

**GAMBARAN PENGETAHUAN PENDERITA TB TIDAK MELAKUKAN
PEMERIKSAAN ULANG DAHAK DI WILAYAH KERJA UPT
PUSKESMAS PANGHEGAR KECAMATAN PANYILEUKAN
KOTA BANDUNG**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai
Gelar Sarjana Keperawatan

**NENENG SUMYATI
NPM. 2.16.073**



**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2018**

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Neneng Sumyati

NIM : AK 216.073

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul skripsi : Gambaran Pengetahuan Penderita TB Tidak Melakukan Pemeriksaan Ulang Dahak di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Panghegar Kecamatan Panyileukan Kota Bandung

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Sarjana Keperawatan baik dari STIKes Bhakti Kencana maupun dari perguruan tinggi lain.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis ilmiah yang murni dan bukan hasil plagiat atau jiplakan serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan tim pembimbing.
5. Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis , maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Bandung, 4 ptember 2018



ang Membuat Pernyataan

eneng Sumyati

NIM : Ak 216.073

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : GAMBARAN PENGETAHUAN PENDERITA TB TIDAK
MELAKUKN PEMERIKSAAN ULANG DAHAK DI WILAYAH
KERJA UPT PUSKESMAS PANGHEGAR KECAMATAN
PANYILEUKAN KOTA BANDUNG

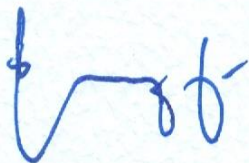
NAMA : NENENG SUMYATI

NPM : AK 2.16.073

Telah Disetujui Untuk Diajukan Pada Seminar Akhir
Pada Program Sarjana Keperawatan
STIKES Bhakti Kencana Bandung


Menyetujui

Pembimbing I



R. Siti Jundiah S.Kp.,M.Kep

Pembimbing II



Andria Praghlapati S.Kep.,Ners.,M.Kep

Program Studi Sarjana Keperawatan

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan
Dewan Penguji Skripsi Program Studi Sarjana Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana
Pada Tanggal 4 September 2018

Mengesahkan

Pada Program Studi Sarjana Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Penguji I



Lia Nurlianawati S.Kep.,Ners.,M.Kep

Penguji II



Ade Saputra Nasution M.Kes

STIKes Bhakti Kencana

Ketua



R. Siti Jundiah S.Kp.,M.Kep

ABSTRAK

Tuberkulosis masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di dunia walaupun upaya pengendalian dengan strategi DOTS. Di Indonesia angka kesembuhan nasional masih tergolong rendah, Jawa Barat tercatat sekitar 23.774 kasus dan Kota Bandung terdapat 9.632 dengan kasus MDR 50 orang. Rendahnya cakupan kesembuhan akan berakibat tingginya kasus gagal pengobatan dan harus dilakukan pengobatan ulang bahkan berakibat menjadi MDR dikarenakan tidak diketahui status pengobatan yang dinyatakan dengan hasil pemeriksaan ulang dahak bulan kelima dan akhir pengobatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan penderita TB tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak di wilayah kerja UPT Puskesmas Panghegar.

Jenis penelitian deskriptif, populasi 32 orang. Tehnik pengambilan sampel menggunakan total sampling dengan sampel berjumlah 32. Analisis penelitian distribusi frekwensi.

Hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengahnya (62,5) pasie TB berpengetahuan cukup, lebih dari setengahnya (66,7%) bersia produktif, lebih dari setengahnya (64,7%) pendidikan rendah, lebih dari setengahnya (58,8) laki – laki dan lebih dari setengahnya (68,8%) mempunyai asuransi. Berdasarkan hasil peneltian perlu dilakukan edukasi dan informasi pemeriksaan ulang dahak dan pengobatan TB

Kata Kunci: MDR, Pengetahuan, pemeriksaan ulang dahak

Daftar Pustaka : 22 Buku (1994-2017)

16 Jurnal (2009-2014)

ABSTRACT

Tuberculosis is one of public medical issues in the world, despite of efforts to control using DOTS strategy. In Indonesia, the rate of national recovery is low, West Java have about 23,774 cases and Bandung City have 9,632 cases of MDR in 50 persons. Lower covering of recovery shall be result of high cases in terms of failed treatment and retreatment is required even make it MDR because of treatment status as stated in the crosscheck of sputum in 5th month and the end of treatment is not detected. This study is designed to know picture of knowledge had patients with TB who not perform crosscheck of sputum in UPT Puskesmas Panghegar.

The type of study is descriptive, population 32 people. The sampling technique uses total sampling with a sample of 32. Analysis of frequency distribution research.

The results of the study suggest more than half (62.5) of TB patients have sufficient knowledge, more than half (66,7%) of patients are in productive age, more half (64,7%) of them have low education, more than half (58,8%) of them are male, and half (68,8%) of them have insurance. Based on the results of the study, the education and information on crosscheck of sputum and TB treatment are necessary.

Keywords: MDR, knowledge, crosscheck of sputum

Literature: 22 Books (1994-2017)

16 Journals (2009-2014)

KATA PENGANTAR

Bismillaahirrahmaanirrahiim

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan karunia Nya yang telah dilimpahkan sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Penelitian ini yang berjudul “GAMBARAN PENGETAHUAN PENDERITA TB BTA (+) TIDAK MELAKUKAN PEMERIKSAAN ULANG DAHAK DI WILAYAH KERJA UPT PUSKESMAS PANGHEGAR KOTA BANDUNG TAHUN 2018”.

Penelitian ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai Gelar Sarjana Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bhakti Kencana Bandung. Dalam penulisan skripsi ini, penulis banyak menghadapi kesulitan dan hambatan, tetapi berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya penelitian ini dapat diselesaikan.

Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih yang setinggi – tingginya kepada yang terhormat :

1. Bapak H. Mulyana, SH.,M.PD.,M.HKes., selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung
2. Ibu Siti Jundiah, SKp., MKep selaku Ketua STIKES Bhakti Kencana Bandung dan sebagai pembimbing 1 yang telah memberikan petunjuk dan pengarahan kepada penulis dalam menyusun proposal penelitian ini.

3. Ibu Yuyun Sarinengsih, Skep.,Ners.,MKep selaku Ketua Prodi S1 Keperawatan STIKES Bhakti Kencana Bandung
4. Bapak Andria Pragolapati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku pembimbing II yang telah memberikan petunjuk dan pengarahan kepada penulis dalam menyusun skripsi ini.
5. Ibu Lia Nurlianawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku penguji I, yang dengan teliti telah menelaah skripsi ini dengan masukan – masukan yang membangun
6. Bapak Ade Saputra Nasution.,SKM.,M.kes selaku penguji II, yang dengan teliti telah menelaah skripsi ini dengan masukan – masukan yang membangun
7. dr. Siska Gerfianti.,MKes,Sp.DLP. Selaku PLT UPT Puskesmas Panghegar beserta seluruh staf yang telah mengizinkan dan membantu peneliti untuk melakukan penelitian di UPT Puskesmas Panghegar Kota Bandung.
8. Bapak Sumbara, S.Kep.,Ners.,M.KepSebagai dosen wali kelas , yang senantiasa menampung keluhan dan aspirasi dengan solusi yang bijaksana.
9. Seluruh Dosen dan staf Sekolah STIKES Bhakti Kencana Bandung, yang telah mendidik dan membimbing penulis selama menjalani pendidikan di STIKES Bhakti Kencana Bandung.
10. Keluarga dan sahabat seperjuangan yang senantiasa memberikan dukungan moril dan materil selama proses pendidikan berlangsung

11. Teman seperjuangan dengan kekompakan kelas tanpa perselisihan yang berarti, selalu mufakat dalam keputusan dan senantiasa selalu memberi dukungan selama proses pendidikan berlangsung

Penulis menyadari skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun guna perbaikan di masa yang akan datang. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya dalam pengembangan profesi keperawatan.

Bandung, Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR BAGAN.....	vI
DAFTAR SINGKAT.....	vii
DAFTAR LAMPIRRAN.....	viii
PENDAHULUAN	
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Kegunaan Penelitian.....	8
TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Konsep Tuberkulosis.....	10
2.2 Konsep dasar pengetahuan.....	16
2.3 Konsep Pemeriksaan Sputum.....	23
2.4 Kerangka Konsep.....	30
METODE PENELITIAN	
3.1 Rencana Penelitian.....	31
3.2 Paradigma Penelitian.....	31
3.3 Variabel Penelitian.....	32
3.4 Definisi Operasional.....	33
3.5 Definisi Konseptual.....	35

3.6	Populasi dan Sempel.....	35
3.7	Pengumpulan Data.....	35
3.7.1	Instrumen Penelitian.....	35
3.7.2	Uji Validitas dan Reabilitas.....	36
3.7.3	Tehnik Pengumpulan Data.....	36
3.7.4	Tehnik Analisa Data.....	37
3.8	Langkah –Langkah Penelitian.....	38
3.9	Etika Penelitian.....	40
3.10	Lokasi Penelitian.....	41
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		
4.1	Hasil penelitian.....	42
4.2	Pembahasan.....	45
KESIMPULAN DAN SARAN		
5.1	Kesimpulan.....	50
5.2	Saran.....	50
DAFTAR PUSTAKA.....		52
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Pemantauan Kemajuan Pengobatan melalui Pemeriksaan Dahak.....	14
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	34
Tabel 4.1	Distribusi karakteristik responden menurut usia, jenis kelamin, pendidikan dan kepemilikan Askes.....	42
Tabel 4.2	Distribusi tingkat pengetahuan pasien TB.....	43
Tabel 4.3	Tabulasi silang usia dan pengetahuan.....	43
Tabel 4.4	Tabulasi silang jenis kelamin dan pengetahuan.....	44
Tabel 4.5	Tabulasi silang pendidikan dan pengetahuan.....	44
Tabel 4.6	Tabulasi silang kepemilikan Askes dan pengetahuan.....	45

DAFTAR BAGAN

Bagan 1.1 Kerangka Konsep.....	30
Bagan 3.1 kerangka Penelitian.....	33

DAFTAR SINGKATAN

BKBPM	:	Badan Kesatuan Bangsa dan Pemberdayaan Masyarakat
BTA	:	Basil Tahan Asam
CDC	:	Centre for Disease Control
DOTS	:	Directly Observed Treatment Short-course
Kemenkes	:	Kementrian Kesehatan
LED	:	Laju Endap Darah
MDR	:	Multi Drug Resistant
OAT	:	Obat Anti Tuberkulosis
PMO	:	Pengawas Menelan Obat
P2P	:	Program Pengendalian Penyakit
P2TB	:	Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis
Riskesdas	:	Riset Kesehatan Dasar
TB	:	Tuberkulosis
WHO	:	World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Informasi

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 3 Kisi-kisi Kuesioner Penelitian

Lampiran 4 Kuesioner Pasien

Lampiran 5 Uji Validitas

Lampiran 6 Analisa Jawaban Responden Per Pertanyaan

Lampiran 7 Lembar Bimbingan

Lampiran 8 Lembar Oponen

Lampiran 9 Lembar Persyaratann Sidang Akhir

Lampiran 10 Lembar Matrikulasi

Lampiran 11 Surat Rekomendasi Penelitian Bakesbangpol

Lampiran 12 Surat Keterangan Penelitian Dinkes Kota Bandung

Lampiran 13 Surat Bukti Persetujuan Lahan Praktek

Lampiran 14 Lembar Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Penyakit Tuberkulosis (TB) sampai saat ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia terutama di negara-negara berkembang termasuk Indonesia. *World Health Organization* (WHO, 2014) menyimpulkan bahwa ada 22 negara dengan kategori beban tinggi terhadap TB (*high Burden of TBC Number*). Pada tahun 2017 WHO mencatat Angka insiden penyakit TB di dunia diperkirakan berjumlah 10,4 jt jiwa dengan angka kesakitan sebanyak 142 setiap 100.000 penduduk.

Di Indonesia diperkirakan 1.020.000 juta kasus TB dengan jumlah kematian akibat TB mencapai 100.000 jiwa. Angka kesakitan TB sebanyak 395 setiap 100.000 penduduk. Indonesia menduduki peringkat nomor dua terbanyak setelah India (*WHO Global Tuberkulosa Report, 2016*). Angka kesembuhan nasional masih tergolong rendah sebesar 74,2% dari target nasional sebesar 85% (Kemenkes, 2014). Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) prevalensi penduduk Indonesia yang terdiagnosis TB tahun 2013 tidak ada perbedaan dengan tahun 2007 sebanyak 0,4 % dimana lima propinsi dengan TB tertinggi adalah Jawa Barat dan Papua (0,7%), DKI Jakarta (0,6%), Gorontalo (0,5%), Banten (0,4%) dan Papua Barat (0,4%).

Provinsi Jawa Barat merupakan propinsi dengan jumlah penderita Tuberkulosis terbanyak se-Indonesia, yaitu sekitar 18%. Jumlah kasus Tuberkulosis adalah sebesar 23.774 penderita pada tahun 2016 (DEPKES, 2017). Sedangkan data Seksi Program Pengendalian Penyakit (P2P) Dinas Kesehatan Kota Bandung

menunjukkan bahwa pada tahun 2017 penemuan seluruh kasus TB 9.632 dengan kesembuhan 79,90 %, jauh dibawah target yang ditentukan 90% dan (MDR) *Multi Drug Resisten* 50 orang. Lebih lanjut ditemukan data kesembuhan terendah, UPT Puskesmas panghegar termasuk rangking 14 dari 30 UPT yang ada di kota Bandung. Pada tahun 2016 data kesembuhan UPT Puskesmas Panghegar 76,6% dengan 1 kasus MDR sedangkan tahun 2017 hanya mencapai 65,1%. Melihat hal tersebut angka kesembuhan masih rendah cenderung turun. Dengan rendahnya cakupan kesembuhan akan berakibat tingginya kasus gagal pengobatan dan harus dilakukan pengobatan ulang bahkan berakibat menjadi MDR dikarenakan tidak diketahui status pengobatan yang dinyatakan dengan hasil pemeriksaan dahak bulan kelima dan akhir pengobatan (Kemenkes 2014).

Gagal Pengobatan akan menimbulkan masalah baru sehingga pengobatan akan lebih panjang menjadi 8-12 bulan sehingga memungkinkan untuk terjadinya resistensi obat anti tuberkulosis. Hal tersebut dikuatkan oleh hasil penelitian Putra (2014) yang menyatakan bahwa gagal dalam pengobatan TB berakibat resistensi obat, dan menimbulkan penularan untuk orang lain. Bahaya resistensi obat bila terjadi MDR, penyakit tersebut dapat kembali dengan lebih kuat, lebih sulit diobati dan pengobatannya sangat mahal (Kemenkes,2014).

Penanggulangan penyakit TB dengan strategi (DOTS) *Directly Observed Treatment Succes Rate* adalah strategi penyembuhan TB paru jangka pendek dengan pengawasan secara langsung. Dengan menggunakan strategi DOTS, maka proses penyembuhan TB paru dapat berlangsung secara cepat. Kategori kesembuhan penyakit TB yaitu suatu kondisi dimana individu telah menunjukkan peningkatan kesehatan dan memiliki salah satu indikator kesembuhan penyakit

TB, diantaranya: menyelesaikan pengobatan secara lengkap dan pemeriksaan ulang dahak (follow up) hasilnya negatif pada akhir pengobatan dan minimal satu pemeriksaan follow up sebelumnya negatif (Kemenkes,2014).

Kesembuhan yang rendah disebabkan masih banyak penderita TB BTA (+) dengan pengobatan lengkap tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak pada bulan kelima maupun akhir pengobatan. Dengan demikian pemantauan pengobatan penderita TB BTA (+) tidak dapat di evaluasi untuk menilai kemajuan pengobatan sebagai tolak ukur kesembuhan penderita (Kemenkes,2014). Penanggulangan TB bertujuan mencapai kesembuhan, sehingga semua penderita TB diharapkan dapat menuntaskan program pengobatan sampai dinyatakan sembuh. Adapun salah satu indikator kesembuhan penyakit TB paru adalah kelengkapan pengobatan dan hasil negatif pada pemeriksaan ulang dahak bulan kelima dan akhir pengobatan. Pemeriksaan dahak pada bulan kelima dan akhir pengobatan itu sangat penting untuk melihat kemajuan pengobatan, menentukan kelanjutan pengobatan berdasarkan hasil akhir pengobatan, mendeteksi potensi penularan, dan mendeteksi potensi MDR (Kemenkes, 2014).

Hasil penelitian (Putera dan Karyadi, 2014) faktor- faktor pasien tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak dipengaruhi oleh pengetahuan, persepsi, pendidikan, peran Pengawasan Menelan Obat (PMO) dan usia. Pengetahuan yang baik akan mempunyai peluang lebih besar untuk melakukan pemeriksaan ulang dahak dibanding dengan penderita yang mempunyai pengetahuan yang kurang. Pengetahuan merupakan hal penting yang akan mendukung atau menghambat perilaku seseorang untuk melakukan pemeriksaan dahak. Masih banyak penderita TB BTA (+) tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak karena persepsi yang

salah dan menganggap penyakitnya sembuh saat gejala hilang, sedangkan (Muhlisi, 2011) menemukan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin banyak informasi yang diterima. Sehingga pengetahuan dan persepsi akan lebih baik dan selanjutnya mendorong penderita untuk patuh terhadap pengobatan.

Selain itu penelitian lain menjelaskan bahwa faktor yang berhubungan dengan penderita yang tidak patuh melakukan pemeriksaan ulang dahak pada fase akhir pengobatan dipengaruhi oleh peran PMO yang kurang baik (Sumarman, 2011). Lamanya pengobatan penderita TB berkisar 6-8 bulan bisa membuat penderita tidak patuh dan diperlukan PMO untuk mengawasi penderita sehingga penderita dapat menuntaskan pengobatan dengan melakukan pemeriksaan ulang dahak lengkap. Tugas PMO adalah mengawasi dan memberikan dorongan pada penderita TB agar minum obat secara teratur selain itu PMO harus mengingatkan penderita TB untuk melakukan pemeriksaan ulang dahak sesuai dengan waktu yang ditentukan (Kemenkes, 2014). Baik buruknya peran PMO akan mempengaruhi kepatuhan dari penderita TB untuk melakukan pemeriksaan ulang dahak. Hasil penelitian menemukan bahwa penderita TB yang dipantau langsung PMO lebih patuh terhadap pengobatan dan pemeriksaan ulang dahak (Sukmah, 2013 dan Yao, 2011). Selaras dengan hal tersebut, sumber lain juga menemukan bahwa dari 112 penderita TB BTA positif atau 78.5 % terjadi perubahan menjadi BTA negatif dengan adanya pengawasan langsung PMO (Pajankar, Al & Lawati, 2008). Dalam menanggulangi penderita TB di pelayanan kesehatan khususnya Puskesmas, setiap penderita TB diharuskan didampingi oleh seorang PMO (Kemenkes, 2014).

Banyak penelitian-penelitian tentang penyakit TB yang menjelaskan bahwa penyakit TB di masyarakat banyak terjadi pada usia produktif, jenis kelamin laki-laki, dan pendidikan yang rendah (Feng dan et, 2012). Peneliti lain mengatakan Usia produktif merupakan usia dimana seseorang berada pada tahap untuk bekerja/ menghasilkan sesuatu baik untuk diri sendiri maupun orang lain. Sebanyak 75% penderita TB paru ditemukan pada usia yang paling produktif secara (15-50 tahun). Pada usia tersebut apabila seseorang menderita TB paru, maka dapat mengakibatkan individu tidak produktif lagi bahkan menjadi beban bagi keluarganya, (Agus, 2015).

Kemampuan individu dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan pemeriksaan ulang dahak salah satunya dipengaruhi oleh kepemilikan Asuransi Kesehatan. Scoot & Walter (2010) menjelaskan bahwa kepemilikan Askes atau BPJS merupakan salah satu gambaran kemampuan individu atau keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Andersen, (2012) menyatakan semakin mudah akses pelayanan kesehatan akan semakin tinggi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Faktor sumber daya masyarakat salah satunya dipengaruhi oleh jarak dan biaya untuk mengakses layanan kesehatan. Pengaruh jarak rumah dengan layanan kesehatan tidak terlepas dari adanya besaran biaya yang digunakan dan waktu tempuh yang lama. Menariknya, penelitian mengatakan bahwa sosioekonomi tidak mempengaruhi perilaku penderita dalam melakukan pemeriksaan ulang dahak (Pappa & Niakas, 2006; Putera, Pakasi, & Karyadi, 2014). Adapun penelitian Erawatiningsih, Purwanto & Subekti (2009) menjelaskan bahwa tidak ada pengaruh yang

signifikan antara jarak rumah penderita terhadap kepatuhan penderita TB paru dalam memanfaatkan Puskesmas.

Puskesmas Panghegar merupakan Puskesmas perkotaan yang terletak di Kecamatan Panyileukan mempunyai 1 jejaring Puskesmas Panyileukan, terdiri dari 4 kelurahan. Berdasarkan letak geografis Puskesmas mudah diakses langsung dari berbagai arah. Fasilitas kesehatan untuk mendapatkan layanan pemeriksaan dahak di Puskesmas Panghegar sudah sesuai standar yaitu terdapat ruang laboratorium, analis kesehatan, sarana dan prasarana laboratorium yang selalu ada di fasilitasi dari dinas kesehatan Kota Bandung, selain itu rutin dilakukan monitoring evaluasi setiap 3 bulan sekali. Pemeriksaan dahak yang dilakukan gratis tidak di pungut biaya.

Pada studi pendahuluan, berdasarkan data yang ada di Puskesmas dari 32 orang yang tidak melakukan pemeriksaan dahak ulang laki - laki 17 dan perempuan 15 dengan kelompok usia bervariasi, kelompok usia produktif 27 orang dan kelompok tidak produktif 5 orang begitupun dengan status pendidikan SD 5 orang, SMP 12 orang, SLTA 10 orang dan Perguruan tinggi 3 orang. Hasil wawancara dengan 5 orang penderita TB 3 orang mengatakan tidak tahu kapan harus melakukan pemeriksaan dahak selama pengobatan dan tidak tahu manfaat pemeriksaan dahak sedangkan 2 orang menyatakan mengetahui kapan harus diperiksa dahak mengetahui manfaat pemeriksaan dahak. Upaya yang dilakukan Puskesmas untuk meningkatkan angka kesembuhan dan pemeriksaan ulang dahak yaitu dengan memberikan penyuluhan TB pada individu dan keluarga saat awal penegakan diagnosa. Selain itu penyuluhan TB terhadap masyarakat dilakukan sesuai dengan perencanaan Program Pemberantasan Penyakit TB (P2TB) setiap

tiga bulan sekali di wilayah kerja Puskesmas, dan melakukan kunjungan rumah pada penderita TB meskipun belum semua penderita TB dilakukan kunjungan rumah. Pada penderita TB yang tidak datang untuk melakukan pemeriksaan ulang dahak, pihak puskesmas telah menghubungi penderita atau PMO, mengingatkan penderita dan PMO pada saat mengambil obat untuk melakukan pemeriksaan ulang dahak sesuai jadwal yang ditentukan.

Upaya-upaya yang telah dilakukan idealnya dapat meningkatkan perilaku penderita TB melakukan pemeriksaan ulang dahak, tetapi pada kenyataannya penderita TB yang melakukan pemeriksaan ulang dahak masih rendah yaitu 78 %. Sehingga diperlukan upaya lain untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan rendahnya pemeriksaan ulang dahak. Upaya untuk mengembangkan perilaku sehat seseorang melakukan pemeriksaan ulang dahak, dilihat dari faktor pengetahuan pasien.

Berdasarkan uraian fenomena tersebut, maka menjadi penting untuk diteliti lebih lanjut mengenai gambaran pengetahuan penderita TB tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak di wilayah kerja UPT Puskesmas Panghegar Kecamatan Panyileukan. Dengan demikian dapat diketahui masalah yang melatarbelakangi penderita TB tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak, sehingga dapat menjadi acuan peningkatan angka kesembuhan TB.

1.2 Identifikasi Masalah

Identifikasi masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran pengetahuan penderita TB tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi gambaran pengetahuan penderita TB tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi pengetahuan penderita TB BTA (+) yang tidak melakukan pemeriksaan dahak
- 2) Mengidentifikasi pengetahuan berdasarkan usia penderita TB BTA (+) yang tidak melakukan pemeriksaan dahak
- 3) Mengidentifikasi pengetahuan berdasarkan jenis kelamin penderita TB BTA (+) yang tidak melakukan pemeriksaan dahak
- 4) Mengidentifikasi pengetahuan berdasarkan pendidikan penderita TB BTA (+) yang tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak.
- 5) Mengidentifikasi pengetahuan berdasarkan kepemilikan Asuransi terhadap penderita TB BTA (+) yang tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak

1.4 Kegunaan Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi data dasar untuk penelitian lebih lanjut khususnya pengetahuan penderit TB BTA (+) tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak.

1.4.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Peneliti

Dengan dilakukannya penelitian ini, peneliti dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam melakukan penelitian ilmiah salah satunya untuk mengetahui pengetahuan penderita TB tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak di UPT Puskesmas Paanghegar.

2) Bagi Pasien TB Paru

Dengan dilakukannya penelitian ini diharapkan para pasien TB Paru dapat mengetahui pengetahuan penderita TB tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak.

3) Bagi Keperawatan

Diharapkan penelitian ini dapat menambah wawasan untuk setiap rekan sejawat agar lebih dapat memantau dan mengawasi pasien dalam pengobatan TB Paru sesuai dengan Asuhan Keperawatan

4) Bagi Institusi

Diharapkan penelitian ini berguna sebagai bahan masukan bagi Puskesmas – Puskesmas terutama UPT Puskesmas Panghegar dalam meningkatkan pengetahuan penderita TB untuk melakukan pemeriksaan ulang dahak.

5) Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi peneliti selanjutnya dan kemudian dikembangkan sebagai dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Tuberkulosis

2.1.1 Pengertian Tuberkulosis

Tuberkulosis merupakan suatu penyakit menular yang menyerang parenkhim paru disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis*, penyakit ini dapat juga menyebar kebagian tubuh lain seperti meningen, ginjal, tulang dan nodus limfe. Kuman *Mycobacterium tuberculosis* berbentuk batang panjang 1-10 mikron, lebar 0,2-0,6 mikron, bersifat tahan asam dalam pewarnaan maka disebut Basil Tahan Asam (BTA), dapat bertahan hidup pada suhu rendah dalam jangka waktu lama antara suhu 4°C sampai minus 7°C, sebagian besar kuman akan mati beberapa menit akibat paparan sinar ultraviolet, sedangkan dalam dahak kuman akan mati dalam waktu kurang lebih 1 minggu antara suhu 30°C sampai 37°C dan kuman TB akan bersifat tidur didalam tubuh (Somantri, 2012; Kemenkes, 2014).

Pasien Tuberkulosis adalah pasien TB berdasarkan hasil konfirmasi pemeriksaan bakteriologis dengan pemeriksaan mikroskopis langsung, biakan atau tes diagnostik yang direkomendasikan oleh Kemenkes misalnya pemeriksaan TCM (Tes Cepat Molekuler) / *GeneXpert*. Pasien TB terdiagnosis secara klinis adalah pasien TB BTA negatif dengan hasil thorak foto mendukung TB, TB ekstraparu yang terdiagnosis secara klinis maupun laboratorium tanpa pemeriksaan bakteriologis, TB anak yang terdiagnosis dengan sistem skoring

2.1.2 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala utama TB paru menurut (Kemenkes, 2014) adalah batuk berdahak selama 2 minggu atau lebih, disertai dengan gejala tambahan lain yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak napas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari meskipun tanpa melakukan aktifitas fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Gejala seperti itu dapat dijumpai juga pada penyakit paru lainnya seperti bronhiektasis, bronkhitis kronis, asma dan kanker paru.

2.1.3 Cara Penularan dan Pencegahan

Cara penularan biasanya melalui udara yaitu dengan cara inhalasi droplet nuklei yang mengandung kuman *Mycobacterium tuberculosis*, sumber penularan TB dari penderita TB BTA (+) melalui percikan dahak yang dikeluarkan penderita TB pada saat batuk, bersin ataupun meludah, batuk ataupun bersin akan menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak, sekali penderita batuk akan menghasilkan 3000 butiran dahak, seseorang yang berada disekitar penderita dengan tidak sengaja akan menghirup percikan renik dahak yang terinfeksi tersebut sehingga menyebabkan penularan, kuman *Mycobacterium Tuberculosis* dapat menginfeksi bagian tubuh yang mengandung oksigen yang tinggi dimana paru-paru merupakan tempat utamanya, suatu infeksi dapat berkembang menjadi penyakit dipengaruhi oleh konsentrasi kuman yang terhirup, lamanya pajanan, virulensi bakteri, kemampuan fagositosis makrofag alveolar dan daya tahan tubuh seseorang, tingkat penularan penderita TB BTA (+) dan penderita TB BTA (-) dengan hasil kultur positif adalah sekitar 26 % sedangkan

penderita TB dengan hasil kultur negatif dan foto thorak positif akan menularkan sekitar 17 % (Kemenkes, 2014).

Sumber penularan terjadi karena kepadatan penduduk, ventilasi rumah yang buruk, gizi buruk, stress dan tingkat ekonomi yang rendah. Tingkat pendidikan yang rendah, kurangnya pengetahuan dan kemiskinan dapat meningkatkan resiko penularan (Munoz & Pardo, 2008).

Fokus utama strategi DOTS yaitu menemukan dan menyembuhkan penderita TB tipe menular. Strategi ini bertujuan untuk memutus rantai penularan TB dengan menurunkan angka insiden TB di masyarakat. Cara yang terbaik dalam pencegahan dan penularan adalah dengan menemukan sedini mungkin dan menyembuhkan melalui pengobatan yang lengkap pada penderita TB (Kemenkes, 2014).

Pencegahan dapat dilakukan dengan cara berperilaku sehat dari penderita TB dengan cara menggunakan masker pada 2 minggu pertama bila penderita minum OAT dengan benar, menutup mulut saat bersin ataupun batuk, meludah atau membuang dahak tidak di tempat sembarangan, ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman *Mycobacterium tuberculosis*

2.1.4 Pengobatan Pasien TB

1) Tujuan dan prinsip pengobatan TB

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan penderita TB dan memperbaiki produktifitas, mencegah terjadinya kematian akibat TB, mencegah terjadinya kekambuhan, mencegah terjadinya MDR dan menurunkan penularan TB. Adapun prinsip dari pengobatan TB meliputi pengobatan TB yang diberikan

sesuai dengan panduan OAT berdasarkan berat badan, dosis yang diberikan tepat, OAT ditelan secara teratur dengan diawasi langsung oleh seorang PMO, pengobatan dibagi dua fase yaitu fase awal dan lanjutan untuk mencegah kekambuhan.

2) Tahapan pengobatan TB

Pengobatan TB BTA positif diberikan selama 6-8 bulan, harus meliputi tahap awal dan lanjutan pengobatan.

(1) Tahap awal

Tahap awal obat diberikan setiap hari. Pengobatan tahap awal untuk menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang sudah resisten. Pengobatan tahap awal pada pasien baru diberikan selama 2 bulan. Pada umumnya bila pengobatan teratur dan tanpa adanya penyulit, penularan dapat menurun setelah 2 minggu pengobatan.

(2) Tahap lanjutan

Pengobatan tahap lanjutan merupakan tahap yang penting untuk membunuh sisa kuman yang masih ada sisa didalam tubuhnya, khususnya kuman *persister*.

2.1.5 Pemantauan kemajuan pengobatan

Pemantauan kemajuan pengobatan dengan pemeriksaan dahak 2 kali sewaktu dan pagi, dimana negatif bila kedua contoh uji dahak hasilnya negatif dan positif bila salah satu contoh uji dahak ataupun keduanya dengan hasil positif.

Pemantauan kemajuan hasil pengobatan pada orang dewasa dilakukan pemeriksaan ulang dahak dengan cara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara

mikroskopis lebih baik dibanding dengan pemeriksaan radiologi dalam memantau kemajuan pengobatan, selain itu Laju Endap Darah (LED) tidak lagi digunakan dalam memantau kemajuan pengobatan karena LED tidak spesifik untuk penyakit TB.

Tabel 2. 1 Pemantauan Kemajuan Pengobatan melalui Pemeriksaan Dahak

Katagori	Bulan							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Pasien baru BTA positif		Apabila hasil BTA masih positif periksa ulang bulan ke 3			Hasil BTA negatif lanjut pengobatan bila hasil BTA positif dinyatakan gagal rujuk untuk periksa resistensi	Hasil BTA negatif penderit sembuh, bila BTA masih positif dinyatakan gagal rujuk untuk periksa resistensi		
Pasien pengobatan ulang BTA positif			Apabila hasil BTA positif periksa ulang bulan ke 5		Hasil negatif lanjut pengobatan bila hasil BTA masih positif dinyatakan gagal rujuk untuk pemeriksaan resistensi			Hasil negatif penderit sembuh , bila hasil BTA masih positif dinyatakan gagal rujuk untuk pemeriksaan resistensi

Sumber : Kemenkes, 2014

2.1.6 Hasil pengobatan

Berbagai macam hasil pengobatan pada penderita TB paru BTA (+)

diantaranya :

1) Sembuh

Pasien TB paru BTA (+) dapat menyelesaikan pengobatan secara lengkap dengan hasil pemeriksaan dahak pada bulan kelima dan akhir pengobatan menjadi negatif

2) Pengobatan lengkap

Penderita TB yang menyelesaikan pengobatan secara lengkap tanpa adanya hasil pemeriksaan dahak menjadi negatif.

3) Meninggal

Pasien TB yang meninggal dengan sebab apapun sebelum memulai pengobatan ataupun sedang dalam pengobatan TB.

4) Gagal

Pasien TB yang pemeriksaan dahaknya masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima.

5) Putus berobat

Pasien TB yang tidak memulai pengobatan atau putus pengobatan 2 bulan atau lebih.

6) Pindah

Pasien TB yang pindah tetapi hasil pengobatan akhirnya tidak diketahui.

2.2 Konsep Dasar Pengetahuan

2.2.1 Pengertian pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu pengindraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran yaitu telinga dan indra penglihatan yaitu mata (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Notoatmodjo (2012), pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Dalam kamus besar Bahasa Indonesia (2011), pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses belajar ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam, seperti motivasi dan faktor luar berupa sarana informasi yang tersedia, serta keadaan sosial budaya. Pengetahuan adalah informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang (Agus, 2013).

2.2.2 Proses terjadinya Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2012) pengetahuan mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses sebagai berikut:

- 1) Kesadaran (Awareness), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulasi (obyek).

- 2) Merasa (Interest), tertarik terhadap stimulasi atau obyek tersebut disini sikap obyek mulai timbul.
- 3) Menimbang – nimbang (Evaluation), terhadap baik dan tidaknya stimulasi tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) Mencoba (Trial), dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki.
- 5) Adaption, dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulasi.

2.2.3 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2011) pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

- 1) Tahu (Know)
Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, pada tingkatan ini recall (mengingat kembali) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsang yang diterima. Oleh sebab itu tingkatan ini adalah yang paling rendah.
- 2) Memahami (Comprehension)
Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar tentang objek yang dilakukan dengan menjelaskan, menyebutkan contoh dan lain-lain

3) Aplikasi (Application)

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

4) Analisis (Analysis)

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

5) Sintesis (Synthesis)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis ini suatu kemampuan untuk menyusun, dapat merencanakan, meringkas, menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Dari teori tingkat pengetahuan diatas

dapat disimpulkan bahwa pengetahuan memiliki 6 tingkatan pengetahuan dimana tingkat pengetahuan tersebut diantaranya tingkat pertama tahu setelah mendapatkan pengetahuan, tingkat kedua memahami pengetahuan yang didapatkan, tingkat ketiga dapat mengaplikasikan pengetahuan dalam kehidupan sehari-hari, tingkat keempat mampu menjabarkan suatu materi atau menganalisis, tingkat kelima dapat mensintesis atau menunjukkan kemampuan untuk meringkas suatu materi, dan tingkat pengetahuan yang keenam seseorang mempunyai kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi.

2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

1) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah (baik formal maupun informal), berlangsung seumur hidup. Pendidikan adalah sebuah proses pengubah sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Dengan pendidikan yang tinggi maka seseorang akan semakin cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media masa. Semakin banyak informasi banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat mengenai kesehatan.

2) Informasi/media massa

Informasi dapat di definisikan sebagai suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, memanipulasi mengumumkan dan

menyebarkan informasi tertentu (Undang-undang Tekhnologo Informasi). Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Berkembangnya teknologi akan menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sehingga sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

3) Pekerjaan

Seseorang yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik terhadap berbagai informasi termasuk kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

4) Sosial Budaya dan Ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang biasa dilakukan orang tidak melalui penalaran apakah dilakukan dengan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi akan mempengaruhi seseorang dalam mendapatkan fasilitas pendidikan.

5) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, *biologis* maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap individu yang berada dalam lingkungannya. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak, yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

6) Pengalaman

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

7) Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula dalam pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya akan semakin membaik. Pada usia muda, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial, serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini. Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup adalah sebagai berikut:

- (1) Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuan.
- (2) Tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena telah mengalami kemunduran baik fisik maupun

mental. Dapat diperkirakan IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain, seperti kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia (Agus, 2013)

2.2.5 Jenis Pengetahuan

Pemahaman masyarakat mengenai pengetahuan dalam konteks kesehatan sangat beraneka ragam. Pengetahuan merupakan bagian perilaku kesehatan. Jenis pengetahuan diantaranya sebagai berikut:

1) Pengetahuan implisit

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak bersifat nyata seperti keyakinan pribadi, perspektif, dan prinsip. Biasanya pengalaman seseorang sulit untuk ditransfer ke orang lain baik secara tertulis ataupun lisan. Pengetahuan implisit sering kali berisi kebiasaan dan budaya bahkan bisa tidak disadari. Contoh seseorang mengetahui tentang bahaya merokok bagi kesehatan, namun ternyata ia merokok.

2) Pengetahuan eksplisit

Pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau tersimpan dalam wujud nyata, bisa dalam wujud perilaku kesehatan. Pengetahuan nyata dideskripsikan dalam tindakan-tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Contoh seseorang yang telah

mengetahui bahaya merokok bagi kesehatan dan ia tidak merokok (Agus, 2013).

2.2.6 Cara Memperoleh Pengetahuan

Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, misalnya: media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Menurut Notoatmodjo (2012) dari berbagai macam cara yang telah di gunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan

2.2.7 Kategori Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006), Pengetahuan dibagi dalam 3 kategori, yaitu:

- 1) Baik: Bila subjek mampu menjawab dengan benar 76%- 100 % dari seluruh pertanyaan.
- 2) Cukup: Bila subjek mampu menjawab dengan benar 56% - 75 % dari seluruh pertanyaan.
- 3) Kurang: Bila subjek mampu menjawab dengan benar 40% - 55 % dari seluruh pertanyaan

2.3 Konsep Pemeriksaan Sputum

2.3.1 Pengertian

Sputum adalah lendir dan materi lainnya yang dibawa dari paru-paru, bronkus dan trakea yang mungkin dibatukkan dan dimuntahkan atau ditelan. Kata “sputum” yang dipinjam langsung dari bahasa Latin “meludah,” disebut juga dahak (Kamus Kesehatan, 2011). Sputum yang dikeluarkan oleh seorang pasien hendaknya dapat dievaluasi sumber, warna, volume dan

konsistennya karena kondisi sputum biasanya memperlihatkan secara spesifik proses kejadian patologik pada pembentukan sputum itu sendiri. Pemeriksaan sputum diperlukan jika diduga terdapat penyakit paru-paru. Membran mukosa saluran pernafasan berespons terhadap inflamasi dengan meningkatkan keluaran sekresi yang sering mengandung mikroorganisme penyebab penyakit.

Sputum berbeda dengan sputum yang bercampur dengan air liur. Cairan sputum lebih kental dan tidak terdapat gelembung busa di atasnya, sedangkan cairan sputum yang bercampur air liur encer dan terdapat gelembung busa di atasnya. Sputum diambil dari saluran nafas bagian bawah sedangkan sputum yang bercampur air liur diambil dari tenggorokan. Sputum diproduksi oleh Trakheobronkhial tree yang secara normal memproduksi sekitar 3 ons mucus setiap hari sebagai bagian dari mekanisme pembersihan normal (Normal Cleaning Mechanism) tetapi produksi sputum akibat batuk adalah tidak normal (Rohani, 2007). Sputum ialah materi yang di ekspetorasi dari saluran nafas bawah oleh batuk, yang tercampur bersama ludah (Hudoyo, 2009)

2.3.2 Proses Terbentuknya Sputum

Orang dewasa normal bisa memproduksi mukus sejumlah 100 ml dalam saluran napas setiap hari. Mukus ini digiring ke faring dengan mekanisme pembersihan silia dari epitel yang melapisi saluran pernapasan. Keadaan abnormal produksi mukus yang berlebihan (karena gangguan fisik, kimiawi atau infeksi yang terjadi pada membran mukosa), menyebabkan proses pembersihan tidak berjalan secara normal sehingga mukus ini banyak

tertimbun. Bila hal ini terjadi membran mukosa akan terangsang dan mukus akan dikeluarkan dengan tekanan intra thorakal dan intra abdominal yang tinggi, dibatukkan udara keluar dengan akselerasi yg cepat beserta membawa sekret mukus yang tertimbun tadi. Mukus tersebut akan keluar sebagai sputum. Sputum yang dikeluarkan oleh seorang pasien hendaknya dapat dievaluasi sumber, warna, volume dan konsistensinya, kondisi sputum biasanya memperlihatkan secara spesifik proses kejadian patologik pada pembentukan sputum itu sendiri (Price Wilson, 2011).

2.3.3 Klasifikasi Sputum Klasifikasi sputum dan kemungkinan penyebabnya menurut Price Wilson

- 1) Sputum yang dihasilkan sewaktu membersihkan tenggorokan kemungkinan berasal dari sinus atau saluran hidung bukan berasal dari saluran napas bagian bawah.
- 2) Sputum banyak sekali dan purulen kemungkinan proses supuratif.
- 3) Sputum yg terbentuk perlahan dan terus meningkat kemungkinan tanda bronchitis /bronkhiektasis.
- 4) Sputum kekuning-kuningan kemungkinan proses infeksi.
- 5) Sputum hijau kemungkinan proses penimbunan nanah, warna hijau ini dikarenakan adanya verdoperoksidase, sputum hijau ini sering ditemukan pada penderita bronkhiektasis karena penimbunan sputum dalam bronkus yang melebar dan terinfeksi
- 6) Sputum merah muda dan berbusa kemungkinan tanda edema paru akut.

- 7) Sputum berlendir, lekat, abu-abu/putih kemungkinan tanda bronkitis kronik.
- 8) Sputum berbau busuk kemungkinan tanda abses paru/bronkiektasis.
- 9) Berdarah atau hemoptisis sering ditemukan pada Tuberculosis.
- 10) Berwarna-biasanya disebabkan oleh pneumokokus bakteri (dalam pneumonia).
- 11) Bernanah mengandung nanah, warna dapat memberikan petunjuk untuk pengobatan yang efektif pada pasien bronkitis kronis.
- 12) Warna (mukopurulen) berwarna kuning-kehijauan menunjukkan bahwa pengobatan dengan antibiotik dapat mengurangi gejala.
- 13) Warna hijau disebabkan oleh Neutrofil myeloperoksidase .
- 14) Berlendir putih susu atau buram sering berarti bahwa antibiotik tidak akan efektif dalam mengobati gejala. Informasi ini dapat berhubungan dengan adanya infeksi bakteri atau virus meskipun penelitian saat ini tidak mendukung generalisasi itu.
- 15) Berbusa putih-mungkin berasal dari obstruksi atau bahkan edema

2.3.4. Kriteria Kondisi Sputum yang Baik

Kondisi sputum yang baik ada 5 kriteria yang didapatkan ketika menerima spesimen sputum yaitu :

- 1) Purulen yaitu kondisi sputum dalam keadaan kental dan lengket.
- 2) Mukopurulen yaitu kondisi sputum dalam keadaan kental, berwarna kuning kehijauan.
- 3) Mukoid yaitu kondisi sputum dalam keadaan berlendir dan kental.
- 4) Hemoptisis yaitu kondisi sputum dalam keadaan bercampur darah.

- 5) Saliva yaitu Air liur

2.3.5 Cara pengumpulan dahak

Menurut Kemenkes (2012) menjelaskan bahwa penderita TB sebelum dilakukan pemeriksaan dahak diperlukan sample dahak yang baik, untuk itu dibutuhkan persiapan pengumpulan dahak antara lain :

- 1) Pasien diberitahu bahwa pemeriksaan sangat bernilai untuk menentukan status penyakitnya, pemeriksaan Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS) untuk pasien baru dan Sewaktu-Pagi (SP) untuk pasien dalam pemantauan pengobatan.
- 2) Dahak yang baik untuk pemeriksaan adalah yang berasal dari saluran napas bagian bawah berupa lendir yang berwarna kuning kehijauan (mukopurulen).
- 3) Bila mengalami kesulitan dalam mengeluarkan dahak pasien dianjurkan untuk minum pada malam hari dan olah raga ringan sebelum mengeluarkan dahak. Atau pasien diberi obat ekspektoran yang dapat merangsang pengeluaran dahak jika memang dibutuhkan

2.3.6 Pemeriksaan Sputum

- 1) Indikasi pemeriksaan

Indikasi pemeriksaan sputum adalah untuk mengetahui adanya infeksi penyakit tertentu seperti pneumonia dan Tuberculosis Paru.

- 2) Manfaat Pemeriksaan

Sputum Pemeriksaan sputum bersifat mikroskopik dan penting untuk diagnosis etiologi berbagai penyakit pernapasan. Pemeriksaan

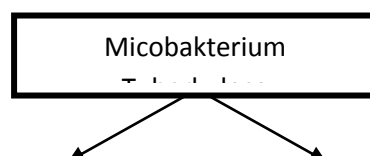
mikroskopik dapat menjelaskan organisme penyebab penyakit pada berbagai pneumonia bacterial, tuberkulosa serta berbagai jenis infeksi jamur. Pemeriksaan sitologi eksfoliatif pada sputum dapat membantu diagnosis karsinoma paru-paru. Sputum dikumpulkan untuk pemeriksaan dalam mengidentifikasi organisme patogenik dan menentukan apakah terdapat sel-sel maligna atau tidak. Aktifitas ini juga digunakan untuk mengkaji sensitivitas (di mana terdapat peningkatan eosinofil). Pemeriksaan sputum secara periodik mungkin diperlukan untuk klien yang mendapat antibiotik, kortikosteroid dan medikasi immunosupresif dalam jangka panjang karena preparat ini dapat menimbulkan infeksi oportunistik. Secara umum kultur sputum digunakan dalam mendiagnosis untuk pemeriksaan sensitivitas obat dan sebagai pedoman pengobatan. Jika sputum tidak dapat keluar secara spontan, pasien sering dirangsang untuk batuk dalam dengan menghirupkan aerosol salin yang sangat jenuh glikol propilen yang mengiritasi atau agen lainnya yang diberikan dengan nebulizer ultrasonic.

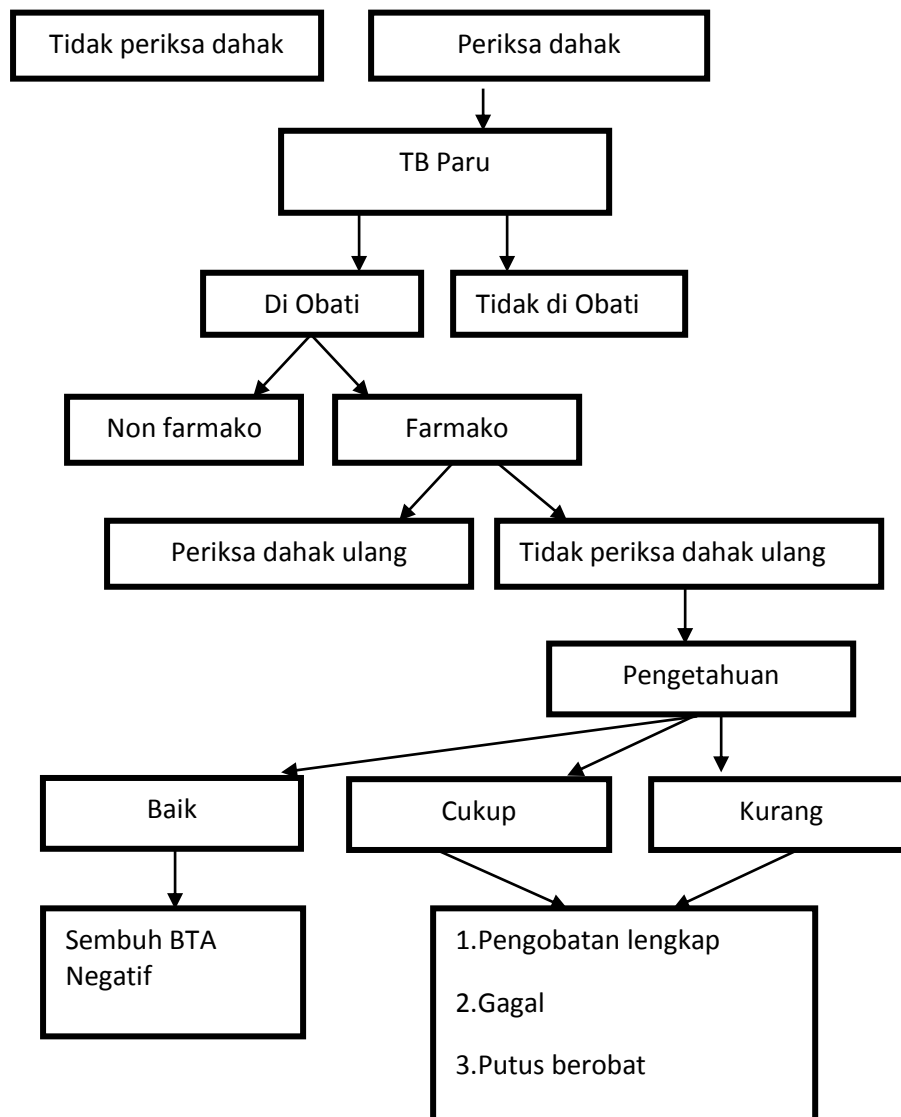
2.3.7 Jenis Pemeriksaan Sputum

- 1) Pewarna gram: Pemeriksaan dengan pewarnaan gram dapat memberikan informasi tentang jenis mikroorganisme untuk menegakkan diagnosis presumatif.
- 2) Kultur Sputum: Pemeriksaan kultur sputum dilakukan untuk mengidentifikasi organisme spesifik guna menegakkan diagnosis definitif.

- 3) Sensitivitas: Pemeriksaan sensitivitas berfungsi sebagai pedoman terapi antibiotik dengan mengidentifikasi antibiotik yang mencegah pertumbuhan organisme yang terdapat dalam sputum.
- 4) Basil tahan asam (BTA): Pemeriksaan BTA dilakukan untuk menentukan adanya *Mycobacterium tuberculosis* yang setelah dilakukan pewarnaan bakteri ini tidak mengalami perubahan warna oleh alkohol asam.
- 5) Sitologi: Pemeriksaan sitologi ditunjukkan untuk mengidentifikasi adanya keganasan (karsinoma) pada paru-paru. Sputum mengandung runtunan sel dari percabangan trakheobronkial sehingga mungkin saja terdapat sel-sel malignan. Sel-sel malignan menunjukkan adanya karsinoma tidak terdapatnya sel ini bukan berarti tidak adanya tumor atau tumor yang terdapat tidak meruntuhkan sel.
- 6) Tes Kuantitatif : Pengumpulan sputum selama 24 sampai 72 jam pemeriksaan kualitatif harus sering dilakukan untuk menentukan apakah sekresi merupakan saliva, lendir, pus atau bukan. Jika bahan yang dikeluarkan berwarna kuning-hijau biasanya menandakan infeksi parenkim paru (pneumonia).

2.4 Kerangka Konsep





(Sumber : Pedoman TB Nasional Tahun (2014))

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Metode penelitian deskriptif adalah sebuah metode yang berusaha mendeskripsikan, menginterpretasikan sesuatu, misalnya kondisi atau hubungan yang ada, pendapat yang berkembang, proses yang sedang berlangsung, akibat atau efek yang terjadi atau tentang kecenderungan yang sedang berlangsung. (Sukmadinata 2006)

Dengan demikian, penulis beranggapan bahwa metode penelitian deskriptif sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan oleh penulis. Karena dalam penelitian ini, penulis berusaha mendeskripsikan sebuah masalah pengetahuan penderita TB tidak melakukan pemeriksaan dahak ulang.

3.2 Padigma Penelitian

Penyakit Tuberkulosis (TB) sampai saat ini masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia terutama di negara-negara berkembang termasuk Indonesia dan Indonesia menduduki peringkat nomor dua terbanyak setelah India *World Health Organization* (WHO, 2016). Provinsi Jawa Barat merupakan propinsi dengan jumlah penderita Tuberkulosis terbanyak se-Indonesia, yaitu sekitar 18% dan Kota Bandung pada tahun 2017 penemuan seluruh kasus TB 9.632 dengan kesembuhan 79.90 %, jauh dibawah target yang ditentukan 90% dengan kasus *Multi Drug Resistans* (MDR) 50 orang sedangkan UPT Puskesmas Panghegar termasuk rangking 14 dari 30 UPT yang ada di kota.

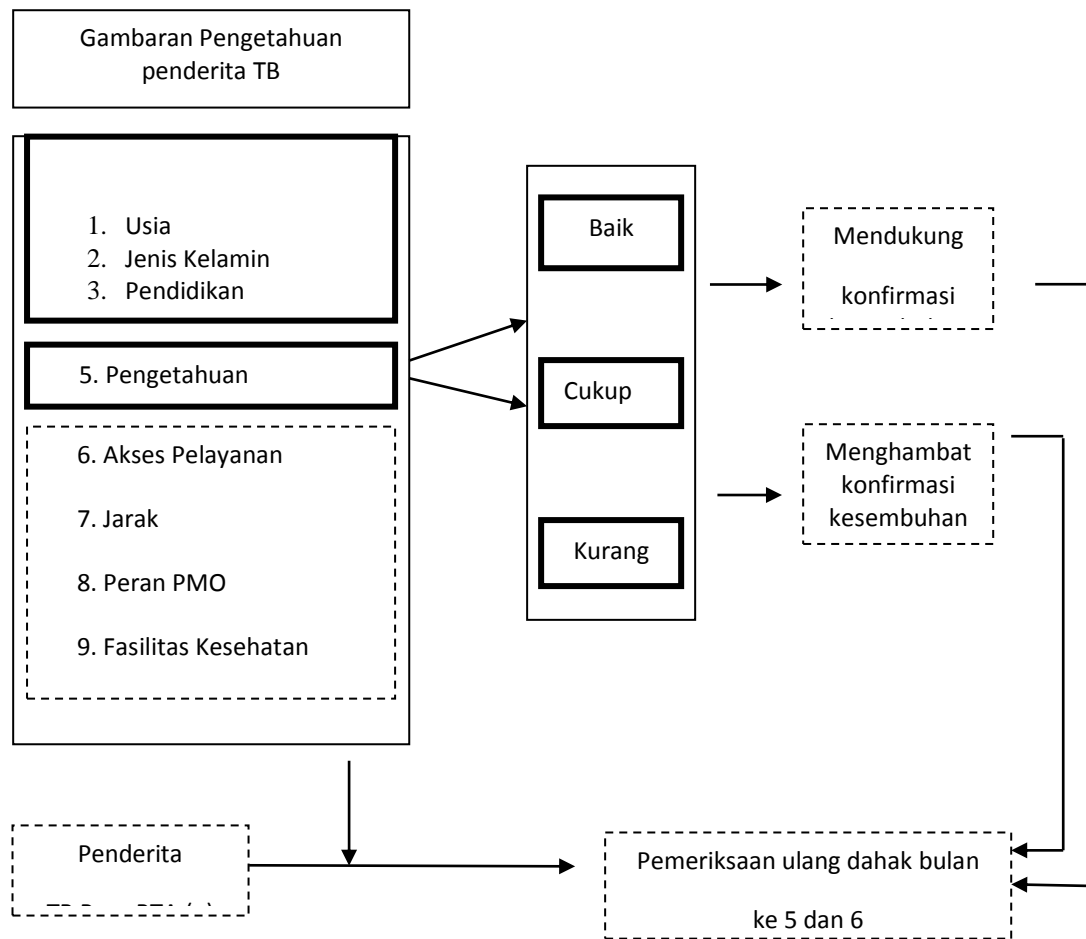
Pengobatan TB bertujuan mencapai kesembuhan, sehingga semua penderita TB diharapkan dapat menuntaskan program pengobatan sampai dinyatakan sembuh. Adapun salah satu indikator kesembuhan penyakit TB paru adalah kelengkapan pengobatan dan hasil negatif pada pemeriksaan ulang dahak bulan kelima dan akhir pengobatan.

3.3 Variabel Penelitian

Variabel digunakan sebagai ukuran atau ciri, sifat yang dimiliki oleh suatu penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu yang merupakan ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan kelompok yang lain (Notoatmodjo, 2010). Variabel dalam penelitian ini adalah pengetahuan penderita TB paru BTA (+) tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak.

3.4 Kerangka penelitian

3.1 Bagan Kerangka Penelitian



Keterangan :

□ : Yang diteliti

□ : Yang tidak diteliti

(Sumber : : Pedoman TB Nasional Tahun (2014)

3.5 Definisi Konseptual dan Definisi Oferasional

Gambaran pengetahuan penderita TB tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak salah satunya adalah pengetahuan.

Pengetahuan merupakan hasil dari penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek yang sebelumnya sudah diamati melalui inderanya (penglihatan, penciuman, pendengaran, dan sebagainya). Indera pendengaran dan penglihatan merupakan faktor yang sebagian besar mempengaruhi seseorang untuk mendapatkan pengetahuan (Bloom, 1908 dalam Notoatmodjo, 2010).

Tabel 3.1 : Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Pengetahuan	Apa yang diketahui responden terkait pemeriksaan ulang dahak <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian - Gejala - Pecegahan - Pemeriksaan dahak - Pengobatan 	Kuesioner	1. Baik, bila jawaban benar 76% - 100% 2. Cukup, bila jawaban benar 56% - 75% 3. Kurang, bila jawaban benar <56%	Ordinal

3.6 Populasi dan Sampel

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah subyek yang memenuhi kriteria penelitian (Nursalam, 2013). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh penderita TB paru BTA positif yang tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak bulan kelima dan akhir pengobatan di Puskesmas Panghegar dan Panyileukan yang terdaftar pada buku register tuberkulosis Puskesmas mulai tahun 2017 sampai triwulan 2 tahun 2018 sebanyak 32 orang.

3.6.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian (Nursalam, 2013). Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007). Alasan mengambil total sampling karena menurut Sugiyono (2007) jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian seluruhnya, berdasarkan data dari registrasi TB 03 Puskesmas jumlah saampel 32 orang untuk penelitian dilakukan dengan cara kunjungan rumah.

3.7 Pengumpulan Data.

3.7.1 Instrumen penelitian

Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner yang ditujukan pada penderita TB BTA (+) yang sudah menyelesaikan pengobatan tanpa melakukan pemeriksaan ulang dahak bulan kelima dan akhir pengobatan di Wilayah Kecamatan Panyileukan Bandung, pada Puskesmas Panghegar dan puskesmas Panyileukan. Kuesioner ini akan memuat tentang pertanyaan yang berhubungan dengan variabel yang diukur.

3.7.2 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

Uji reliabilitas yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan rumus K-R20 dari Kuder dan Richardson seperti pendapat Arikunto (2006:189) bahwa rumus K-

R20 dapat digunakan untuk mencari reliabilitas.

Sampel uji validitas berjumlah 20 responden diperoleh nilai R hitung valid dari semua item karena lebih besar dari 0,4438. Oleh karena itu dapat ditarik kesimpulan bahwa seluruh item pertanyaan telah valid dalam mengukur variabel pengetahuan.

3.7.3 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dilakukan pada responden penderita TB paru BTA (+) yang tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak pada bulan kelima dan akhir pengobatan melalui kunjungan rumah.

Pengumpulan data diawali dengan:

- 1) Memberi penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian
- 2) Meminta kesediaan responden untuk terlibat dalam penelitian
- 3) Peneliti memberikan penjelasan tentang cara pengisian kuesioner
- 4) Responden dipersilahkan mengisi kuesioner
- 5) Kuesioner ini harus di isi oleh responden dengan lengkap dan jujur
- 6) Selama pengisian kuesioner, peneliti mendampingi responden, sehingga bila ditemukan ada pernyataan yang kurang jelas dapat ditanyakan langsung

3.8 Tehnik Analisa Data

3.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakter masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Untuk mendapatkan deskripsi tentang pengetahuan penderita TB tentang penyakit TB dilakukan dengan mengkategorikan responden menjadi beberapa tingkat pengetahuan dengan cara sebagai berikut :

Setelah mendapatkan total dari semua item, maka tingkatan pengetahuan responden dapat diketahui dengan menggunakan rumus distribusi proporsi menurut Arikunto (2005), yaitu :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P : Presentase jawaban responden

f : Jumlah responden yang termasuk kriteria

n : Jumlah keseluruhan responden

Untuk mengetahui pengetahuan digunakan angket dengan penilaian untuk setiap jawaban yang benar diberi nilai 1 dan yang salah diberi nilai 0. Tiap responden akan memperoleh nilai sesuai pedoman penilaian tersebut nilai tersebut dipresentasikan dengan menggunakan rumus distribusi proporsi menurut Arikunto (2005), yaitu :

- a. Baik : 76%-100%
- b. Cukup : 56-75%
- c. Kurang : <56%

3.9 Langkah - langkah Penelitian

3.9.1 Tahap Persiapan

Pada tahap awal dimulai penelitian yang dilakukan adalah memilih tempat penelitian sesuai dengan masalah yang ada yaitu tingginya angka kejadian TB dengan kesembuhan yang rendah. Kecamatan Panyileukan merupakan lahan yang dijadikan untuk obyek penelitian. Selanjutnya menentukan topik penelitian, mencari data, hasil-hasil penelitian sebelumnya yang berhubungan dengan topik penelitian sehingga dapat memperkuat membuat latar belakang penelitian dan pentingnya untuk dilakukan penelitian.

3.9.2 Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan peneliti mengajukan ijin untuk permohonan penelitian ke Badan Kesatuan Bangsa dan Pemberdayaan Masyarakat (BKBPM) kemudian dilanjutkan kepada kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung, selanjutnya setelah mendapatkan surat ijin dari BPBPM menemui pihak Puskesmas yang akan dijadikan obyek penelitian untuk mendapatkan ijin melakukan penelitian.

3.9.3 Tahap Akhir

Tahap ini merupakan tahap akhir setelah kegiatan pengumpulan data, dilakukan pengolahan data, analisa data, menentukan kesimpulan untuk bahan menyusun laporan hasil penelitian dan menyajikan hasil penelitian.

Dalam melakukan analisa sebelum data menjadi informasi, terlebih dahulu data harus di olah melalui pengolahan data melalui editing, coding, entry data dan kemudian dilakukan teknik analisa (Hidayat, 2007).

3.9.1 Editing

Editing data dilakukan langsung pada pada saat pengambilan data. Setelah responden menyerahkan kuesioner kemudian dilakukan pengecekan terlebih dahulu kelengkapan dan kejelasannya. Jika ditemukan adanya jawaban yang tidak terisi, jawaban ganda, atau ada coretan langsung diklarifikasi terhadap responden pada saat itu juga. Sehingga data tersebut layak untuk dijadikan data penelitian.

3.9.2. Coding

Pada tahap Coding dilakukan dua tahap yaitu tahap pertama setiap kuesioner diberikan kode angka sesuai dengan jumlah responden, hal ini dilakukan untuk mempermudah pengecekan pada saat ada kesalahan pada salah satu kuesioner. Tahap kedua yaitu mengubah data jawaban dari setiap pernyataan dari berbentuk kata menjadi angka.

3.9.3. Entry Data

Data yang sudah di coding dimasukkan kedalam program pengolahan data dan di olah dengan statistik analisa deskriptif menggunakan software komputer sehingga memudahkan untuk melakukan analisa untuk mengetahui persentase responden dengan kategori tertentu akan dilakukan penghitungan dengan menggunakan rumus persentase sebagai berikut :

$$P = F/N \times 100\%$$

Keterangan :

P : Proporsi

F : Frekuensi responden pada kategori tertentu

N : Jumlah seluruh subyek penelitian

Hasil persentase dikelompokkan dan diinterpretasikan sebagai berikut:

(Al Rasyid,1994)

0%	:	Tidak seorang pun dari responden
1% - 25 %	:	Sebagian kecil dari responden
26% -49 %	:	Hampir setengahnya dari responden
50%	:	Setengahnya dari responden
51% - 79%	:	Lebih dari setengahnya responden
80% - 99%	:	Sebagian besar dari responden
100%	:	Seluruh dari responden

Dalam penelitian ini, untuk mengetahui pengetahuan baik dan tidak baik , terlebih dahulu harus menghitung jumlah jawaban yang benar kemudian dicari mean kelompok dengan terlebih dahulu item pertanyaan diberi skor jawaban “benar” dan “salah ”

3.10 Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2007) dalam melaksanakan penelitian khususnya jika yang menjadi subjek penelitiannya adalah manusia, maka peneliti harus memahami hak dasar manusia. Dalam penelitian ini peneliti memakai prinsip etik menurut Milton (1999, dalam Notoatmodjo, 2010) ada empat prinsip yang harus dipegang teguh dalam melaksanakan penelitian yaitu :

3.10.1 Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*).

Untuk menjunjung tinggi prinsip tersebut peneliti memberikan informasi dan menjelaskan prosedur pengisian kuisisioner, mempersiapkan lembar persetujuan (*Inform consent*). Setiap responden yang bersedia dan sudah menandatangani lembar persetujuan maka mereka yang akan dijadikan responden. Apabila ada yang tidak bersedia, peneliti tidak akan melakukan pemaksaan.

3.10.2 Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*).

Dalam prinsip ini peneliti akan menjamin kerahasiaan dengan membatasi akses oleh pihak terbatas diantaranya pembimbing, penguji, dan nama dari identitas akan di samarkan dengan menggunakan kode.

3.10.3 Keadilan dan inklusivitas/keterbukaan (*respect for justice an inklusiviness*)

Untuk menjunjung tinggi prinsip tersebut maka sebelum responden mengisi kuisisioner peneliti memberikan penjelasan dan prosedur pengisian kuisisioner tersebut. Selain itu responden diberikan penjelasan bahwa semua responden diperlakukan sama tidak ada perlakuan yang berbeda.

3.10.4 Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan

Untuk menjunjung tinggi prinsip tersebut peneliti tidak melakukan pengumpulan data pada waktu sibuk, serta memberi jaminan bahwa apa yang di isi di kuisisioner tidak

akan berpengaruh terhadap kegiatan responden sehari-hari. Selain itu dijelaskan manfaat dari penelitian ini.

3.11 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Kecamatan Panyileukan Bandung, pada Puskesmas Panghegar dan Puskesmas Panyileukan Agustus 2018

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan sejak tanggal 24 Agustus hingga 26 Agustus 2018 di UPT Puskesmas Panghegar. Adapun besarnya sampel sebanyak 32 orang. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi gambaran pengetahuan penderita TB Paru tidak melakukan pemeriksaan ulang dahak.

4.1.1 Analisis Karakteristik Responden

Tabel 4.1
Distribusi Karakteristik Responden Menurut kelompok Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Kepemilikan Askes N= 32

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Umur		
Produktif	27	84,4
Tidak Produktif	5	15,5
Jenis Kelamin		
Laki-laki	17	53,1
Perempuan	15	46,9
Pendidikan		
Rendah	17	53,1
Tinggi	15	46,9
Kepemilikan Askes		
Memiliki	15	50
Tidak Memiliki	15	50