

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MASYARAKAT TENTANG**  
**UPYA PENCEGAHAN PENYAKIT TUBERKULOSIS DI DUSUN**  
**KEROYA DAYA DESA KEROYA KECAMATAN AIKREL KABUPATEN**  
**LOMBOK TIMUR 2019**

“Diajukan Kepada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah  
Mataram Sebagai Syarat Untuk Mencapai Gelar Ahli Madya Farmasi Pada  
Program Studi DIII Farmasi”



**Disusun Oleh**

**FIA ROCHMADIA ANNISA**

**516020007**

**PROGRAM STUDI DIII FARMASI**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM**

**TAHUN 2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MASYARAKAT TENTANG  
UPYA PENCEGAHAN PENYAKIT TUBERKULOSIS DI DUSUN  
KEROYA DAYA DESA KEROYA KECAMATAN AIKMEL KABUPATEN  
LOMBOK TIMUR 2019

Diajukan Oleh

**FIA ROCHMADIA ANNISA**

**NIM: 516020007**

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai syarat untuk  
Untuk mencapai Gelar Ahli Madya Farmasi pada Program Studi DIII Farmasi  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram

Mataram, Juli 2019

Disetujui Oleh :

Pembimbing Utama



**(Nurul Qiyam, M.Farm.Klin., Apt)**

**NIDN.0827108402**

Pembimbing Pendamping



**(Cyntia Rahmawati, M.KM., Apt)**

**NIDN.0822128801**

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Farmasi  
Universitas Muhammadiyah Mataram



**(Baig Lenv Nopitasari, M.Farm., Apt)**

**NIDN. 0807119001**

HALAMAN PENGESAHAN

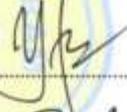
HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MASYARAKAT TENTANG  
UPYA PENCEGAHAN PENYAKIT TUBERKULOSIS DI DUSUN  
KEROYA DAYA DESA KEROYA KECAMATAN AIKMEL KABUPATEN  
LOMBOK TIMUR 2019

Diajukan Oleh

FIA ROCHMADIA ANNISA

NIM: 516020007

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Pengujian Diterima Sebagai syarat untuk mencapai Gelar Ahli Madya Farmasi pada Program Studi DIII Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram

1. Ketua Tim Penguji: Nurul Qiyaam, M.Farm.Klin., Apt. 
2. Penguji I: Yuli Fitriana, M.Farm., Apt. 
3. Penguji II: Cyntiya Rahmawati, M.KM., Apt. 

Mengesahkan

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Mataram

  
(Nurul Qiyaam, M.Farm.Klin., Apt.)

NIDN. 0827108402

#### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Fia Rochmadia Annisa

NIM : 516020007

Program Studi : DIII-Farmasi

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan tercantum dalam Daftar Pustaka dibagian akhir Karya Tulis Ilmiah ini.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mataram, 30 Agustus 2019

Yang membuat pernyataan



Fia Rochmadia Annisa  
516020007

## MOTTO

*"Hiduplah seperti pohon kayu yang lebat buahnya; hidup di tepi jalan dan dilempari orang dengan batu, tetapi dibalas dengan buah."  
Hiduplah sekali, Berarti, lalu Mati !*



## **PERSEMBAHAN**

*Karya tulis ilmiah ini merupakan wujud terimakasih yang pertama-tama saya persembahkan kepada diri saya sendiri, yang sudah bertahan dan berjuang melewati banyak hal selama perkuliahan, baik-buruknya, marah ataupun bahagia, saya bersyukur bisa menyelesaikan ini dengan pengalaman yang sangat menyenangkan. Alhamdulillah ya Allah.*

*Kedukali karya tulis ilmiah ini saya persembahkan untuk orang yang paling berharga di hidup saya yaitu Bapakku Parihi S.sos, Mamakku Hamdiah., Se dan Ibuku Liddes Tarina Primi Putri A.,Md Keb. yang senantiasa memberikan kasih sayangnya padaku, yang selalu menyelipkan namaku dalam setiap sujud dan do'anya, yang telah memberikan dukungan moral, material, dan spiritual serta telah rela mengorbankan segalanya demi masa depanku. Kemudian untuk kakaku Yusril ihza paringga A.,Md, dan adikku Fadiah Lila Annisa, M.Arshaka Safaraz Aufatara yang telah memberikan dukungan dengan moral dan financial walaupun sering bertengkar tetapi selalu memberikan canda didalam rumah.*

*Panjang umur dan berkah usia, serta kasih-sayang Allah selalu meliputi kita semua. Aamiin*

*Almamater tercinta, Universitas Muhammadiyah Mataram*



**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MASYARAKAT TENTANG  
UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT TUBERKULOSIS DI DUSUN  
KEROYA DAYA DESA KEROYA KECAMATAN AIKMEL KABUPATEN  
LOMBOK TIMUR 2019**

**Fia Rochmadia Annisa\*, Nurul Qiyaam, Cyntiya Rahmawati**

**Email: [@fiaochma@gmail.com](mailto:@fiaochma@gmail.com)**

**ABSTRAK**

TBC merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, yang paling umum mempengaruhi paru-paru. Hal ini terjadi karena upaya pencegahan penyakit tuberkulosis belum dilakukan secara maksimal oleh warga Desa Keroya. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat tentang upaya pencegahan penyakit tuberkulosis. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain cross sectional, sampel dalam penelitian ini adalah warga Desa Keroya Dusun Keroya Daya yang didapat dengan teknik *Consecutive Sampling*. Analisis data yang digunakan adalah analisis bivariat. Analisis bivariat menggunakan uji *chi-square*. Hasil analisis tingkat pengetahuan menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan upaya pencegahan, didapatkan nilai  $p$  sebesar  $0,016 < 0,05$  sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna. Sedangkan hasil analisis sikap menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara sikap dengan upaya pencegahan dan didapatkan nilai  $p$  sebesar  $0,009 < 0,05$  maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna. Diharapkan tenaga kesehatan dapat lebih meningkatkan promosi kesehatan yang lebih baik lagi mengenai pentingnya melakukan upaya pencegahan penyakit TBC yang dapat dilakukan oleh masyarakat sebagai pencegahan terhadap penyakit TBC yang dapat menyebabkan kematian.

**Kata Kunci:** Tuberkulosis, Upaya Pencegahan Penyakit Tuberkulosis, Pengetahuan, Sikap

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MASYARAKAT TENTANG  
UPAYA PENCEGAHAN PENYAKIT TUBERKULOSIS DI DUSUN  
KEROYA DAYA DESA KEROYA KECAMATAN AIKMEK KABUPATEN  
LOMBOK TIMUR 2019**

**Fia Rochmadia Annisa\*, Nurul Qiyaam, Cyntiya Rahmawati**

**Email: [@fiaochma@gmail.com](mailto:@fiaochma@gmail.com)**

**ABSTRAC**

Tuberculosis is an infectious disease caused by the bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, which most commonly affects the lungs ... This happens because efforts to prevent tuberculosis have not been carried out optimally by Keroya Village residents. The purpose of this study was to determine the relationship of knowledge and attitudes of the public regarding efforts to prevent tuberculosis. This research is a quantitative study with cross sectional design, the sample in this study is the residents of Keroya Village, Keroya Daya Hamlet obtained by Consecutive Sampling technique. The data analysis used is bivariate analysis. Bivariate analysis using the test-square test. The results of the analysis of the level of knowledge showed that there was a significant relationship between the level of knowledge and prevention efforts, p values of  $0.016 < 0.05$  so that it can be concluded that there was a significant relationship. significant between attitude and prevention efforts and p value of  $0.009 < 0.005$ , it can be concluded that there is a meaningful relationship. It is expected that health workers can further promote better health promotion regarding the importance of preventing TB disease that can be carried out by the community as prevention of tuberculosis that can cause death.

Keywords: Tuberculosis, Tuberculosis Prevention Efforts, Knowledge, Attitude

## KATA PENGANTAR

Segala Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagai salah satu syarat akademis untuk mencapai gelar ahli madya farmasi tentang **“Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Tentang Upaya Pencegahan Penyakit Tuberkulosis di Dusun Keroya Daya Desa Keroya Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur 2019”**.

Melalui kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan karya tulis ilmiah ini, terutama :

1. Nurul Qiyaam, M. Farm. Klin., Apt. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram. sekaligus Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan, dan petunjuk kepada penulis selama penyusunan proposal dan karya tulis ilmiah penelitian ini dan pada saat penelitian
2. Dzun Haryadi Ittiqo, M.Sc., Apt selaku Wakil Dekan I Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
3. Baiq Leny Nopitasari, M. Farm., Apt. Selaku Ketua Program Studi DIII Farmasi Universitas Muhammadiyah Mataram, sekaligus Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan, dan petunjuk kepada penulis selama penyusunan proposal penelitian ini dan pada saat penelitian
4. Cyntiya Rahmawati, M.KM., Apt. Selaku Pembimbing Pendamping yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan, dan

petunjuk kepada penulis selama penyusunan karya tulis ilmiah penelitian ini dan pada saat penelitian.

5. Yuli Fitriana, M.Farm., Apt. selaku penguji yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan masukan kepada penulis.
6. Teman-teman seperjuangan di Diploma III Farmasi yang senantiasa memberikan do'a, saran, dukungan dan semangat sehingga Proposal ini dapat terselesaikan tepat waktu.
7. Seluruh dosen dan staf pegawai Diploma III Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu saran dan kritik yang bersifat membangun keberhasilan dan penyempurnaannya sangat penulis harapkan.

Mataram, 29 Juli 2019

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>MOTO DAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xvi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.5 Keaslian Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
2.1 Tinjauan Umum TBC.....	10
2.1.1 Definisi TBC .....	10
2.1.2 Klasifikasi TBC .....	11
2.1.3 Patofisiologi TBC.....	13
2.1.4 Gejala Klinis TBC.....	14
2.1.5 Cara Penularan TBC .....	15
2.1.6 Pengobatan TBC .....	18
2.1.7 Hasil Pengobatan TBC.....	20
2.1.8 Upaya Pencegahan .....	21
2.2 Tinjauan Umum Pengetahuan .....	22
2.3 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan .....	24
2.4 Tinjauan Umum Sikap .....	26
2.5 Profil Desa Keroya .....	29
2.6 Kerangka Konsep .....	30
2.7 Hipotesis.....	31
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>32</b>
3.1 Rancangan Penelitian .....	32
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	32
3.3 Populasi dan Sampel.....	32
3.3.1 Populasi .....	32
3.3.2 Sampel.....	33
3.3.3 Kriteria Inklusi .....	33
3.3.4 Kriteria Eksklusi.....	33
3.3.5 Teknik Sampling .....	35
3.4 Instrumen Penelitian .....	35

3.5 Variabel Penelitian .....	36
3.6 Teknik pengumpulan data .....	36
3.7 Definisi operasional .....	37
3.8 Skala Pengukuran .....	38
3.9 Jenis dan Sumber Data .....	39
3.10 Teknik Analisis Data .....	40
3.11 Skema Penelitian .....	41
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>42</b>
4.1 Karakteristik Responden .....	42
4.2 Pengetahuan tentang upaya pencegahan .....	45
4.3 Sikap masyarakat tentang upaya pencegahan .....	49
4.4 Upaya pencegahan penyakit TBC .....	54
4.5 Hubungan Jenis kelamin,Umur,Pendidikan .....	56
4.6 Keterbatasan Penelitian .....	62
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>63</b>
5.1 Kesimpulan.....	63
5.2 Saran.....	64
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>65</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>68</b>



## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 3.1</b> Definisi operasional.....	37
<b>Tabel 3.2</b> Skor penilaian.....	40
<b>Tabel 4.1</b> Data Demografi Jenis Kelamin,umur,pendidikan .....	43
<b>Tabel 4.2</b> Uji Chi-square Jenis Kelamin, Umur, Pendidikan .....	46
<b>Tabel 4.3</b> Chi-square r Hitung dan r Tabel.....	47
<b>Tabel 4.4</b> Uji-Chi square hungan pengetahuan, dengan upaya pencegahan ..	49
<b>Tabel 4.5</b> Chi Square r Hitung dan r Tabel pengetahuan .....	53
<b>Tabel 4.6</b> Uji-Chi square hubungan sikap dengan upaya pencegahan TBC ...	54
<b>Tabel 4.7</b> Chi Square r Hitung dan r Tabel sikap .....	57



## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 2.1</b> Kerangka Konsep.....	30
<b>Gambar 3.1</b> Skema Penelitian .....	



## DAFTAR SINGKATAN

1. WHO :World Health Organization
2. TBC : Tuberculosis
3. BTA : Bakteri Tahan Asam
4. OAT : Obat Anti Tuberkulosis
5. TGPD :Two Group Pretest-Posttest Design
6. FGD : Fokus Group Diskusi
7. AP : Akhir Pengobatan
8. RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar
9. DINKES : Dinas Kesehatan
10. PHBS : Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat



## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Lampiran 1.</b> Surat Pengantar Izin Penelitian.....	65
<b>Lampiran 2.</b> Informed Consent .....	66
<b>Lampiran 3.</b> Kuesioner pengetahuan.....	67
<b>Lampiran 4</b> Kuesioner sikap.....	68
<b>Lampiran 5</b> Kuesioner upaya pencegahan.....	69
<b>Lampiran 6</b> Tabulasi data demografi.....	70
<b>Lampiran 7</b> Kunci jawaban .....	71
<b>Lampiran 8</b> Skoring.....	72
<b>Lampiran 9</b> Tabulasi data pengetahuan.....	71
<b>Lampiran 10</b> Tabulasi data sikap.....	72
<b>Lampiran 11</b> Tabulasi data upaya pencegahan.....	73
<b>Lampiran 12</b> Hasil Uji chisquare hubungan pengetahuan dan sikap .....	74
<b>Lampiran 13</b> Hasil Uji chisquare karakteristik.....	74
<b>Lampiran 14</b> Tabel r untuk df.....	75
<b>Lampiran 15</b> Foto responden.....	76



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Tuberkulosis merupakan masalah kesehatan yang besar di dunia. Dalam 20 tahun *World Health Organisation* (WHO) dengan negara-negara yang tergabung di dalamnya mengupayakan untuk mengurangi Tuberkulosis. Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh infeksi menular oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularan yaitu pasien TB Bakteri Tahan Asam (BTA) positif melalui percik relik dahak yang dikeluarkannya. Penyakit ini apabila tidak segera diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya hingga kematian (Kemenkes RI, 2015).

Menurut WHO Tuberkulosis merupakan penyakit yang menjadi perhatian global, dengan berbagai upaya pengendalian yang dilakukan, insiden dan kematian akibat Tuberkulosis telah menurun, namun Tuberkulosis diperkirakan masih menyerang 9,6 juta orang dan menyebabkan 1,2 juta kematian pada tahun 2014. India, Indonesia dan Cina merupakan negara dengan penderita Tuberkulosis terbanyak yaitu berturut-turut 23%, 10%, dan 10% dari seluruh penderita di dunia (WHO, 2015).

Menurut data RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar) 2018 untuk kasus TBC paru paru di provinsi Nusa Tenggara Barat adalah sebesar 0,4 % sedangkan data yang diperoleh dari dinas Kesehatan NTB tentang

jumlah kasus TBC pada tahun 2016 mencapai 5.828 orang. Sedangkan untuk tahun 2017 jumlah seluruh pasien TB adalah 6.644 orang, apabila dibandingkan dengan tahun 2016, maka kasus TB pada tahun 2017 mengalami peningkatan sebesar 14,04% (Dinkes NTB, 2015). Prevalensi pasien Tuberkulosis berdasarkan data dari Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB pada tahun 2018 berjumlah 391 pasien.

Sejauh ini terapi Tuberkulosis masih mengalami banyak permasalahan dalam pengobatan, karena terapi pengobatannya membutuhkan waktu yang lama minimal 6 bulan, hal tersebut menyebabkan penderita Tuberkulosis merasa jenuh dengan program pengobatan. Rasa jenuh tersebut bisa saja disebabkan karena penderita kurang memahami tentang pengobatan atau kurangnya pengetahuan tentang pentingnya mematuhi program pengobatan Tuberkulosis. Semakin baik pengetahuan seseorang tentang pengobatan dan penyembuhan Tuberkulosis maka kepatuhan dalam menjalani pengobatan juga akan baik sehingga keberhasilan pengobatan akan tercapai.

Keberhasilan suatu pengobatan pada TB adalah ditunjang dari kepatuhan dalam minum obat anti tuberkulosis dengan dosis yang telah ditetapkan. Pasien yang dirawat berulang kali di rumah sakit disebabkan ketidak patuhan dalam mengonsumsi obat anti tuberkulosis (OAT) secara teratur (Manalu, 2010).

Di kabupaten Lombok Timur pada tahun 2015 terdapat 1.006 kasus baru TB Paru BTA+ (CNR=86,42 per 100.000 penduduk). Sedangkan jumlah seluruh kasus TB paru BTA+ yang ada adalah 1.257 kasus (3,02%)

TB terjadi pada anak usia 0-14 tahun. Dan dari 11.714 kasus klinis TB Paru yang ditemukan sebesar 1.006 orang (8,59%) dinyatakan positif dan dari sejumlah kasus yang positif tersebut sebesar 1.058 yang diobati dan 1.024 orang (96,79%) dinyatakan sembuh. Sedangkan penemuan pasien baru TB BTA positif pada tahun 2015 sebesar 41,15%. Target SMP indikator penemuan pasien baru TB BTA positif pada tahun 2015 sebesar 50%. Jadi cakupan penemuan pasien baru TB BTA positif belum mencapai target (Profil Kesehatan Lombok Timur 2015).

Pencegahan penyakit sangat penting dalam membentuk pelayanan kesehatan. Perawatan pencegahan melibatkan aktivitas peningkatan kesehatan termasuk program pendidikan kesehatan kasus yang dibuat untuk membantu klien untuk menurunkan resiko sakit, mempertahankan fungsi yang maksimal, dan meningkatkan kebiasaan yang berhubungan dengan kesehatan yang baik (Perry & Potter,2005). Upaya pencegahan tersebut terdiri dari menyediakan nutrisi yang baik, perumahan yang tidak terlalu padat, lingkungan yang bersih, perilaku hidup bersih dan sehat dan udara yang segar merupakan tindakan yang efektif dalam pencegahan TBC (Francis,2011).

Pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang pengetahuan yang baik apabila tidak ditunjang dengan sikap yang positif yang di perlihatkan akan mempengaruhi seseorang untuk berperilaku, seperti yang diungkapkan oleh Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2007) yang menyatakan bahwa dari perilaku adalah pengetahuan, sikap dan praktik yang tidak didasari oleh

pengetahuan yang tidak akan bertahan lama pada kehidupan seseorang, sedangkan pengetahuan yang tidak akan mempunyai makna yang berarti bagi kehidupan dalam melakukan perilaku sehat salah satunya upaya pencegahan penyakit tuberkulosis.

Berdasarkan penelitian Rahman dkk (2017) di dapat diketahui dari 50 responden yang memiliki pengetahuan kurang, 41 responden (82%) memiliki upaya pencegahan tuberkulosis yang kurang. Selain itu, hasil data bivariat yang diperoleh dari penelitian menunjukkan bahwa dari 20 responden yang memiliki pengetahuan baik masih terdapat 2 responden (10%) diantaranya memiliki upaya pencegahan tuberkulosis yang kurang, dari 30 responden yang memiliki pengetahuan cukup masih terdapat 6,7% responden diantaranya memiliki upaya pencegahan tuberkulosis yang kurang, jadi pada penelitian ini pengetahuan dan upaya pencegahan tuberkulosis masih kurang.

Penelitian terkait tentang tuberkulosis sudah banyak dilakukan di Indonesia namun kebanyakan hanya terbatas pada keberhasilan pengobatan penyakit tuberkulosis saja. Pengetahuan mengenai upaya pencegahan penyakit bagi masyarakat sangatlah penting untuk diketahui dan dipahami sehingga masyarakat dapat terhindar dari penyakit Tuberkulosis.

Alasan peneliti melakukan penelitian tentang tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap upaya pencegahan penyakit tuberkulosis di Desa Keroya Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur, karena terdapat masyarakat yang terkena penyakit tuberkulosis di desa tersebut

dan belum pernah dilakukan penelitian terkait pengetahuan dan sikap masyarakat tentang upaya pencegahan tuberkulosis.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan permasalahnya yaitu “ Apakah terdapat hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Tentang Upaya Pencegahan Penyakit Tuberkulosis di Desa Keroya Dusun Keroya Daya Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap masyarakat tentang upaya pencegahan penyakit Tuberkulosis di Desa Keroya Dusun Keroya Daya Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur.

## **1.4 Manfaat penelitian**

### **a. Bagi Masyarakat**

Untuk meningkatkan pengetahuan mengenai penyakit tuberkulosis serta bagaimana cara pencegahannya

### **b. Bagi peneliti**

Bisa menambah pengetahuan mengenai penyakit tuberkulosis dan bagaimana cara pencegahannya.

### **c. Bagi Institusi**

Mampu memberikan informasi mengenai masyarakat dalam pencegahan penyakit tuberkulosis.

## **1.5 Keaslian penelitian**

Penelitian yang dilakukan oleh Rahman dkk (2017) dengan judul Pengetahuan dan Sikap Masyarakat tentang Upaya Pencegahan Tuberkulosis.

Metode penelitian ini adalah kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional study*. Hasil penelitian menggunakan uji *chi square* menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan ( $p=0,000$ ) dan sikap ( $p=0,000$ ), dapat disimpulkan bahwa ada hubungan pengetahuan dan sikap dengan upaya pencegahan tuberkulosis. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu berbeda pada tempat. Pengambilan sampel pada penelitian sebelumnya menggunakan metode cluster random sampling sedangkan penelitian ini menggunakan metode cross sectional.

Penelitian yang dilakukan oleh Rizana dkk (2016) dengan judul Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Keluarga Dalam Pencegahan Penularan Tuberkulosis Paru. Penelitian menggunakan pendekatan *eksperimental-semu*. Rancangan dalam penelitian (TGPD) *Two Group Pretest-Posttest Design*, satu kelompok diberikan perlakuan (pendidikan kesehatan) dan satu kelompok tidak diberikan perlakuan. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan ( $p=0,000$ ), terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap ( $p=0,000$ ) dan terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku keluarga dalam pencegahan penularan Tb paru ( $p=0,000$ ) di Kota Lhokseumawe. Perbedaan penelitian ini dengan perbedaan sebelumnya yaitu berbeda pada tempat. Jenis penelitian pada penelitian sebelumnya yaitu penelitian *eksperimental-semu*, sedangkan pada jenis penelitian ini yaitu penelitian *observasional*. Metode pada penelitian sebelumnya menggunakan

Two Group Pretest-Posttest Design sedangkan pada penelitian ini saya menggunakan metode Cross Sectional.

Penelitian yang dilakukan oleh Lisa Arianti (2017), dengan judul. Tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat dalam upaya pencegahan penyakit tuberkulosis di RT 03 Desa Moteng Kecamatan Brang rea priode Januari 2017. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan desain rancangan *cross sectional*, instrument penelitian menggunakan kuesioner. Data yang telah diperoleh diolah menggunakan *SPSS*, dan disajikan dalam bentuk table distribusi frekuensi. Hasil pengetahuan terhadap upaya pencegahan penyakit tuberkulosis pada masyarakat. Dapat diketahui dari 41 responden yang mempunyai pengetahuan baik paling banyak dengan jumlah 31 orang(75,60%), untuk pengetahuan cukup berjumlah 9 orang(21,95%) dan yang berpengaruh kurang berjumlah 1 orang(2,43). Pada penelitian ini tingkat pengetahuan masyarakat tentang tuberkulosis dalam kategori baik. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya yaitu berbeda pada tempat.

Penelitian yang dilakukan oleh (Yulifira Media,2011), dengan judul Pengetahuan,sikap dan perilaku masyarakat yang berkaitan dengan penyakit Tuberkulosis (TB) paru di puskesmas koto katik kota padang panjang(Sumatea Barat). Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif-interpretatif, pengumpulan data dilakukan dengan Fokus Grup Diskusi (FGD) dan wawancara mendalam (*indepeth interview*). Informasi untuk wawancara mendalam terdiri dari penderita TB Paru (yang sedang menjalani pengobatan, suspek dan mantan penderita). Jumlah informan adalah berdasarkan

kecukupan informasi. Fokus Grup Diskusi (FGD) dilakukan kepada kelompok Kader Kesehatan dan kelompok Tokoh Masyarakat . Masing-masing kelompok FGD terdiri dari 6 peserta. Pengolahan dan analisis data dilakukan secara manual oleh peneliti dengan pendekatan kualitatif. Hasil wawancara mendalam dengan informan tokoh masyarakat diketahui bahwa dirahasiakan. Sedangkan sebagian masyarakat lainnya branggapan bahwa penyakit TB Paru tidak berbahaya dan merupakan penyakit biasa. Selanjutnya penyakit TB Paru/TBC menurut sebagian masyarakat adalah penyakit akibat *guna-guna/kirimian* dari perbuatan manusia dan setan. Penyakit TB Paru di daerah ini disebut dengan *batuk songkah* atau batuk 100 hari dan ini biasanya karena keturunan. Perbedaan penelitian ini denggan penelitian sebelumnya yaitu berbeda tempat dan penelitian ini menggunakan deskriptif-interpretatif, pengumpulan data dilakukan dengan Fokus Grup Diskusi (FGD) dan wawancara mendalam (indepeth interview). Sedangkan penelitian sebelumnya jenis observasional analitik dengan pengumpulan data menggunakan kuesioner.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Tuberkulosis (TB)

##### 2.1.1 Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Biasanya penyakit ini menyerrang paru-paru namun dapat pula menyerang organ lain yang biasa disebut dengan TB ekstrapulmonar seperti ginjal, tulang belakang, dan otak (WHO, 2013).

Tuberkulosis adalah merupakan penyakit infeksi menular yang dapat menyerang bagian organ terutama paru – paru. Penyakit ini apabila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya bahkan kematian. Penyakit tuberkulosis wajib dilaporkan kepada fasilitas kesehatan (Depkes RI, 2016).

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang dapat menyebar melalui peru-paru kebagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistm saluran limfa, melalui saluran pernafasan (bronchus) atau penyebaran langsung kebagian tubuh lainnya (Notoatmojo, 2011, hal.152).

Bakteri *Mycobacterium tuberculosis* mempunyai ukuran panjang 0,5 – 4 mikron dan tebal 0,3 – 0,6 mikron dengan bentuk batang tipis, lurus atau agak bengkok, bergranular atau tidak mempunyai selubung, tetapi mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid (terutama asam mikolat) dan digolongkan dalam basil tahan asam (BTA) (Widoyono, 2008).

Bakteri tuberkulosis ini mati pada pemanasan 100<sup>0</sup>C selama 5 – 10 menit atau pada pemanasan 60            na 30 menit, dan dengan alkohol 70–

95% selama 15 – 30 detik. Bakteri ini tahan selama 1 -2 jam di udara terutama di tempat yang lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), namun tidak tahan terhadap sinar matahari (Gillespie & Bamford, 2009).

### 2.1.2 Klasifikasi Tuberkulosis Paru

Dalam konsensus Perhimpunan Dokter Paru Indonesia tahun 2006, TB paru dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak (BTA)

a. Tuberkulosis Paru BTA (+).

Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak menunjukkan hasil BTA positif. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan kelainan radiologik menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan biakan positif.

b. Tuberkulosis Paru BTA (-)

Hasil pemeriksaan dahak 3 kali menunjukkan BTA negatif, gambaran klinik dan kelainan radiologik menunjukkan tuberkulosis aktif serta tidak respons dengan pemberian antibiotik spektrum luas. Hasil pemeriksaan dahak 3 kali menunjukkan BTA negatif dan biakan *M.tuberculosis* positif. Jika belum ada hasil pemeriksaan dahak, tulis BTA belum diperiksa.

2. Berdasarkan Tipe Penderita

Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita yaitu :

a. Kasus baru

Dikatakan kasus baru bila penderita yang belum pernah mendapat pengobatan dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).

b. Kasus kambuh (relaps)

Dikatakan kasus kambuh bila penderita tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, kemudian kembali lagi berobat dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif atau biakan positif.

Bila hanya menunjukkan perubahan pada gambaran radiologik sehingga dicurigai lesi aktif kembali, harus dipikirkan beberapa kemungkinan infeksi sekunder, infeksi jamur atau TB paru kambuh.

c. Kasus pindahan (*Transfer In*)

Dikatakan kasus pindahan bila penderita yang sedang mendapatkan pengobatan di suatu kabupaten dan kemudian pindah berobat ke kabupaten lain. Penderita pindahan tersebut harus membawa surat rujukan/pindah.

d. Kasus lalai obat

Dikatakan kasus lalai berobat bila penderita yang sudah berobat paling kurang 1 bulan, dan berhenti 2 minggu atau lebih, kemudian datang kembali berobat. Umumnya penderita tersebut kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.

### 2.1.3 Patofisiologi Tuberkulosis (TB)

Infeksi awal disebabkan karena seseorang menghirup bakteri *Mycobacterium tuberculosis* melalui jalan nafas menuju ke alveoli dan melakukan proses perkembangbiakan (Irman Somantri, 2007).

Pada satu titik bakteri akan melakukan implantasi juga akan melakukan proses penggandaan diri atau yang sering disebut dengan istilah *multiplying*. Dalam proses ini akan menghasilkan lesi primer. Setelah terinfeksi dan menghasilkan lesi primer, infeksi dapat menyebar ke seluruh tubuh melalui berbagai jalan, yaitu percabangan bronkus, saluran limfe, dan aliran darah menuju ke tulang, ginjal dan otak. Jika pertahanan tubuh dari penderita kuat, maka infeksi tidak akan menyebar tetapi bakteri-bakteri tersebut akan tertidur atau menjadi dorman dan akan aktif kembali ketika daya tubuh penderita melemah (Muttaqin, 2008).

Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Fagosit (neutrofil dan makrofag) menelan banyak bakteri; limfosit spesifik tuberkulosis melisis (menghancurkan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukkan eksudat dalam alveoli yang menyebabkan terjadinya penebalan membran alveolar kapiler dan kolaps pada alveoli sehingga menyebabkan terjadinya gangguan pertukaran gas (Smeltzer & Bare, 2016).

Pada saat terjadi infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, maka proses inflamasi yang terjadi pada rongga alveoli akan menyebabkan rongga alveoli menghasilkan banyak sputum yang menyebabkan konsolidasi paru dan akan berdampak pada proses difusi dan juga pertukaran gas yang tidak

maksimal. Akibat adanya gangguan tersebut, maka akan timbul masalah gangguan pertukaran gas. Saat terjadi gangguan pertukaran gas, maka suplai oksigen ke seluruh tubuh juga akan mengalami penurunan, hal ini ditandai dengan adanya peningkatan frekuensi pernafasan, penurunan saturasi oksigen (Irman Somantri, 2007).

Berpangkal dari kompleks primer, infeksi dapat menyebar ke seluruh tubuh melalui berbagai jalan, salah satunya adalah melalui percabangan bronkus, penyebaran infeksi melalui percabangan bronkus dapat mengenai area paru atau melalui sputum menyebar ke area laring yang dapat menyebabkan ulserasi laring, kondisi ini akan menyebabkan terjadinya sumbatan pada jalan nafas akibat adanya penumpukkan sekret (Muttaqin, 2008).

#### **2.1.4 Gejala Klinis Tuberkulosis (TB)**

Tuberkulosis (TB) memberikan gejala berupa batuk terus-menerus dan berdahak selama 2 minggu atau lebih. Gejala lain yang sering dijumpai adalah dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan turun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan (Depkes RI, 2008).

#### **2.1.5 Cara Penularan Tuberkulosis (TB)**

Tuberkulosis (TB) ditularkan melalui udara (melalui dahak penderita TB). Ketika penderita TB batuk, bersin berbicara atau meludah, mereka memercikkan kuman TB ke udara. Pada umumnya droplet yang infeksius dapat bertahan dalam beberapa jam sampai beberapa hari sampai

akhirnya ditiup angin. Infeksi terjadi bila jika seseorang menghirup droplet yang mengandung kuman TB dan akhirnya sampai di alveoli. Respon imun terbentuk 2-10 minggu setelah terinfeksi. Sejumlah kuman akan tetap dorman bertahun-tahun yang disebut infeksi laten (Kemkes, 20012). Ketika penderita batuk, baersin, atau berbicara saat berhadapan dan terhirup pada paru orang sehat masa inkubasinya selama 3-6 bulan (Widoyono, 2008). Setelah kuman TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan,kuman TB tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah,sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Kemenkes, 2012).

Faktor resiko yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita TB adalah mereka yang tinggal berdekatan dengan orang yang terinfeksi aktif, memiliki daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya mereka yang kekurangan gizi, orang berusia lanjut, bayi atau mereka yang mengindap HIV/AIDS (Depkes RI, 2008).

Suryo (2010) menjelaskan bahwa faktor risiko yang menyebabkan penyakit TB adalah sebagai berikut:

a. Faktor umur

Beberapa faktor risiko penularan penyakit TB yaitu umur, jenis kelamin, ras, serta infeksi AIDS. Insiden tertinggi TB biasanya mengenai usia dewasa muda. Di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB adalah kelompok usia produktif, yaitu 15-50 tahun.

b. Faktor jenis kelamin

Di benua Afrika banyak TB, terutama menyerang laki-laki. Pada tahun 1996 jumlah penderita TB pada laki-laki hampir dua kali lipat dibandingkan jumlah penderita TB pada wanita yaitu 42,34% pada laki-laki dan 28,9% pada wanita. Antara tahun 1985-1987 penderita TB pada laki-laki cenderung meningkat sebanyak 2,5%, sedangkan penderita TB pada wanita menurun 6,7%. TB lebih banyak terjadi pada laki-laki dibanding dengan wanita karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TB.

c. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang, di antaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB sehingga dengan pengetahuan yang cukup, maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap jenis pekerjaannya.

d. Pekerjaan

Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Bila pekerja bekerja di lingkungan yang berdebu, paparan partikel debu di daerah terpapar akan memengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan umumnya TB.

Jenis pekerjaan seseorang juga memengaruhi pendapatan keluarga yang akan mempunyai dampak terhadap pola hidup sehari-hari di antara konsumsi makanan, pemeliharaan kesehatan. Selain itu, akan memengaruhi kepemilikan rumah (konstruksi rumah).

Kepala keluarga yang mempunyai pendapatan di bawah UMR akan mengonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan bagi setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status gizi yang kurang dan akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi, di antaranya penyakit TB. Dalam hal jenis konstruksi rumah dengan mempunyai pendapatan yang kurang, maka konstruksi rumah yang dimiliki tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga akan memperoleh terjadinya penularan penyakit TB.

e. Kebiasaan merokok

Merokok diketahui mempunyai hubungan dengan meningkatkan risiko untuk mendapatkan kanker paru-paru, penyakit jantung koroner, bronkhitis kronis, dan kanker kandung kemih. Kebiasaan rokok meningkatkan risiko untuk terkena TB sebanyak 2,2 kali.

f. Status Gizi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang dengan status gizi kurang mempunyai risiko 3,7 kali untuk menderita penyakit TB berat dibandingkan dengan orang yang status gizinya cukup atau lebih. Kekurangan gizi pada seseorang akan berpengaruh terhadap kekuatan daya tahan tubuh dan respon imunologik terhadap penyakit.

g. Perilaku

Perilaku dapat terdiri atas pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan penderita TB yang kurang tentang cara penularan, bahaya, dan cara pengobatan akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku sebagai orang sakit dan akhirnya berakibat menjadi sumber penular bagi orang di sekelilingnya.

### 2.1.6 Pengobatan Tuberkulosis (TB)

a. Tujuan Pengobatan

Pengobatan Tuberkulosis bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan, dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap Obat Anti Tuberkulosis (OAT) (Kemenkes RI, 2011).

b. Prinsip Pengobatan

Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut (Kemenkes RI, 2011):

- 1) OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT – Kombinasi Dosis Tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
- 2) Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Minum Obat (PMO).

- 3) Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

Tahap Awal (Intensif):

- a) Pada tahap intensif (awal) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat.
- b) Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.
- c) Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.

Tahap Lanjutan:

- a) Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama.
- b) Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persister* sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

### **2.1.7 Hasil Pengobatan dan Tindak Lanjut**

Hasil pengobatan seorang penderita dapat dikategorikan sebagai sembuh, pengobatan lengkap, meninggal, pindah, putus berobat, dan gagal (Kemenkes RI, 2011).

- a) Sembuh

Penderita dinyatakan sembuh bila telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (*follow up*) hasilnya

negatif pada Akhir Pengobatan (AP) dan minimal satu pemeriksaan *follow up* sebelumnya negatif.

b) Pengobatan lengkap

Penderita yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tetapi tidak memenuhi persyaratan sembuh atau gagal.

c) Meninggal

Penderita yang meninggal dalam masa pengobatan karena sebab apapun.

d) Pindah

Penderita yang pindah berobat ke unit dengan register TB 03 yang lain dan hasil pengobatannya yang tidak diketahui.

e) Putus berobat

Penderita yang tidak berobat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai.

f) Gagal

Penderita yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

g) Pengetahuan (*Knowledge*)

### 2.1.8 Upaya Pencegahan Tuberkulosis (TB)

Mencegah lebih baik dari pada mengobati, kata-kata itu selalu menjadi acuan dalam penanggulangan penyakit TB Paru di masyarakat. Dalam buku

Kementrian Kesehatan RI, 2010 upaya pencegahan yang harus dilakukan adalah:

- a. Minum obat TB secara lengkap dan teratur sampai sembuh
- b. Pasien TB harus menutup mulutnya pada waktu bersin dan batuk karena pada saat bersin dan batuk ribuan hingga jutaan kuman TB keluar melalui percikan dahak. Kuman TB yang keluar bersama percikan dahak yang dikeluarkan pasien TB saat :

- Bicara : 0-200 kuman
- Batuk : 0-3500 kuman
- Bersin : 4500-1.000.000 kuman

- c. Tidak membuang dahak di sembarang tempat, tetapi dibuang pada tempat khusus dan tertutup. Misalnya dengan menggunakan wadah/kaleng tertutup yang sudah diberi karbol/antiseptik atau pasir. Kemudian timbunlah kedalam tanah.

- d. Menjalankan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), antara lain :

- Menjemur Peralatan Tidur
- Membuka Jendela dan Pintu setiap pagi agar udara dan sinar matahari masuk
- Aliran udara (ventilasi) yang baik dalam ruangan dapat mengurangi jumlah kuman di udara. Sinar matahari langsung dapat mematikan kuman.
- Makan makanan bergizi.
- Tidak merokok dan minum-minuman keras.
- Lakukan aktivitas fisik/olahraga secara teratur.

- Mencuci peralatan makan dan minuman dengan air bersih mengalir dan memakai sabun.
- Mencuci tangan dengan air bersih mengalir dan memakai sabun.

Tanpa pengobatan, setelah lima tahun, 50% dari penderita Tuberkulosis Paru akan meninggal, 25% akan sembuh sendiri dengan daya tahan tubuh yang tinggi, dan 25% sebagai kasus kronik yang tetap menular (Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, 2011).

## 2.2 Pengetahuan

Menurut Soekidjo Notoatmodjo dalam buku Promosi Kesehatan edisi revisi 2010, pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Pada waktu penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Pengetahuan seseorang terhadap suatu objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besar, terdapat 6 (enam) tingkat pengetahuan yaitu:

### a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan hanya sebagai *recall* (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

### b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak hanya dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu. Penilaian ini

dengan sendirinya didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

### **2.3 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Budiman (2013) menjelaskan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya pengetahuan adalah sebagai berikut :

a. Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi sehingga banyak pula pengetahuan yang di miliki.

b. Informasi/media massa

Informasi yang di peroleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru berbagai bentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

c. Sosial, Budaya dan Ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan seseorang tanpa melali penalaran sehingga akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan status ekonomi seseorang untuk kegiatan tertentu sehingga status social,ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan kedalam individu yang berbeda dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya intraksi timbul balik ataupun tidak, yang akan di respon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

e. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu.

f. Usia

Usia pengetahuan daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin membaik.

## 2.4 Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju –tidak setuju, baik- tidak-baik, dan sebagainya). Champell (1950) mendefinisikan sangat sederhana, yakni: *“An individual’s attitude is syndrome of responden consistency with regard to object.”* jadi jelas, disini dikatakan bahwa sikap itu suatu sindroma atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek, sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan yang lain.

Newcomb, salah seorang ahli psikologi social menyatakan, bahwa sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Dalam kata lain, fungsi sikap belum merupakan tindakan (reaksi terbuka) atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup.

Komponen Pokok Sikap:

Menurut Allport (1954) sikap itu terdiri dari tiga komponen pokok, yaitu:

- a. Kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek. Artinya, bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek. Sikap orang terhadap penyakit kusta misalnya, berarti bagaimana pendapat atau keyakinan orang tersebut terhadap penyakit kusta.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkadang didalamnya factor emosi) orang tersebut terhadap objek. Seperti contoh butir a tersebut, berarti bagaimana orang menilai terhadap penyakit kusta, apakah penyakit yang biasa saja atau penyakit yang membahayakan.
- c. Kecendrungan untuk mendahului bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komonen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah ancang-ancang untuk bertindak atau berperilaku terbuka (tindakan). Misalnya, tentang contoh sikap terhadap penyakit kusta diatas, adalah apa yang dilakukan seseorang bila ia menderita penyakit kusta.

Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam menentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Contoh: Seseorang ibu mendengar (tahu) penyakit demam berdarah

(penyebabnya, cara penularanya, cara pencegahanya, dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha supaya keluarganya, terutama anaknya tidak kena demam berdarah. Dalam berpikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat (kecendrungan bertindak) untuk melakukan 3M agar anaknya tidak terserang demam berdarah. Ibu ini mempunyai sikap tertentu (berniat melaksanakan 3M) terhadap objek tertentu yakni penyakit demam berdarah.

Seperti halnya pengetahuan, sikap juga mempunyai tingkat-tingkat berdsarkan intesitasnya, sebagai berikut:

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa seseorang atau subjek mau menerima (*ante natal care*), dapat diketahui atau diukur dari kehadiran si ibu untuk mendengarkan penyuluhan tentang *ante natal care* di lingkunganya.

b. Menanggapi (*Responding*)

Menanggapi disini diartikan memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi. Misalnya, seorang ibu yang mengikuti penyuluhan, kemudian ia menjawab atau menaggapinya.

c. Menghargai (*Valuing*)

Menghargai diartikan subjek, atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi atau menganjurkan orang lain merespons.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatnya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang paling diyakininya, dia harus berani mengambil resiko bila ada orang yang mencemoohkan atau adanya resiko lain. Contoh tersebut diatas, ibu yang sudah mau mengikuti penyuluhan *ante natal care*, ia harus berani untuk mengorbankan waktunya, atau mungkin kehilangan penghasilannya, atau diomeli oleh mertuanya karena meninggalkan rumah, dan sebagainya (Notoatmojo, 2005).

## 2.5 Profil Desa Keroya

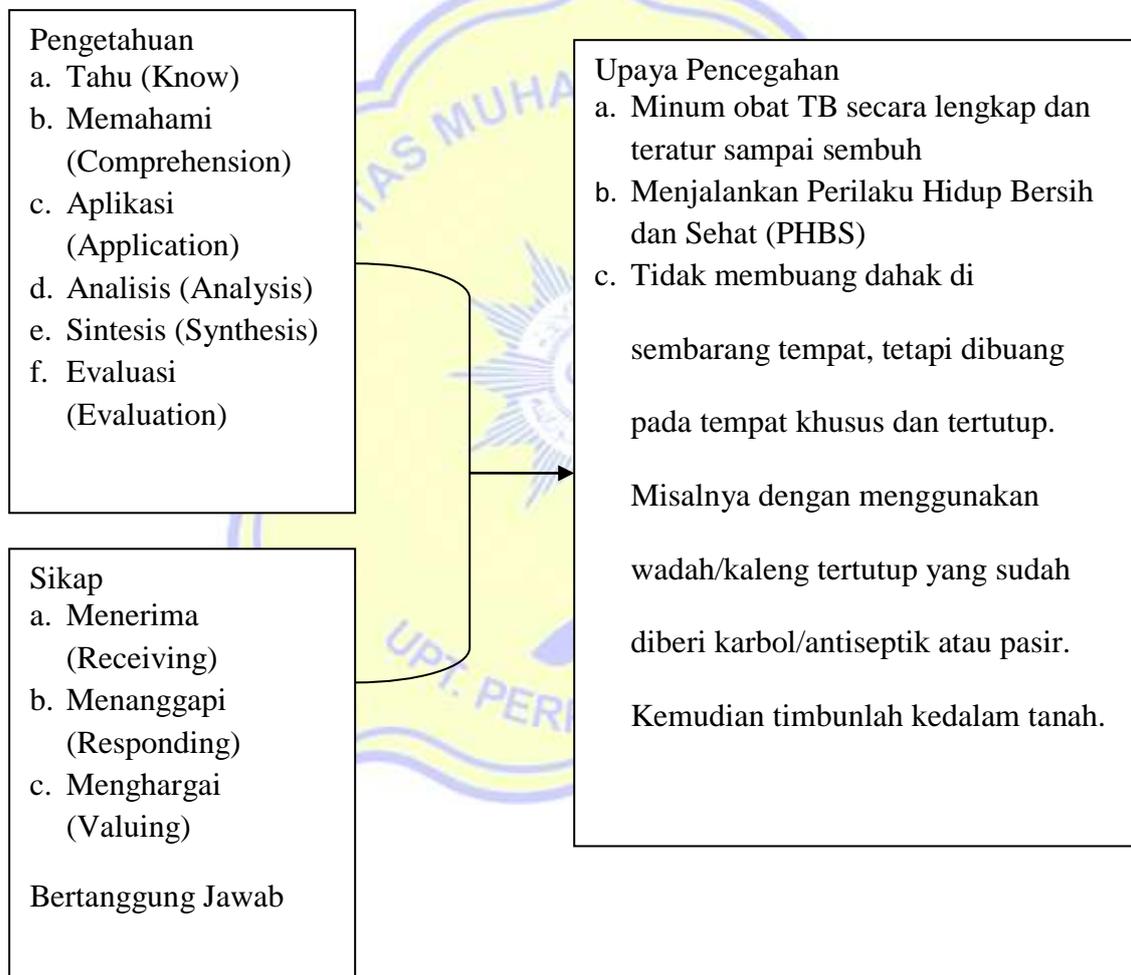
Keroya merupakan sebuah desa kecil yang baru mendapatkan gelar desa pada tahun sekitar 2012 silam, luas desa keroya  $\pm 100$  hektar persegi dengan jumlah penduduk 1016 karu keluarga. Itu karena adanya pemekaran desa kembang kerang. Ada sebagian para sesepuh setempat berpendapat. Penduduk keroya berasal dari kerajaan selaparang yang diusir, dengan bahasa Lombok ‘gero’ atau usir, maka dari kata itu orang mengatakan bahwa penduduk yang diusir dari wilayah sang raja selaparang.

Sosial Dan Budaya, kehidupan sosial di desa ini terbilang masih sama dengan desa yang lainnya masyarakat setempat masih kukuh dengan budaya yaitu dengan adat istiadatnya seperti contoh ‘begawe’ dalam bahasa lomboknya adapun masyarakat setempat masih bersosialisasi dengan baik dan tidak pernah terjadinya kericuhan atau tauran.

Perekonomian di desa keroya masih terbilang lemah karena kurangnya sumber daya sehingga beberapa masyarakat atau orang yang bepergian menjadi TKI/TKW. Sebagian besar masyarakat keroya memiliki penghasilan tetap dari bertani, berdagang.

Lingkungan Desa keroya terbilang sudah memiliki kemajuan karena di tahun 2018 desa keoya mengikuti perlombaan PHBS yang mewakili kabupaten dan mendapatkan juara 3 tingkat kabupaten. Dan di desa keroya kesadaran masyarakat untuk menjaga kebersihan bisa dikatakan sudah cukup baik.

## 2.6 Kerangka Konsep

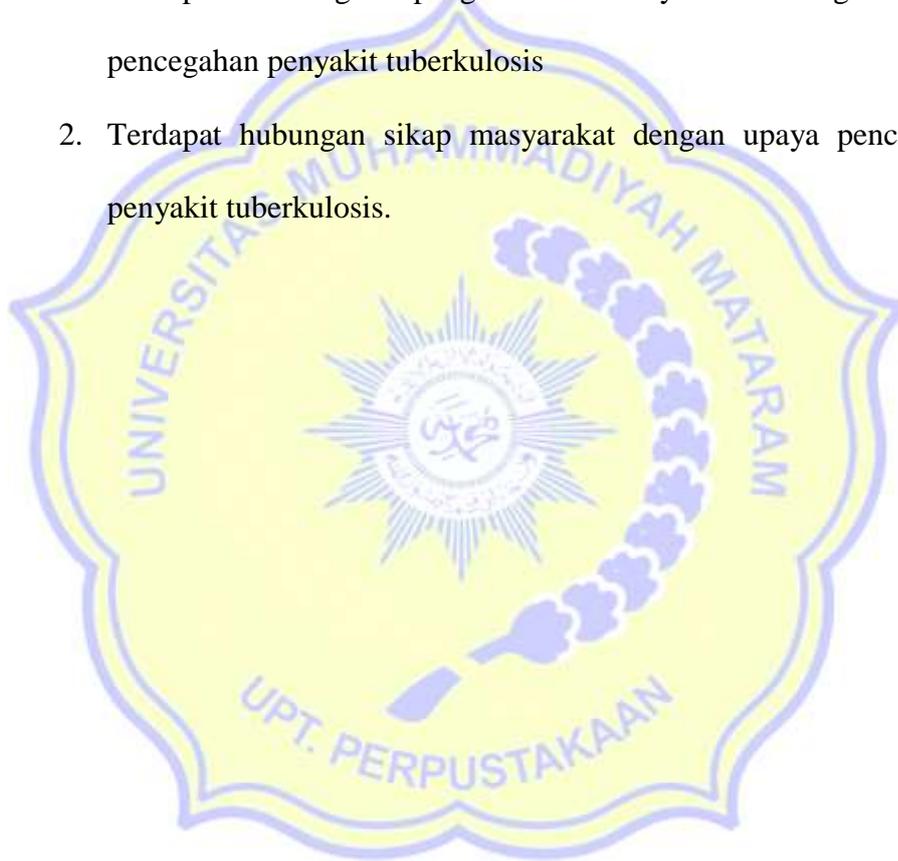


Gambar 2.1 Kerangka Konsep

## 2.8 Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah yang ada, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah “ Terdapat Hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Tentang Upaya Pencegahan Penyakit Tuberkulosis di Desa Keroya Dusun Keroya Daya Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur”

1. Terdapat hubungan pengetahuan masyarakat dengan upaya pencegahan penyakit tuberkulosis
2. Terdapat hubungan sikap masyarakat dengan upaya pencegahan penyakit tuberkulosis.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *observasional* deskriptif *analitik*. Penelitian *observasional analitik* adalah penelitian yang dilakukan tanpa melakukan intervensi terhadap subyek penelitian (masyarakat) yang diarahkan untuk menjelaskan suatu keadaan atau situasi. Sedangkan deskriptif analitik adalah suatu metode yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap objek yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul sebagaimana adanya. (Sugiono:2009;29)

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Desa Keroya Dusun Keroya Daya Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli 2019.

#### **3.3 Populasi dan Sampel**

##### **3.3.1 Populasi Penelitian**

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2010). Populasi penelitian ini adalah Warga Desa Keroya Dusun Keroya Daya Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur sebanyak 943 orang.

##### **3.3.2 Sampel Penelitian**

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi(Sugiyono, 2012). Sampel dalam penelitian ini adalah

Warga Desa Keroya Dusun Keroya Daya Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur yang memenuhi kriteria inklusi.

Penentuan jumlah sampel dilakukan dengan cara perhitungan statistic yaitu dengan *Rumus Slovin*. *Rumus Slovin* digunakan untuk menentukan ukuran sampel dari populasi yang telah diketahui jumlahnya yaitu sebanyak 943 orang. Untuk tingkat persisi yang ditetapkan dalam penentuan sampel adalah 10%. Alasan penelitian menggunakan tingkat persisi 10% jumlah populasi kurang dari 1000 (Kriyantono, 2008).

$$\text{Rumus Slovin: } n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

Keterangan :

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

E = kelonggaran ketidak telitian karena kesalahan pengembalian sampel yang dapat ditolerir, kemudian dikuadratkan.

Berdasarkan Rumus Slovin, maka besarnya penarikan jumlah sampel penelitian adalah :

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

$$n = \frac{943}{1+943(0,1)^2}$$

$$n = \frac{943}{1 + 943(0,01)}$$

$$n = \frac{943}{1 + 9,34}$$

$$n = \frac{943}{10,34}$$

$$n = 91$$

### 3.3.3 Kriteria Inklusi

1. Warga yang terdata sebagai Penduduk Desa Keroya
2. Bersedia Menjadi responden
3. Mampu berkomunikasi dengan baik
4. Umur
  - Umur dewasa awal = 26-35 tahun.
  - Umur dewasa akhir = 36-45 tahun.

### 3.3.4 Kriteria Eksklusi

1. Tidak dapat membaca, menulis dan mendengar (Tuli)
2. Warga Desa Keroya yang pergi merantau
3. Gangguan Jiwa
4. Tidak hadir saat penelitian

### 3.3.5 Teknik Sampling

*Sampling* adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (2003).

Teknik sampling dalam penelitian ini adalah *Consecutive Sampling*. *Consecutive Sampling* yaitu pemilihan sample dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden dapat terpenuhi (Nursalam, 2003).

### 3.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu pada penelitian ini dengan menggunakan kuesioner dari pengetahuan, sikap, dan upaya pencegahan yang terdiri dari 60 item pertanyaan yang sudah di ujivaliditasnya oleh Lisa Arianti (2017) dengan judul Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Dalam Upaya Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Di RT 03 Desa Moteng Kecamatan Brang Rea Periode Januari 2017.

### 3.5 Variabel Penelitian

Variabel penelitian yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

a. Variabel Independen (Variabel Bebas)

Variabel bebas ialah variable yang menjadi sebab timbulnya variable terikat (Sudugdo dan Sofyan,1995). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap masyarakat.

b. Variabel Dependen (Variabel Terikat)

Variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variable bebas (Sudigo dan Sofyan, 1995). Variabel terikat dalam penelitian ini adalah upaya pencegahan penyakit tuberculosis.

### 3.6 Teknik Pengumpulan Data

Pada penelitian ini metode pengumpulan data yang digunakan adalah metode survey. Survey yang dilakukan adalah mendatangi setiap rumah warga Desa keroya Dusun Keroya Daya Kecamatan Aikmel Kabupaten Lombok Timur yang menjadi sampel penelitian dengan bantuan instrument berupa kuesioner.

### 3.7 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi operasional

No	Variable	Definisi Oprasional	Cara Mengukur	Hasil Ukur	Skala
1	Independen :				
	a. Pengetahuan	Pengetahuan segala sesuatu yang diketahui oleh responden mengenai penyakit tuberkulosis meliputi pengertian, gejala, penyebab, cara penularan, faktor resiko dan pencegahan..	Menggunakan kuesioner.	1.Tinggi 2. Rendah	Nominal
	b. Sikap	Sikap adalah penilaian, persepsi responden terhadap upaya pencegahan penyakit TBC yang dilakukan pada kehidupan sehari-hari.	Menggunakan kuesioner	1.Tinggi 2.Rendah	Nominal
2.					

	Upaya pencegahan	Upaya pencegahan penyakit TBC merupakan tindakan yang pernah dilakukan oleh responden dalam mencegah penyakit tuberkulosis.	Menggunakan kuesioner	1.Tinggi 2.Rendah	Nominal
--	------------------	---	-----------------------	----------------------	---------

### 3.8 Skala pengukuran

Skala pengukuran tentang pencegahan penyakit tuberkulosis menggunakan skala yang bersifat tegas dan konsisten dalam memberikan jawaban yang tegas seperti jawaban dari benar dan salah atau ya dan tidak, skala gutman dapat di buat dalam bentuk pilihan ganda atau bentuk cek list skor penelitian jika jawabannya benar maka nilainya 1, sedangkan jika jawaban salah maka nilainya 0 (Hidayat,2007).

Skala pengukuran pengetahuan tentang upaya pencegahan penyakit tuberkulosis menggunakan skala guttman. Penilaian untuk pengetahuan responden tentang upaya pencegahan penyakit tuberkulosis yaitu :

- Benar : 1
- Salah : 0

Sedangkan penilaian sikap responden tentang upaya pencegahan penyakit tuberkulosis juga menggunakan skala guttman yaitu :

- Setuju :1
- Tidak setuju :0

Skala pengukuran untuk upaya pencegahan penyakit tuberkulosis juga menggunakan skala guttman dapat dibuat dalam bentuk cek list. Penilaian untuk pertanyaan tentang upaya pencegahan penyakit tuberkulosis yang dilakukan responden yaitu :

- Sering : 1
- Tidak pernah : 0

Sugiyono (2012), Penilaian bagi pengetahuan, sikap dan upaya pencegahan dilakukan dengan menggunakan skala guttman yaitu diperoleh jawaban dari responden yang bersifat jelas (tegas) dan konsisten. Dan data yang diperoleh berupa data interval atau rasio dikotomi (dua alternatif pilihan). Dengan kata-kata ya-tidak, benar-salah, positif-negatif.

Penentuan skoring pada criteria objektif :

Rumus Umum

Interval (I) = Range (R) / kategori (K)

Range (R) = Skor tertinggi – Skor terendah = 100-0= 100%

Kategori yaitu Cukup dan Kurang

Interval (I) = 100 / 2 = 50%

Kriteria penilaian = skor tertinggi – interval = 100-50 = 50%

Tinggi = jika skor  $\geq$  50%

Rendah = jika skor  $<$  50%

Tabel 3.2 Skor penilaian

Skor penilaian	Interprestasi tingkat pengetahuan
50-100%	Tinggi
0-50	Rendah

(Sugiyono 2012)

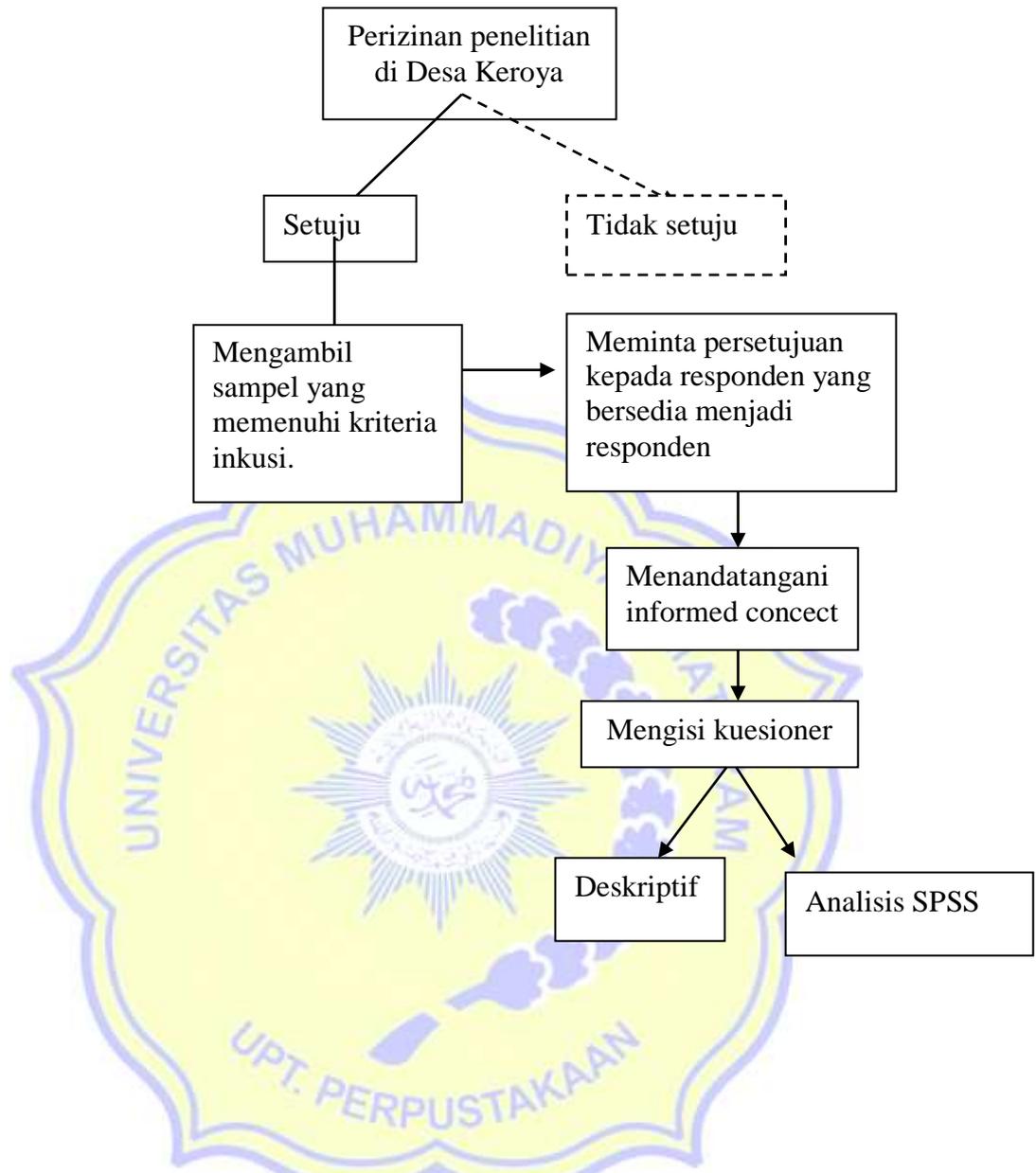
### 3.9 Jenis dan Sumber Data

Sumber data yang di dapatkan dari penelitian ini adalah data primer. Data primer adalah sumber data penelitian yang di peroleh langsung dari subjek penelitian dengan menggunakan alat pengukur atau alat pengambilan data secara langsung pada subjek sebagai sumber informasi yang di cari.

### 3.10 Teknik Analisis Data

Analisis data dilakukan menggunakan analisis bivariat yang digunakan untuk membandingkan karakteristik antara dua variable dan menjelaskan hubungan antara variabel tersebut yaitu dependen dengan variabel independen. Pada penelitian ini variabel dependennya adalah upaya pencegahan penyakit tuberkulosis sedangkan variabel independen adalah sikap dan pengetahuan masyarakat. Maka setelah itu dilakukan uji normalitas menggunakan SPSS 16 dan menganalisis menggunakan *Uji Chisquare*.

### 3.11 Skema Penelitian



Gambar 3.1 Skema Penelitian