP
  - e. SMA
  - f. PT

5. Pekerjaan :

  - a. PNS
  - b. TNI/Polri
  - c. Wiraswasta
  - d. Pedagang
  - e. Petani
  - f. Buruh Tani
  - g. Lain-lain (Pelajar, Tidak Bekerja, Ibu Rumah Tangga).

## B. PENGETAHUAN

1. Tuberkulosis /TB paru adalah
  - a. Penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman *mikobakterium tuberkulois*.
  - b. Penyakit batuk yang disebabkan karena keturunan/genetik
  - c. Penyakit yang tidak bisa disembuhkan karena kutukan.
2. Cara penularan penyakit TBC adalah
  - a. Pada saat penderita batuk dan bersin tanpa ditutupi
  - b. Karena keturunan dan kutukan.
  - c. Pemakaian alat makan dan baju secara bergantian dari penderita



3. Salah satu gejala-gejala dari penyakit TBC adalah
  - a. Batuk-batuk lebih dari 3 minggu disertai dahak
  - b. Mual-mual dan muntah secara terus-menerus
  - c. Sakit kepala hebat dan panas
4. Pengobatan penyakit TBC biasanya berapa lama
  - a. 6 bulan berturut-turut
  - b. 1 tahun berturut-turut
  - c. 2 tahun berturut-turut
5. Orang yang mendampingi penderita untuk mengingatkan minum obat di sebut
  - a. Pengawas Menelan Obat (PMO)
  - b. Dokter
  - c. Perawat khusus
6. Untuk mengetahui apakah seseorang positif menderita penyakit tuberkulosis dapat dilakukan dengan cara
  - a. Pemeriksaan dahak di laboratorium
  - b. Foto ronsen dada
  - c. Tes darah dan urine
7. Organ yang biasanya sering diserang oleh penyakit TBC adalah
  - a. Paru-paru
  - b. Jantung
  - c. Hati
8. Pada penderita penyakit TBC, komplikasi yang biasanya sering terjadi yaitu
  - a. Perdarahan dari saluran nafas bawah dan paru-paru
  - b. Infeksi usus dan ginjal
  - c. Sesak nafas
9. Imunisasi yang di berikan untuk mencegah penyakit TBC yaitu
  - a. BCG
  - b. Hepatitis
  - c. Campak



10. Berapa lama penderita TBC harus minum Obat Anti Tuberkulosis (OAT)
  - a. Selama 6 bulan berturut-turut atau lebih sampai pengobatan tuntas dan dinyatakan sembuh oleh petugas.
  - b. Selama 6 bulan berturut-turut dan berhenti sendiri meskipun belum dinyatakan sembuh oleh petugas.
  - c. Sesuka penderita untuk datang berobat tanpa terbatas oleh waktu.
11. Berapa kali seharusnya minum obat selama masa pengobatan intensif (2 bulan pertama) yaitu
  - a. 1x sehari
  - b. 2x sehari
  - c. 3x sehari
12. Biasanya dalam pengobatan TBC harus dilaksanakan secara teratur. Tujuannya adalah
  - a. Menghindari terjadinya resistensi/kekebalan obat
  - b. Agar cepat sembuh
  - c. Agar tidak terjadi komplikasi dengan penyakit lain yang diderita



**C. SIKAP**

Silang kolom yang merupakan jawaban yang sesuai dengan pendapat anda.

No	Pernyataan	Setuju	Ragu-ragu	Tidak setuju
1.	TBC merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri bukan karena keturunan			
2.	Orang yang menderita TBC sebaiknya di jauhi dan segera diungsikan di tempat terpencil agar tidak menularkan pada orang lain.			
3.	Penyakit TBC dapat diobati sendiri agar tidak diketahui oleh orang lain.			
4.	Wanita yang terkena TBC dapat menularkan penyakitnya pada janin yang dikandungnya.			
5.	Pengobatan TBC dilakukan di Puskesmas secara gratis.			
6.	Saya berobat di puskesmas karena dokter dan perawatnya baik, ramah serta bersahabat sehingga saya tidak takut.			
7.	Penggunaan alat makan dan busana secara bergantian dapat menularkan penyakit TBC.			
8.	Suasana fasilitas kesehatan (puskesmas) sangat aman dan menyenangkan.			



No	Pernyataan	Setuju	Ragu-ragu	Tidak setuju
9.	PMO adalah orang yang mendampingi penderita dalam minum obat.			
10.	Bila minum obat telat dapat digandakan pada saat minum obat waktu berikutnya			
11.	Perbaikan kesehatan lingkungan dan peningkatan status gizi dapat mencegah penularan penyakit TBC.			
12.	Pada saat penderita batuk sebaiknya mulut ditutup dengan tangan atau sapu tangan.			



**D. TINDAKAN DAN KEPATUHAN BEROBAT**

Silang kolom yang merupakan jawaban sesuai dengan pendapat anda.

**A. Tindakan Kepatuhan Berobat**

No	Pernyataan	Tidak pernah	Pernah sekali (kadang-kadang)	Sering ( lebih dari sekali)
1.	Anda teratur pada saat minum obat sesuai petunjuk dokter dan waktu yang ditentukan.			
2.	Pernah melakukan <i>drop out</i> atau putus berobat pada masa pengobatan dan melakukan pemeriksaan dahak selama masa pengobatan.			
3.	Pada saat obat habis, membeli sendiri obat yang sejenis ke apotek yang lain.			
4.	Minum obat 2x lipat dari dosis yang ditentukan apabila waktu sebelumnya lupa minum obat.			
5.	Pernah berobat ke pelayanan kesehatan yang lain karena merasa terlalu lama masa pengobaannya dan jenuh.			

**B. Kepatuhan Berobat**

- 1) Patuh : berobat selesai tepat waktu sesuai yang ditentukan (6 bulan)
- 2) Tidak patuh : berobat selesai tidak tepat waktu dari waktu yang ditentukan (lebih dari 6 bulan).
- 3) *Droup Out*.
  - Terima kasih atas kesediaan anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
  - Semoga partisipasi anda dapat bermanfaat bagi kemajuan ilmu pengetahuan.



## LAMPIRAN D

### 1. Hasil Uji Hubungan antara Pengetahuan dengan Kepatuhan Berobat

#### Crosstabs

##### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
tingkat pengetahuan responden * tindakan dalam kepatuhan berobat	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%

##### tingkat pengetahuan responden \* tindakan dalam kepatuhan berobat Crosstabulation

			tindakan dalam kepatuhan berobat		Total
			patuh	tidak patuh	
tingkat pengetahuan responden	rendah	Count	24	7	31
		Expected Count	25,8	5,2	31,0
	tinggi	Count	11	0	11
		Expected Count	9,2	1,8	11,0
Total	Count	35	7	42	
	Expected Count	35,0	7,0	42,0	

##### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,981 <sup>b</sup>	1	,084		
Continuity Correction <sup>a</sup>	1,577	1	,209		
Likelihood Ratio	4,729	1	,030		
Fisher's Exact Test				,161	,097
Linear-by-Linear Association	2,910	1	,088		
N of Valid Cases	42				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,83.



## 2. Hasil Uji Hubungan antara Sikap dengan Kepatuhan Berobat

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
sikap responden * tindakan responden dalam kepatuhan berobat	42	100,0%	0	,0%	42	100,0%

#### sikap responden \* tindakan responden dalam kepatuhan berobat Crosstabulation

		tindakan responden dalam kepatuhan berobat		Total
		patuh	tidak patuh	
sikap responden mendukung	Count	33	3	36
	Expected Count	30,0	6,0	36,0
tidak mendukung	Count	2	4	6
	Expected Count	5,0	1,0	6,0
Total	Count	35	7	42
	Expected Count	35,0	7,0	42,0

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12,600 <sup>b</sup>	1	,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	8,750	1	,003		
Likelihood Ratio	9,557	1	,002		
Fisher's Exact Test				,004	,004
Linear-by-Linear Association	12,300	1	,000		
N of Valid Cases	42				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

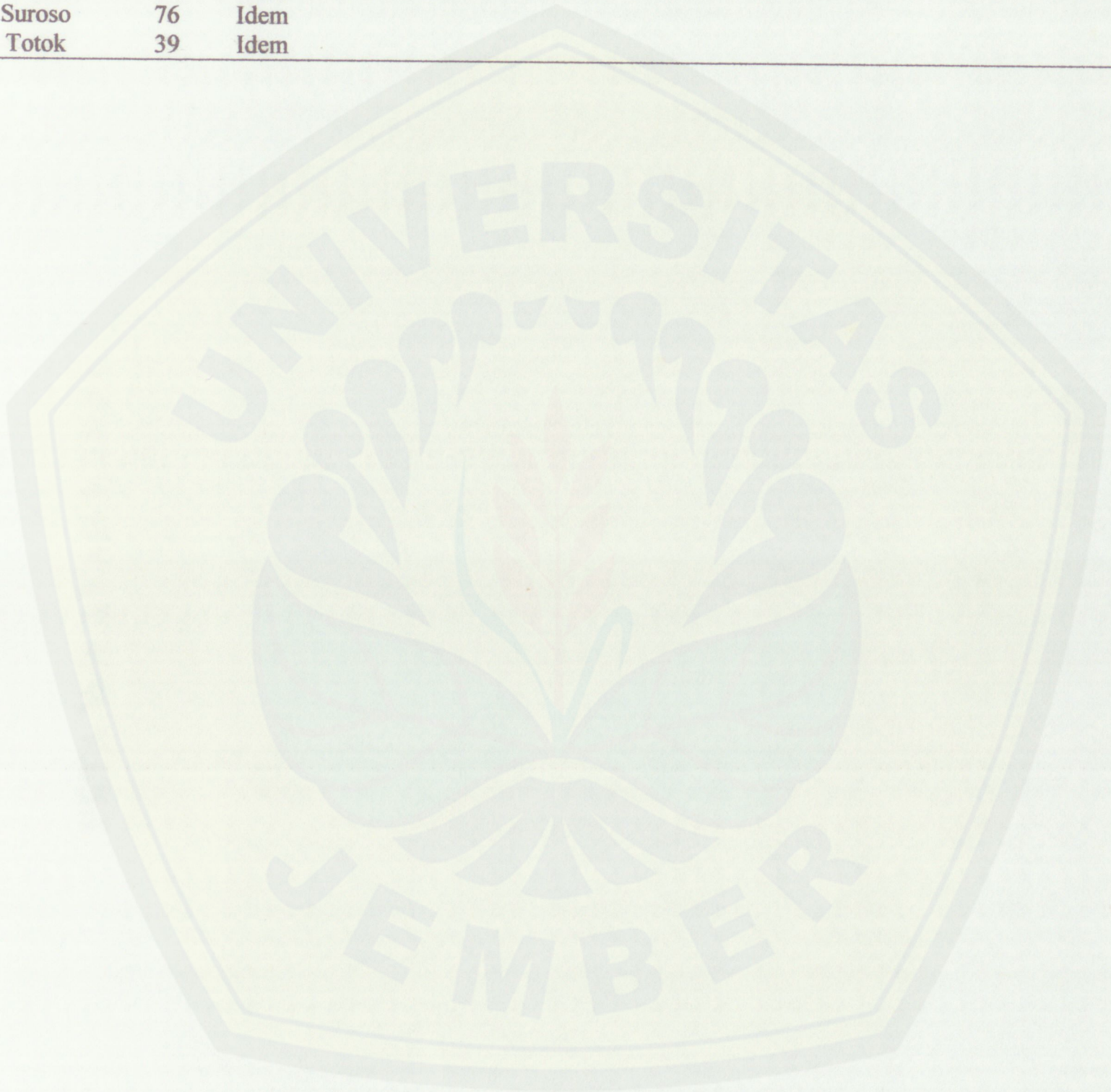


**LAMPIRAN E. Penilaian Tingkat Pengetahuan dan Sikap responden dengan Kepatuhan Berobat**

Responden	U	TP	P	Kategori	S	Kategori	Tindakan	Kategori
Bu Sutiya	39	TT SD	3	Rendah	15	Sedang	8	Tidak patuh
Bu Risa	31	SD	6	Sedang	14	Sedang	12	Patuh
Sunar/P. Titin	39	SD	6	Sedang	16	Sedang	11	Patuh
Bu Holifa	47	TT SD	4,5	Rendah	20	Mendukung	10	Patuh
Pak Miskari	51	SD	3	Rendah	22	Mendukung	12	Patuh
Samsul Arifin 1	41	SMA	3	Rendah	22	Mendukung	7	Patuh
Arsin/P. Lus	46	SD	4,5	Rendah	18	Mendukung	12	Patuh
Sularno	36	SD	7,5	Sedang	19	Mendukung	12	Patuh
Mahwar	43	SD	1,5	Rendah	16	Sedang	11	Patuh
Pak Toha	59	SMP	7,5	Sedang	22	Mendukung	12	Patuh
Tohari	31	SD	1,5	Rendah	20	Mendukung	12	Patuh
Abdiah	20	SMP	3	Rendah	21	Mendukung	10	Patuh
Eka N	17	SMP	7,5	Sedang	14	Sedang	12	Patuh
Buni	46	SD	6	Sedang	14	Sedang	11	Patuh
Wike A	25	SMP	6	Sedang	13	Sedang	8	patuh
Yuliawan	32	SD	3	Rendah	18	Mendukung	12	Patuh
Mulyadi	36	SD	10,5	Tinggi	18	Mendukung	11	Patuh
Bu Romla	41	SD	9	Tinggi	19	Mendukung	11	Patuh
Yumna I.K	21	SMP	3	Rendah	15	Sedang	11	Patuh
Suherman	46	TT SD	1,5	Rendah	17	Mendukung	12	Patuh
Pak Rudi	46	SD	3	Rendah	14	Sedang	12	Patuh
Samsul Arifin 2	25	SMP	4,5	Rendah	19	Mendukung	10	Patuh
Ismail/P. Ip	37	SMP	4,5	Rendah	21	Mendukung	12	Patuh
Pak Ahmad	27	SMP	4,5	Rendah	21	Mendukung	12	Patuh
Bu Habi	30	SD	1,5	Rendah	7	Tidak mendukung	8	Tidak Patuh
Pak Nursalam	54	TT SD	6	Sedang	20	Mendukung	11	Patuh
S. Munawaroh	31	SD	1,5	Rendah	20	Mendukung	12	Patuh
Bu Hos	41	SD	3	Rendah	13	Sedang	12	Patuh
Bu Hotib	31	SD	3	Rendah	15	Sedang	12	Patuh
Misyati	52	TT SD	4,5	Rendah	15	Sedang	12	Patuh
Junaidi	22	SD	7,5	Sedang	17	Sedang	11	Patuh
Bu Salima	46	SD	3	Rendah	8	Tidak mendukung	8	Tidak patuh
Juhri	31	SD	3	Rendah	8	Tidak mendukung	8	Tidak patuh
Nuraini	19	SMP	7,5	Sedang	15	Sedang	12	Patuh
Bu Dewi	25	SMP	1,5	Rendah	14	Sedang	12	Patuh
Mahfudianto	29	MAN	7,5	Sedang	14	Sedang	11	Patuh
Kusnadi	53	TT SD	3	Rendah	8	Tidak mendukung	8	Tidak patuh
Bu Partima	61	TT SD	0	Rendah	8	Tidak mendukung	11	Tidak Patuh
Mustadi	36	SD	9	Tinggi	15	Sedang	12	Patuh
Siti Rohma	25	SMP	7,5	Rendah	8	Tidak mendukung	12	Tidak Patuh
Bu Wiswandi	41	SD	6	Sedang	14	Sedang	11	Patuh
Bu Sulis	39	SMP	10,5	Tinggi	19	Mendukung	10	Patuh



Responden	U	TP	P	Kategori	S	Kategori	Tindakan	Kategori
Pak Seniman	56	Meninggal						
Hosman	36	Idem						
Suroso	76	Idem						
Totok	39	Idem						





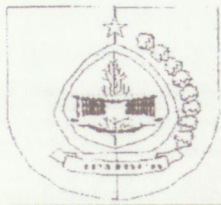
LAMPIRAN F

PETA WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS PAKUSARI





LAMPIRAN G SURAT IJIN PENELITIAN



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo 1/03 Telp.0331-487577 Fax 0331-426624 Jember

Jember , 02 Mei 2007

Nomor : 441.7 / 436.317 / 2007  
Sifat : Penting  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
Yth. Sdr. Kepala Puskesmas  
PAKUSARI  
di -  
JEMBER

Menindak lanjuti surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Linmas Pemerintah Kabupaten Jember Nomor: 072 / 090 / 436.46 / 2007 Tanggal 25 April 2007, tentang Permohonan Ijin Penelitian Mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dalam rangka penyusunan skripsi, harap Saudara memberikan bantuan serta data seperlunya kepada :

Nama : KUSTIN  
Nim : 032110101033  
Judul : Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Penderita TB Paru dengan kepatuhan berobat di wilayah kerja Puskesmas Pakusari Kabupaten Jember Tahun 2006.  
Waktu : 25 April 25 Juli 2007

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan untuk kepentingan ilmiah dan tidak untuk publikasi masyarakat/umum, selanjutnya yang bersangkutan dapat berhubungan langsung dengan Saudara.

Demikian atas perhatiannya di sampaikan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN JEMBER

Tembusan : Kepada Yth.  
Sdr. Kustin / 032110101033  
Di Tempat

dr. OLONG FADJRI MAULANA, MARS  
NIP : 140 106 350



LAMPIRAN H DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar Dokumentasi Saat Wawancara dengan Responden

