

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA
DENGAN PERILAKU PENCEGAHAN PENULARAN
TUBERKULOSIS PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
PURWODADI**

PROPOSAL RISET KEPERAWATAN

Disusun Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Sarjana Keperawatan



Oleh :

ZENDI AGTA PRASETYA

22020110120081

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

SEMARANG, FEBRUARI 2015

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN

| | |
|-----------------------------|---|
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 6 |
| C. Tujuan Penelitian | 6 |
| D. Manfaat Penelitian | 7 |

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

| | |
|---|----|
| A. Tinjauan Teori | 8 |
| 1. Konsep Dukungan Sosial | 8 |
| a. Definisi Dukungan Sosial | 8 |
| b. Jenis Dukungan Sosial | 8 |
| c. Sumber Dukungan Sosial | 10 |
| d. Pengaruh Dukungan Sosial | 10 |
| 2. Konsep Perilaku..... | |
| a. Definisi Perilaku..... | 11 |
| b. Pembagian Perilaku Dilihat Dari Bentuk Respon terhadap stimulus..... | 11 |
| c. Perilaku Kesehatan | 12 |
| d. Klasifikasi Perilaku Kesehatan | 16 |
| e. Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku | 16 |
| 3. Tuberkulosis Paru | |
| a. Definisi Tuberkulosis Paru | 17 |
| b. Klasifikasi Dan Tipe | 17 |
| c. etiologi..... | 21 |
| d. patofisiologi..... | 21 |
| e. gejala | 23 |
| f. Cara Penularan..... | 24 |
| g. Pencegahan..... | 24 |
| h. Faktor Resiko TB Paru..... | 25 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|----------------------------|----|
| A. Desain Penelitian | 32 |
|----------------------------|----|

| | |
|---|----|
| B. Populasi | 33 |
| C. Sampel Penelitian | 33 |
| D. Tempat dan Waktu Penelitian | 34 |
| E. Variabel dan Definisi Operasional Penelitian | 35 |
| F. Alat Penelitian dan Cara pengumpulan data | 37 |
| G. Pengolahan data dan analisis data | 43 |
| H. Etika penelitian | 46 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberkulosis paru (TB paru) adalah penyakit radang parenkim paru menular yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis*, yaitu suatu basil aerobik tahan asam yang penularannya melalui udara. TB paru mencakup 80 % dari keseluruhan kejadian penyakit tuberkulosis, sedangkan 20 % selebihnya merupakan tuberkulosis ekstrapulmonar.^{1,2}

Penyakit TB paru merupakan masalah besar bagi negara berkembang termasuk Indonesia, karena diperkirakan 95 % penderita TBC berada di negara berkembang, dan 75% dari penderita TBC tersebut adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun). Penyakit TB paru menjadi masalah sosial karena sebagian besar penderitanya adalah kelompok kerja produktif, kelompok ekonomi lemah, dan tingkat pendidikan rendah.³ Tahun 1990-an, peningkatan kasus TB paru terjadi dan banyak dari kasus itu tidak berhasil disembuhkan, terutama pada negara yang dikelompokkan dalam negara-negara dengan masalah TB besar. Tahun 1993, WHO kemudian mencanangkan TB paru sebagai kedaruratan nasional.⁴

Pengendalian TB paru di Indonesia sendiri sudah berlangsung sejak jaman penjajahan belanda tetapi hanya terbatas pada kelompok tertentu. Sejak tahun 1969 pengendalian TB paru dilakukan secara nasional melalui Puskesmas. Tahun

1995, program nasional pengendalian TB paru mulai menerapkan strategi DOTS (Directly Observed Treatment Short-Course) yang telah dikembangkan oleh WHO dan IUATLD (International Union Against Tuberculosis and Lung Disease). Tahun 2000 strategi DOTS dilaksanakan secara nasional di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan terutama Puskesmas yang diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan dasar.⁴

WHO (2010), Indonesia berada pada ranking kelima negara dengan jumlah TB paru tertinggi di dunia. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660,000 dan estimasi insidensi berjumlah 430,000 kasus per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61,000 kematian per tahunnya. Angka MDR-TB diperkirakan sebesar 2% dari seluruh kasus TB baru dan 20 % dari kasus TB dengan pengobatan ulang. Diperkirakan terdapat 6.300 kasus MDR TB setiap tahunnya. Tahun 2009, tercatat 294.732 kasus TB paru telah ditemukan dan diobati (data awal Mei 2010) dan lebih dari 169.213 diantaranya terdeteksi BTA+. Case Notification Rate untuk TB BTA+ adalah 73 per 100.000 (Case Detection Rate 73%). Rata-rata pencapaian angka keberhasilan pengobatan 4 tahun terakhir adalah sekitar 90 % dan pada kohort tahun 2008 mencapai 91%. Pencapaian target global ini merupakan tonggak pencapaian program pengendalian TB nasional yang utama.⁵ Menurut data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Grobogan sejak awal tahun 2013 sampai dengan awal Desember 2013, terdapat 977 kasus TB paru di wilayah Kabupaten Grobogan. Wilayah kerja Puskesmas Purwodadi mempunyai jumlah kasus TB paru terbesar yaitu sejumlah 47 kasus. Untuk tahun 2014 yang tercatat masih melakukan pengobatan pada bulan Juli 2014 sebanyak 33 orang.

Penyakit TB paru adalah penyakit yang ditularkan melalui partikel hidup yang ada di udara. TB paru mempunyai gejala umum batuk berdahak selama 3 minggu atau lebih. Penularan utama penyakit TB adalah oleh bakteri yang terdapat dalam droplet yang dikeluarkan penderita sewaktu batuk, bersin, bahkan berbicara. Sehingga tidak mengherankan jika di lingkungan yang populasinya sangat padat, angka kejadian TB paru yang baru tinggi.⁶ Tindakan atau upaya pencegahan penularan penyakit infeksi adalah tindakan yang paling utama. Tindakan pencegahan penularan TB paru antara lain dengan tidak membuang dahak sembarangan, memisahkan alat makan bekas pakai penderita, penggunaan masker atau alat untuk menutup mulut saat batuk atau bersin, dan penjemuran kasur.⁵ Penelitian tentang hubungan perilaku dan kondisi lingkungan fisik rumah dengan kejadian TB paru di kota Bima provinsi NTB menunjukkan bahwa tindakan memiliki hubungan dengan kejadian TB paru. Tindakan yang dimaksud adalah perlakuan dari responden yang berhubungan dengan TB paru untuk mengobati, menghindari, dan mengurangi resiko penularan TB paru.⁷ Apabila perilaku hidup sehat sudah menjadi budaya dan diimplementasikan dalam kehidupan sehari-hari, diharapkan kejadian penularan penyakit dapat ditekan seminimal mungkin.⁸

Dukungan sosial merupakan dukungan emosional yang berasal dari teman, anggota keluarga, bahkan pemberi perawatan kesehatan yang membantu individu ketika suatu masalah muncul.⁹ Dukungan sosial dapat mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan terbukti dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan kesehatan emosi.¹⁰ Hasil penelitian tentang hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pasien tuberkulosis paru di poli paru

BLU RSUP Prof. DR. R. D Kandou terdapat hubungan yang sangat bermakna antara aspek-aspek dukungan sosial dengan kualitas hidup.¹¹ Hubungan sosial yang bermakna dengan keluarga atau teman terbukti memperbaiki hasil akhir kesehatan dan kesejahteraan pada individu.⁹

Peneliti melakukan wawancara terhadap 3 penderita di wilayah kerja Puskesmas Purwodadi tentang dukungan sosial yang didapat selama menderita TB paru. Penderita pertama dan ketiga mendapatkan perhatian dari keluarganya berupa mengingatkan penderita tentang minum obat setiap harinya. Sedangkan penderita kedua tidak mendapat perhatian seperti yang diberikan kepada penderita pertama dan ketiga. Ketiga pendengar merasa di dengar oleh anggota keluarga lainnya saat menceritakan keluhan yang dialami. Ketiga penderita mengatakan mendapat dukungan dari keluarga untuk menjalani pengobatan TB paru ini. Ketiga penderita di antar oleh keluarganya saat akan memeriksakan diri atau mengambil obat ke pusat pelayanan kesehatan. Penderita pertama mendapat nasehat dari keluarganya tentang penyakit TB paru sedangkan penderita kedua dan ketiga tidak mendapatkan nasehat. Nasehat yang diberikan berupa tindakan yang seharusnya dilakukan untuk mencegah penularan seperti menutup hidung saat bersin atau batuk dan membuang dahak tidak sembarang tempat. Ketiga penderita mendapat nasehat dari dokter seputar penyakit TB paru.

Peneliti juga mewawancarai mengenai perilaku pencegahan yang dilakukan oleh penderita. Peneliti menanyakan tentang penggunaan masker, penggunaan bersama alat makan yang tidak langsung di cuci, cara pembuangan dahak, dan penjemuran kasur di bawah terik matahari. Hasil wawancara tentang penggunaan

masker diketahui bahwa tiga penderita tidak pernah menggunakan masker tetapi menutup hidung saat batuk atau bersin menggunakan telapak tangan. Data yang didapat mengenai penggunaan bersama alat makan yang tidak langsung di cuci, semua penderita menggunakan gelas minum secara bersamaan dengan anggota keluarga lainnya. Pertanyaan tentang cara membuang dahak diketahui bahwa penderita pertama membuang tisu bekas dahak pada saluran pembuangan air, sedangkan penderita kedua dan ketiga membuang tisu bekas dahak pada tempat sampah. Tentang penjemuran kasur di bawah terik matahari diketahui bahwa penderita pertama dan ketiga menjemur kasur setiap dua minggu sekali, sedangkan penderita kedua setiap satu bulan sekali.

Penyakit TB adalah penyakit yang dapat dengan mudah menular sehingga penularan harus dicegah supaya penularan dapat dicegah sehingga angka kejadian TB paru dapat ditekan. Peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan antara dukungan sosial dengan perilaku pencegahan penularan penyakit TB paru di wilayah kerja Puskesmas Purwodadi. Sebelumnya, belum ada penelitian serupa yang dilakukan kepada warga penderita di wilayah kerja Puskesmas Purwodadi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dan latar belakang tentang dukungan sosial dan perilaku penderita TB paru, maka peneliti tertarik untuk melihat apakah ada hubungan antara dukungan sosial dengan perilaku pencegahan penularan penyakit TB paru di wilayah kerja Puskesmas purwodadi.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara dukungan sosial dengan perilaku pencegahan penularan penyakit TB paru di wilayah kerja Puskesmas Purwodadi

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi dukungan sosial kepada penderita TB paru di wilayah kerja Puskesmas purwodadi.
- b. Mengidentifikasi perilaku pencegahan penularan TB paru oleh penderita di wilayah kerja Puskesmas Purwodadi
- c. Mengidentifikasi hubungan antara dukungan sosial dengan perilaku pencegahan penularan penyakit TB paru di wilayah kerja Puskesmas Purwodadi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan

Hasil penelitian ini Sebagai gambaran tingkat keberhasilan penyuluhan tentang penularan dan penanggulangan TB paru yang telah dilakukan.

Penelitian ini juga diharapkan menjadi salah satu referensi agar Dinas Kesehatan mampu memberikan metode penyuluhan tentang TB paru yang lebih efektif dari sebelumnya.

2. Bagi Profesi

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai acuan dalam menentukan pendekatan yang tepat kepada penderita TB paru terutama dalam pengkajian mengenai hubungan antara pengaruh dukungan sosial terhadap perilaku pencegahan penularan yang dilakukan oleh penderita.

3. Bagi Penderita TB paru

Hasil penelitian dapat digunakan oleh penderita TB paru sebagai sumber informasi untuk menambah pengetahuan, wawasan dan melatih diri untuk berfikir kritis mengenai upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah penularan TB paru.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian diharapkan menambah pengetahuan, wawasan, menerapkan ilmu riset keperawatan, serta melatih diri untuk menganalisa suatu masalah kemudian menentukan solusi serta memberikan pengalaman peneliti dalam penelitian permasalahan tentang hubungan antara pengaruh dukungan sosial terhadap perilaku pencegahan penularan TB paru.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Dukungan Sosial

a. Definisi

Dukungan sosial terdiri atas informasi atau nasihat verbal dan atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima.¹²

Dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan, maupun bantuan dalam bentuk lainnya yang diterimanya individu dari orang lain ataupun dari kelompok¹³

Dukungan sosial merupakan dukungan emosional yang berasal dari teman, anggota keluarga, bahkan pemberi perawatan kesehatan yang membantu individu ketika suatu masalah muncul.⁵

b. Jenis Dukungan Sosial

Dukungan sosial dibagi ke dalam empat jenis, yaitu :^{12,14}

1) Dukungan Instrumental

Bantuan yang bertujuan untuk mempermudah seseorang dalam melakukan aktivitasnya berkaitan dengan persoalan yang dihadapi. bantuan dapat berupa bantuan langsung maupun bantuan materi. contohnya mengantar berobat penderita TB paru, mengambilkan

obat TB paru penderita pada waktunya, dan memberi uang untuk biaya berobat.

2) Dukungan Informasional

Bantuan informasi yang disediakan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan yang dihadapi. misalnya, memberikan nasehat tentang TB paru, menyampaikan informasi tentang penyakit TB paru dan petunjuk saran atau umpan balik dari pertanyaan penderita.

3) Dukungan Penilaian

Bentuk penghargaan yang diberikan berdasarkan kondisi sebenarnya dari penderita. Penilaian ini bisa positif dan negatif yang mana pengaruhnya sangat berarti bagi penderita. Contohnya dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif penderita dengan orang-orang lain.

4) Dukungan Emosional

Dukungan ini membuat individu merasa nyaman, yakin, diperdulikan dan dicintai oleh pemberi dukungan sosial sehingga individu dapat menghadapi masalah dengan lebih baik. Dukungan ini sangat penting dalam menghadapi keadaan yang dianggap tidak dapat dikontrol. Dukungan ini berupa dukungan simpatik dan empati, cinta dan kepercayaan terhadap penderita Tb paru.

contohnya keluarga penderita ikut merasakan sakit penderita (empati) dan ikut peduli jika ada keluhan yang dirasakan.

c. Sumber Dukungan Sosial

Ada dua sumber dukungan sosial yaitu:¹⁴

- 1) Sumber artifisial adalah dukungan yang dirancang ke dalam kebutuhan primer seseorang misalnya dukungan sosial akibat bencana alam melalui berbagai sumbangan sosial.
- 2) Sumber naturalis adalah dukungan ini diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang yang berada di sekitarnya, misalnya anggota keluarga teman dekat atau relasi.

d. Pengaruh Dukungan Sosial

Untuk menjelaskan bagaimana dukungan sosial mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis individu, ada dua model yang digunakan:¹³

1) *Buffering Hypothesis*

Dukungan sosial mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis individu dengan melindunginya dari efek negatif yang timbul dari tekanan-tekanan yang dialami dan pada kondisi yang tekanannya lemah atau kecil, dukungan sosial tidak bermanfaat

2) *Main Effect Hypothesis/Direct effect Hypothesis*

Menunjukkan dukungan sosial dapat meningkatkan kesehatan fisik dan psikologis individu dengan adanya ataupun tanpa tekanan.

Manfaat yang diterima sama tanpa dipengaruhi oleh tekanan yang di dapat.

2. Perilaku

a. Definisi

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan, yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku adalah faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang memengaruhi kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat. Oleh sebab itu, untuk membina dan meningkatkan kesehatan masyarakat, intervensi atau upaya yang ditujukan kepada faktor perilaku sangat penting dan strategis. Perilaku manusia pada hakekatnya adalah proses interaksi individu dengan lingkungannya sebagai manifestasi hayati bahwa dia adalah makhluk hidup.¹⁵

b. Pembagian Perilaku Dilihat Dari Bentuk Respons Terhadap Stimulus

Respons perilaku terhadap stimulus dibagi menjadi dua, yaitu:¹⁶

1) Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus sifatnya masih tertutup. Respons ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut.

2) Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respons seseorang terhadap stimulus bersifat terbuka dalam bentuk tindakan nyata, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat orang lain.

c. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah tanggapan seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan lingkungan. Reaksi organisme dapat berupa pasif (respon yang masih tertutup) dan aktif (respon terbuka, tindakan yang nyata atau practice/psikomotor).¹⁵

Rangsangan yang terkait dengan perilaku kesehatan terdiri dari empat unsur, yaitu: sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan lingkungan.

1) Perilaku terhadap sakit dan penyakit^{15,17,18}

Perilaku tentang bagaimana seseorang menanggapi rasa sakit dan penyakit yang bersifat respon internal maupun eksternal, baik respon pasif maupun aktif yang dilakukan sehubungan dengan sakit dan penyakit.

Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkat-tingkat pemberian pelayanan kesehatan yang menyeluruh atau sesuai dengan tingkat pencegahan penyakit, yaitu:

a) Perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*)

Contohnya konsumsi makanan yang bergizi dan berolahraga. Pada masyarakat dengan pendidikan dan sosial ekonomi rendah, perilaku upaya pemeliharaan kesehatan biasanya merupakan kebutuhan yang terakhir. Hal ini seperti hasil dari penelitian Suharyo tentang determinasi penyakit tuberkulosis di daerah pedesaan yang mengatakan bahwa keluarga dengan pendapatan lebih tinggi mampu membiayai pemeliharaan kesehatan yang mereka perlukan.

b) Perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*)

Misalnya, menjaga kebersihan lingkungan, tidur dengan kelambu, melakukan imunisasi, dan menjaga agar tidak menularkan penyakit kepada orang lain. Perilaku yang status sosial ekonominya dan pendidikan relatif rendah, biasanya belum memprioritaskan perilaku pencegahan penyakit.

c) Perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*)

Misalnya pengobatan sendiri, ke dokter, puskesmas, dan lainnya. Hal ini sangat berkaitan dengan sosial-ekonomi dan tingkat pengetahuan seseorang, sedangkan tingkat pendidikan tidak menjamin seseorang untuk selalu berobat ke pelayanan kesehatan. Pada situasi tertentu, orang lebih percaya kepada pengobatan alternatif.

d) Perilaku pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*)

Disebut juga sebagai upaya penyembuhan suatu penyakit.

Misalnya, patuh kepada dokter, melakukan diet, minum obat sesuai aturan. Bila informasi yang disampaikan kepada pasien dan akses untuk mendapatkan pelayanan mudah, masyarakat akan melakukan pemulihan kesehatan dengan baik

2) Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan^{15,19}

Perilaku ini adalah respon individu terhadap sistem pelayanan kesehatan modern maupun tradisional, meliputi:

- a) Respon terhadap fasilitas pelayanan kesehatan
- b) Respon terhadap cara pelayanan kesehatan
- c) Respon terhadap petugas kesehatan
- d) Respon terhadap pemberian obat-obatan

Respon tersebut terwujud dalam pengetahuan, persepsi, sikap dan penggunaan fasilitas, petugas maupun penggunaan obat-obatan. Respon masyarakat bergantung bagaimana masyarakat merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial budaya.

3) Perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*)^{15,20}

Perilaku ini adalah respon individu terhadap makanan. Perilaku ini meliputi pengetahuan, persepsi, sikap dan praktik terhadap makanan serta unsur-unsur yang terkandung di dalamnya, dan pengelolaan makanan sehubungan kebutuhan tubuh kita.

Menurut penelitian Mufidah Auliyah, kebiasaan makan penderita kurang mengikuti anjuran pola makan yang disarankan. status nutrisi yang rendah ditemukan lebih sering terjadi pada penderita tuberkulosis aktif dibandingkan orang sehat. Hal ini disebabkan karena penyakit infeksi umumnya disebabkan anoreksia dan peningkatan kebutuhan metabolik sel oleh inflamasi yang berdampak bukan hanya sekedar penurunan berat badan tetapi juga akan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh yang member perlindungan terhadap penyakit infeksi

4) Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental behavior*)^{15,21}

Perilaku ini adalah respon individu terhadap lingkungan sebagai faktor penentu kesehatan manusia. Penduduk yang tinggal di lingkungan sehat lebih banyak yang memiliki status kesehatan yang baik dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di lingkungan tidak sehat. Lebih jauh dapat dikatakan, penduduk yang tinggal di lingkungan yang tidak sehat berpeluang 1,1 kali berstatus kesehatan buruk. Hal ini tentunya berkaitan dengan kenyataan bahwa lingkungan yang bersih dan sehat mengurangi risiko penyebaran penyakit berbasis lingkungan seperti diare, malaria, demam berdarah atau TBC.

d. Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Klasifikasi Menurut Becker, sebagaimana yang dikutip Notoatmodjo bahwa perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah:¹⁵

- 1) Perilaku kesehatan (*health behavior*), yaitu perilaku individu yang ada kaitannya dengan health promotion, health prevention, personal hygiene, memilih makanan, dan sanitasi.
- 2) Perilaku sakit (*illness behavior*), yaitu semua aktivitas yang dilakukan oleh individu yang merasa sakit untuk mengenal keadaan kesehatan atau rasa sakitnya, pengetahuan dan kemampuan individu untuk mengenal penyakit, pengetahuan dan kemampuan individu tentang penyebab penyakit.
- 3) Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*), yaitu segala aktivitas individu yang sedang menderita sakit untuk memperoleh kesembuhan.

e. Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu:²²

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Merupakan faktor-faktor yang mempermudah untuk terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi dan sebagainya.

2) Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi tindakan. Maksud faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat.

3) Faktor penguat (*reinforcing factor*)

Merupakan faktor-faktor yang mendorong dan memperkuat terjadinya perilaku. Dalam hal ini seperti dukungan sosial atau dorongan dari orang lain untuk menjaga kesehatan.

3. Tuberkulosis Paru

a. Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah infeksi penyakit menular yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*, suatu basil aerobik tahan asam, yang ditularkan melalui udara (airbone). Pada hampir semua kasus, infeksi tuberkulosis didapat melalui inhalasi partikel kuman yang cukup kecil.²³

b. Klasifikasi dan Tipe⁵

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien tuberkulosis memerlukan suatu definisi kasus yang meliputi empat hal, yaitu :

- 1) Lokasi atau organ tubuh yang sakit : paru atau ekstra paru.
- 2) Bakteriologi (hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis): BTA positif atau BTA negatif.

- 3) Riwayat pengobatan TB sebelumnya, pasien baru atau sudah pernah diobati.
- 4) Status HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) pasien.

Beberapa istilah dalam definisi kasus:

- 1) Kasus TB : pasien TB yang telah dibuktikan secara mikroskopis atau didiagnosis oleh dokter atau petugas TB untuk diberikan pengobatan TB.
- 2) Kasus TB pasti (definitif) : pasien dengan biakan positif untuk *mycobacterium tuberculosis* atau tidak ada fasilitas biakan, sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.

Klasifikasi berdasarkan organ tubuh (*anatomical site*) yang terkena:

- 1) Tuberkulosis paru: tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. Tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
- 2) Tuberkulosis ekstra paru: tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, keadaan ini terutama ditujukan pada TB paru:

1) Tuberkulosis paru BTA positif.

- a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- b) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- c) 1 spesimen dahak SPS hasil BTA positif dan biakan kuman TB positif.
- d) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT

2) Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif.

Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

- a) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
- b) Foto toraks abnormal sesuai dengan gambaran tuberkulosis.
- c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, bagi pasien dengan HIV negatif.
- d) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya disebut sebagai tipe pasien, yaitu:

1) Kasus baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu). Pemeriksaan BTA bisa positif atau negatif.

2) Kasus yang sebelumnya diobati:

a) Kasus kambuh (*relaps*)

Adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif.

b) Kasus setelah putus obat (*default*)

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

c) Kasus setelah gagal (*failure*)

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

3) Kasus pindahan (*transfer in*)

Adalah pasien yang dipindahkan ke register lain untuk melanjutkan pengobatan.

4) Kasus lain

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas, seperti:

- a) Tidak diketahui riwayat pengobatan sebelumnya.
- b) Pernah diobati tetapi tidak diketahui hasil pengobatannya.
- c) Kembali diobati dengan BTA negatif.

c. Etiologi

Mycobacterium tuberculosis merupakan jenis kuman berbentuk batang berukuran panjang 1-4 mm dengan tebal 0,3-0,6 mm. Sebagian besar omponen *M. Tuberculosis* adalah berupa lemak/lipid sehingga kuman mampu tahan terhadap asam serta sangat tahan terhadap zat kimia dan faktor fisik. Mikroorganisme ini adalah bersifat aerob yakni menyukai daerah yang banyak oksigen. Oleh karena itu, *M. Tuberculosis* senang tinggal di daerah apeks paru-paru yang kandungan oksigennya tinggi. Daerah tersebut menjadi tempat yang kondusif untuk penyakit tuberkulosis.²³

d. Patofisiologi²³

Infeksi primer. Pertama kali klien terinfeksi oleh tuberkulosis disebut sebagai “infeksi primer” dan biasanya terdapat pada apeks paru atau dekat pleura lobus bawah. Infeksi primer mungkin hanya berukuran mikroskopis, dan karenanya tidak tampak pada foto ronsen. Tempat infeksi primer dapat mengalami proses degenerasi nekrotik (perkejuan) tetapi bisa saja tidak, yang menyebabkan pembentukan

rongga yang terisi oleh massa basil tuberkel seperti keju, sel-sel darah putih yang mati, dan jaringan paru nekrotik. Pada waktunya, material ini mencair dan dapat mengalir ke dalam percabangan trakheobronkhial dan dibatukkan. Rongga yang terisi udara tetap ada dan mungkin terdeteksi ketika dilakukan ronsen dada.

Tuberkel primer menyembuh dalam periode bulanan dengan membentuk jaringan parut dan pada akhirnya terbentuk lesi pengapuran yang juga dikenal sebagai tuberkel *Ghon*. Lesi ini dapat mengandung basil hidup yang dapat aktif kembali, meski telah bertahun-tahun dan menyebabkan infeksi sekunder.

Infeksi TB primer menyebabkan tubuh mengalami reaksi alergi terhadap basil tuberkel dan proteinnya. Respon imun seluler ini tampak dalam bentuk sensitisasi sel sel T dan terdeteksi oleh reaksi positif pada tes kulit tuberkulin. Perkembangan sensitivitas tuberkulin ini terjadi pada semua sel-sel tubuh 2 sampai 6 minggu setelah infeksi primer. Dan akan dipertahankan selama basil hidup berada dalam tubuh. Imunitas didapat ini biasanya menghambat pertumbuhan basil lebih lanjut dan terjadi infeksi aktif.

Infeksi sekunder. Selain penyakit primer yang progresif, infeksi ulang juga mengarah pada bentuk klinis TB aktif. Tempat primer infeksi yang mengandung basil TB dapat tetap laten selama bertahun-tahun dan kemudian teraktifkan kembali jika daya tahan klien menurun. Penting artinya untuk mengkaji kembali secara periodik

klien yang telah mengalami infeksi TB untuk mengetahui adanya penyakit aktif.

e. Gejala

1) Gejala sistemik²³

- a) Demam tidak terlalu tinggi yang berlangsung lama dan berkeringat pada malam hari.
- b) Penurunan nafsu makan dan berat badan.
- c) Batuk selama lebih dari tiga minggu dapat disertai dengan darah
- d) Perasaan tidak enak (*malaise*), lemah

2) Gejala khusus²³

- a) Bergantung pada organ tubuh yang terkena. Bila terjadi sumbatan sebagian bronkus akibat penekanan kelenjar getah bening yang membesar, akan menimbulkan suara mengi, suara napas melemah yang disertai sesak.
- b) Kalau ada cairan di rongga pleura, dapat disertai dengan keluhan sakit dada.
- c) Bila terkena tulang, akan terjadi gejala seperti infeksi tulang yang dapat membentuk saluran dan bermuara pada kulit di atasnya. Pada muara ini akan keluar cairan nanah.
- d) Pada anak-anak dapat mengenai otak dan disebut sebagai meningitis. Gejalanya adalah demam tinggi, adanya penurunan kesadaran, dan kejang-kejang.

f. Cara Penularan

Cara penularan penyakit TB paru adalah:⁵

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

g. Pencegahan

Cara pencegahan terhadap penularan pasien TB Paru adalah :²⁴

- 1) Bagi penderita, tutup mulut bila batuk
- 2) Tidak boleh membuang dahak sembarangan, cara membuang dahak yang benar yaitu :
 - a) Menimbun dahak dengan pasir.

- b) Tampung dahak dalam kaleng berisi lysol, air sabun, atau spiritus, dan buang di lubang wc atau lubang tanah.
- 3) Memeriksa anggota keluarga yang lain.
- 4) Memakan makanan yang bergizi.
- 5) Istirahat yang cukup
- 6) Memisahkan alat makan dan minum bekas pasien.
- 7) Memperhatikan keadaan rumah, ventilasi dan pencahayaan baik.
- 8) Hindari rokok
- 9) Berikan imunisasi BCG pada bayi.

h. Faktor Risiko Tuberkulosis²⁵

1) Umur

Kemungkinan mendapat infeksi tuberkulosis aktif meningkat secara bermakna sesuai dengan umur. Insiden tertinggi tuberkulosis biasanya mengenai usia dewasa muda. Di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB paru adalah kelompok usia produktif, yaitu 15-50 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian hubungan usia, jenis kelamin dan status nutrisi dengan kejadian anemia pada pasien tuberkulosis di rsup dr. kariadi semarang²⁶

2) Jenis kelamin

Pada 1996 jumlah penderita TB paru laki-laki hampir dua kali lipat dibandingkan jumlah penderita TB paru pada wanita, yaitu 42,34% pada laki-laki dan 28,9% pada wanita. Antara tahun 1985-

1987 penderita TB paru laki-laki cenderung meningkat sebanyak 2,5%, sedangkan penderita TB paru pada wanita menurun 0,7%.

TB paru lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan wanita karena laki-laki sebagian besar mempunyai kebiasaan merokok sehingga memudahkan terjangkitnya TB paru. Frekuensi penyakit pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan frekuensi penyakit pada perempuan.²⁷

3) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang, di antaranya mengenai rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan pengetahuan penyakit TB paru sehingga dengan pengetahuan yang cukup, seseorang akan mencoba untuk mempunyai perilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu, tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap jenis pekerjaannya. Makin baik tingkat pendidikan formal pada masyarakat secara tidak langsung akan menurunkan angka kesakitan dan kematian karena dengan tingkat pendidikan yang baik mampu menyerap informasi dan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk hidup lebih sehat dan ikut secara aktif untuk menjaga kesehatannya.²⁷

4) Pekerjaan

Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Bila bekerja di lingkungan yang berdebu,

paparan partikel debu di daerah terpapar akan memengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernapasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernapasan dan umunya TB paru.

Jenis pekerjaan seseorang juga memengaruhi pendapatan keluarga yang akan mempunyai dampak terhadap pola hidup sehari-hari di antaranya konsumsi makanan, pemeliharaan kesehatan. Selain itu, akan memengaruhi kepemilikan rumah (konstruksi rumah). Jenis dan lapangan pekerjaan mempunyai hubungan erat dengan status ekonomi individu, keluarga, dan masyarakat dan biasanya penduduk yang tinggal di kota lebih makmur daripada yang tinggal di pedesaan.²⁷

5) Kebiasaan merokok

Merokok diketahui mempunyai hubungan dengan meningkatkan risiko untuk mendapatkan kanker paru-paru, penyakit jantung koroner, dan kanker kandung kemih. Kebiasaan merokok meningkatkan risiko untuk terkena TB paru sebanyak 2,2 kali lipat. Prevalensi merokok pada hampir semua negara berkembang lebih dari 50% terjadi pada laki-laki dewasa, sedangkan wanita perokok kurang dari 5%. Dengan adanya kebiasaan merokok akan mempermudah untuk terjadinya infeksi TB paru.

Pada pasien TB Paru yang merokok akan memperparah kondisi pasien. Karena iritasi yang terus-menerus pada paru-paru yang sakit oleh merokok, akan mempersulit tubuh untuk menormalkan kembali keadaannya.²⁸

6) Kepadatan hunian kamar

Luas lantai bangunan rumah sehat harus cukup untuk penghuni di dalamnya, artinya luas lantai bangunan rumah tersebut harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya agar tidak menyebabkan overload. Hal ini tidak sehat karena di samping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen juga bisa salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lain.

Persyaratan kepadatan hunian untuk seluruh rumah biasanya dinyatakan dalam m^2 /orang. Luas minimum per orang sangat relatif bergantung dari kualitas bangunan dan fasilitas yang tersedia. Untuk rumah sederhana luasnya minimum $10 m^2$ /orang. Untuk kamar tidur diperlukan luas lantai minimum $3m^2$ /orang. Untuk mencegah penularan penyakit pernapasan, jarak antara tepi tempat tidur yang satu dengan yang lainnya minimum 90 cm. Kamar tidur sebaiknya tidak dihuni lebih dari 2 orang, kecuali untuk suami istri dan anak di bawah 2 tahun. Untuk menjamin volume udara yang cukup, disyaratkan juga langit-langit minimum tingginya 2,75 m. Sebaiknya jangan menggunakan tempat tidur

bertingkat, karena tempat tidur semacam ini juga mempermudah penularan penyakit pernafasan. Apabila ada anggota keluarga yang menderita TB Paru sebaiknya tidak tidur sekamar dengan anggota keluarga yang lain.²⁹

7) Pencahayaan

Untuk memperoleh cahaya cukup pada siang hari, diperlukan luas jendela kaca minimum 20% luas lantai. Jika peletakan jendela kurang baik atau kurang leluasa, dapat dipasang genting kaca. Cahaya ini sangat penting karena dapat membunuh bakteri-bakteri patogen di dalam rumah, misalnya basil TB. Oleh karena itu, rumah yang sehat harus mempunyai jalan masuk cahaya yang cukup.

Intensitas pencahayaan minimum yang diperlukan 10 kali lilin atau kurang lebih 60 lux, kecuali untuk kamar tidur diperlukan cahaya yang lebih redup.

Semua jenis cahaya dapat mematikan kuman hanya berbeda dari segi lamanya proses kuman untuk setiap jenisnya. Cahaya yang sama apabila dipancarkan melalui kaca tidak berwarna dapat membunuh kuman dalam waktu yang lebih cepat daripada yang melalui kaca berwarna. Penularan kuman TB paru relatif tidak tahan pada sinar matahari. Bila sinar matahari dapat masuk dan sirkulasi udara ruangan diatur, risiko penularan antar penghuni akan sangat berkurang.²⁹

8) Ventilasi

Fungsi pertama dari ventilasi adalah untuk menjaga agar aliran udara di dalam rumah tersebut tetap segar. Hal ini berarti keseimbangan oksigen yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya oksigen di dalam rumah. Di samping itu, kurangnya ventilasi akan menyebabkan kelembapan udara di dalam ruangan naik karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembapan ini akan menjadi media yang baik untuk pertumbuhan bakteri-bakteri patogen.

Fungsi kedua adalah untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri karena selalu terjadi aliran udara yang terus-menerus. Dengan adanya aliran udara juga dapat menjaga ruangan tetap di dalam kelembapan yang optimum.

Untuk sirkulasi yang baik diperlukan paling sedikit luas lubang ventilasi sebesar 10% dari luas lantai. Untuk luas ventilasi permanen minimal 5% dari luas lantai dan luas ventilasi yang dapat dibuka tutup 5% dari luas lantai. Umumnya temperatur kamar 22C – 30C, dari kelembapan udara optimum kurang lebih 60%. Menurut penelitian Analisis Hubungan Antara kondisi Ventilasi, Kepadatan Hunian, Kelembapan Udara, Suhu, dan Pencahayaan Alami Rumah Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Wilayah kerja Puskesmas Wara Utara Kota Palopo didapatkan hasil bahwa

terdapat hubungan antara ventilasi dengan kejadian TB paru, dimana kondisi ventilasi yang tidak memenuhi syarat kemungkinan menderita penyakit TB Paru sebesar 36 kali dibandingkan yang memenuhi syarat.³⁰

9) Kondisi rumah

Kondisi rumah dapat menjadi salah satu faktor risiko penularan TB. Atap, dinding, dan lantai dapat menjadi tempat perkembangbiakan kuman. Lantai dan dinding yang sulit dibersihkan akan dijadikan sebagai media yang baik bagi berkembangbiaknya kuman *mycobacterium tuberculosis*.

Jenis lantai tanah tidak baik dari segi kebersihan udara dalam rumah. Sebaiknya lantai diplester atau lebih baik lagi dilapisi ubin agar mudah dibersihkan. Rumah sebaiknya juga memakai dinding permanen dari bahan yang mudah dibersihkan.²⁹

10) Kelembapan udara

Kelembapan udara dalam ruangan untuk memperoleh kenyamanan, di mana kelembapan yang optimum berkisar 60% dengan temperatur kamar 22C – 30C. Kuman TB paru akan cepat mati bila terkena sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup selama beberapa jam di tempat yang gelap dan lembap.

Menurut penelitian yang berjudul Analisis Hubungan Antara kondisi Ventilasi, Kepadatan Hunian, Kelembapan Udara, Suhu, dan Pencahayaan Alami Rumah Dengan Kejadian Tuberkulosis

Paru di Wilayah kerja Puskesmas Wara Utara Kota Palopo, kelompok masyarakat yang suhu ruangnya tidak memenuhi syarat kemungkinan menderita penyakit TB Paru sebesar 9 kali dibandingkan kelompok masyarakat yang suhu ruangnya tidak memenuhi syarat.³⁰

11) Status gizi

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

Pemeliharaan gizi penting baik untuk penatalaksanaan maupun untuk pencegahan penyakit. Banyak komplikasi yang dapat dicegah atau dimodifikasi dengan memperhatikan status gizi dan pencegahan kekurangan gizi. Karenanya penatalaksanaan orang sakit yang efektif memerlukan evaluasi diet dan status gizi selama pengobatan. Baru kemudian tujuan dan teknik penatalaksanaan gizi yang tepat dapat dipilih dan penuntun gizi dapat tersedia untuk pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.³¹

12) Keadaan sosial ekonomi

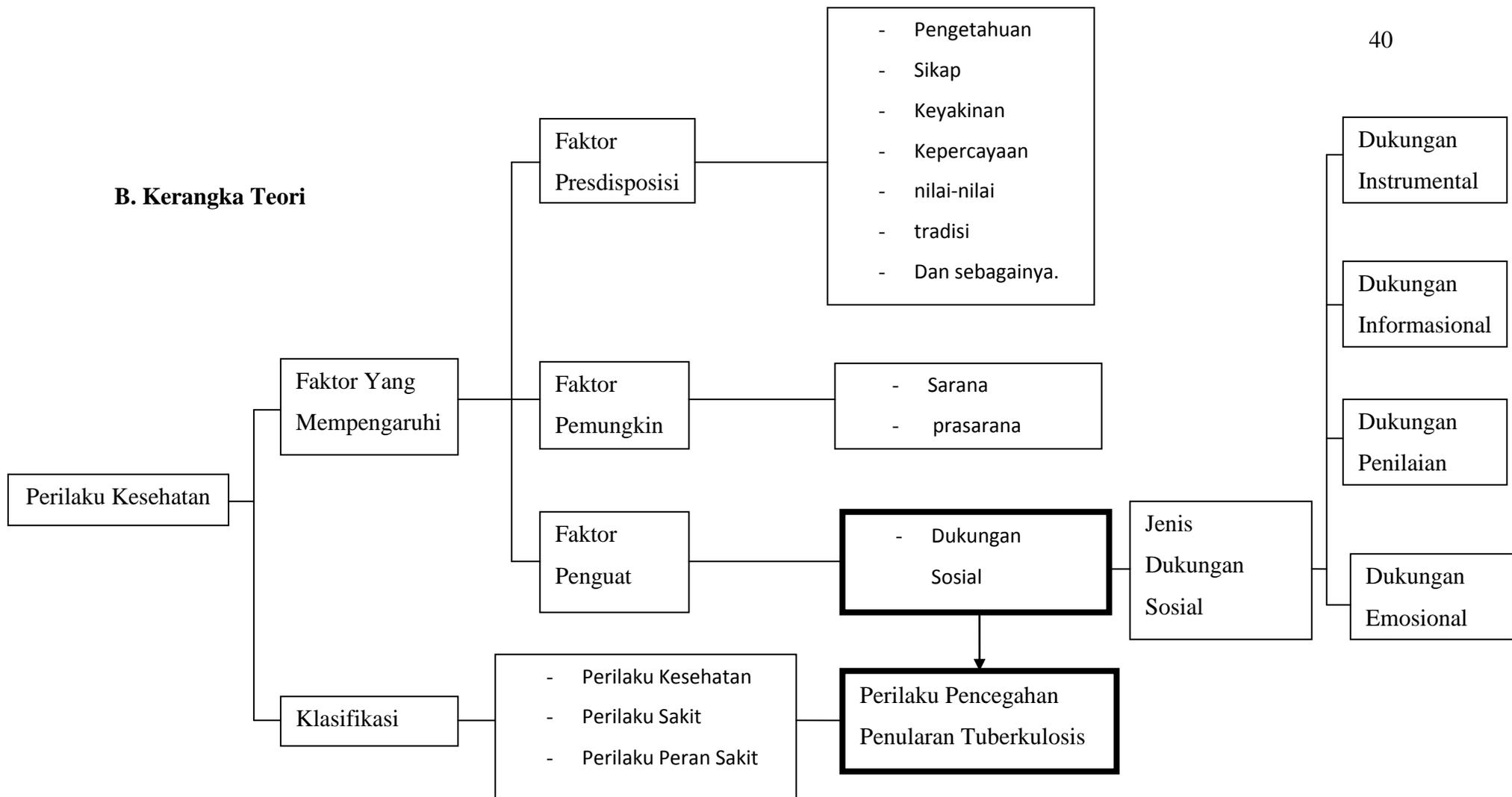
Keadaan sosial ekonomi berhubungan erat dengan pendidikan, keadaan sanitasi lingkungan, gizi, dan akses terhadap pelayanan

keehatan. Penurunan pendapatan dapat menyebabkan kurangnya kemampuan daya beli dalam memenuhi konsumsi makanan sehingga akan berpengaruh terhadap status gizi. Apabila status gizi buruk, akan menyebabkan kekebalan tubuh menurun sehingga memudahkan terkena infeksi TB paru. keadaan sosial ekonomi merupakan faktor yang mempengaruhi frekuensi distribusi penyakit tertentu, misalnya TB Paru, infeksi akut gastrointestinal, ISPA, anemia, malnutrisi, dan penyakit parasit yang banyak terdapat pada penduduk golongan sosial ekonomi rendah.³²

13) Perilaku

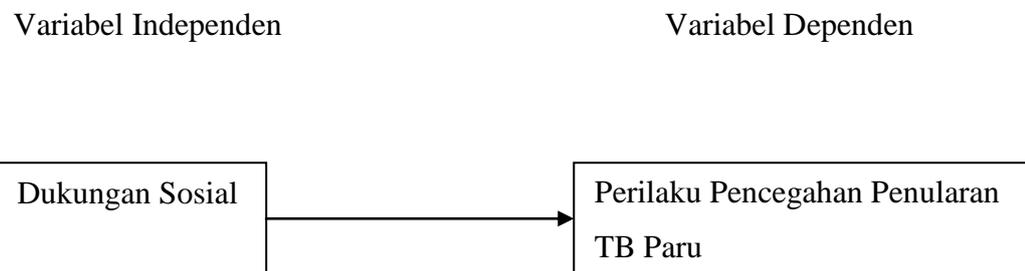
Perilaku dapat terdiri atas pengetahuan, sikap, dan tindakan. Pengetahuan penderita TB paru yang kurang tentang cara penularan, bahaya, dan cara pengobatan akan berpengaruh terhadap sikap dan perilaku sebagai orang sakit dan akhirnya berakibat menjadi sumber penular bagi orang di sekelilingnya.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Sumber: 2, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 22, 23, 24, 25

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Sumber: ^{12, 14, 15, 22, 24}

Keterangan :



= Variabel yang diukur

D. Hipotesis

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Terdapat hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan perilaku pencegahan penularan penyakit Tuberkulosis Paru di wilayah kerja Puskesmas Purwodadi.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *kuantitatif non eksperimen* yaitu, metode penelitian kuantitatif bersifat realitas sehingga dapat diklasifikasikan menurut perilaku dan teramati panca indera. Penelitian ini mencoba mencari hubungan antar variabel. Penelitian ini perlu dilakukan analisis terhadap data yang dikumpulkan serta melihat seberapa besar hubungan antar variabel.³³

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional (transversal)*. Rancangan *cross sectional* merupakan jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/ observasi data variabel independen dan dependen hanya dalam satu kali waktu (dalam waktu yang bersamaan). Pada jenis ini, variabel independen dan dependen dinilai pada satu saat, jadi tidak ada tindak lanjut. Semua subyek penelitian tidak harus diobservasi pada hari atau pada waktu yang sama, akan tetapi dinilai hanya satu kali saja.³⁴

B. Populasi

Populasi adalah semua bagian atau anggota dari objek yang akan diamati atau diteliti.³⁴ Populasi dalam penelitian ini adalah semua orang yang telah dinyatakan positif menderita TB Paru dan tercatat sebagai pasien di Puskesmas Purwodadi. Jumlah populasi sebanyak 33 orang.

C. Sampel Penelitian

1. Sampel

Sampel adalah elemen-elemen populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan mewakilinya.³⁵ Sampel pada penelitian ini meliputi semua orang yang telah dinyatakan positif menderita TB Paru dan tercatat sebagai pasien di Puskesmas Purwodadi. Sampel pada penelitian harus memenuhi kriteria yang dikehendaki, kriteria sampel dibedakan menjadi 2 yaitu, kriteria inklusi dan eksklusi.³⁴

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti.³⁶ Adapun kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

- 1) Berdomisili dikota Purwodadi
- 2) Tercatat sebagai pasien Puskesmas Purwodadi
- 3) Penderita TB Paru yang bersedia menjadi responden
- 4) Masih berobat di Puskesmas Purwodadi

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/ mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab.³⁶ Adapun kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah :

- 1) Tidak berada ditempat pada waktu pengumpulan data
- 2) Tidak dapat ditemui atau sakit.

2. Besar sampel

Sampel dari penelitian ini adalah semua orang yang telah dinyatakan positif menderita TB Paru dan tercatat sebagai pasien di Puskesmas Purwodadi. Penelitian menggunakan sampel jenuh dengan jumlah sampel sebanyak 33 orang.

3. Sampling

Jenis sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* yaitu teknik yang memberi kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel.³³ Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling merupakan teknik pengambilan sampel tetapi dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi.³³

D. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Purwodadi.

2. Waktu penelitian

Adapun waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Agustus 2014

E. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

1. Variabel penelitian

Variabel adalah karakteristik yang diamati yang mempunyai variasi nilai dan merupakan operasionalisasi dari suatu konsep agar dapat ditentukan tingkatannya.³⁴

Variabel dalam penelitian ini antara lain adalah :

- a. Variabel independen merupakan variabel yang mempengaruhi variabel lain, yang berarti apabila variabel independen berubah maka akan mengakibatkan perubahan variabel lain.³⁴ Variabel independen dari penelitian ini yaitu dukungan sosial.
- b. Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain, yang berarti variabel dependen berubah akibat perubahan pada variabel bebas.³⁴ Variabel dependen dari penelitian ini yaitu perilaku pencegahan penularan TB Paru.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian. Didalam definisi operasional dicantumkan beberapa point penting yaitu variabel, definisi variabel, indikator atau alat ukur dan skala pengukuran.³³

| No | Variabel | Definisi Operasional | Alat ukur | Hasil ukur | Skala |
|----|---------------------------------------|---|---|--|---------|
| 1. | Variabel Independen : Dukungan Sosial | Bantuan atau tindakan nyata yang diberikan oleh seseorang karena keakraban sosial | Kuesioner yang terdiri dari 27 pernyataan | Pengkategorian dukungan sosial : Apabila terdistribusi normal: Dukungan sosial rendah : < Mean (kode 1) Dukungan sosial sedang : = Mean (kode 2) Dukungan sosial Tinggi : > Mean | Ordinal |

| | | | | | |
|----|--|--|---|--|---------|
| | | | | (kode 3) Apabila terdistribusi tidak normal : Dukungan sosial rendah : < Median (kode 1) Dukungan sosial sedang : = Median (kode 2) Dukungan sosial Tinggi : > Median (kode 3) | |
| 2. | Variabel Dependen : Perilaku pencegahan penularan TB Paru | Suatu kegiatan yang dapat diamati secara langsung dan telah menjadi suatu kebiasaan seseorang untuk mencegah penularan TB Paru | Kuesioner yang terdiri dari 18 pertanyaan | Pengkategorian perilaku pencegahan : Apabila terdistribusi normal Perilaku pencegahan kurang : < Mean (kode 1) Perilaku pencegahan cukup : = Mean (kode 2) Perilaku pencegahan baik : > Mean (kode 3) Apabila terdistribusi tidak normal Perilaku pencegahan kurang : < Median (kode 1) Perilaku pencegahan cukup : = Median (kode 2) Perilaku pencegahan baik : > Median | Ordinal |

Tabel 3.2 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

F. Alat Penelitian dan Cara Pengambilan Data

1. Instrument penelitian

Instrument penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner merupakan daftar pertanyaan yang telah disusun untuk memperoleh data sesuai yang diinginkan peneliti.³⁶ Responden diminta untuk memilih salah satu jawaban yang sudah disediakan.³⁸ Kuisisioner yang digunakan terdiri dari :

a. Kuesioner A

Kuesioner A merupakan kuesioner tentang dukungan sosial yang diambil dari penelitian yang berjudul Tingkat Kecemasan, Dukungan Sosial, Dan Mekanisme Koping Terhadap Kelentingan Keluarga Pada Keluarga Dengan TB Paru di Kecamatan Ciomas Bogor. Kuesioner tersebut terdiri dari pernyataan *favorable* dan *unfavorable* yang telah dilakukan uji validitas dan reabilitas oleh peneliti sebelumnya.³⁹ Peneliti tidak melakukan perubahan pada kuesioner karena sudah mewakili pernyataan yang dibutuhkan dalam penelitian ini. Kuesioner terdiri atas 27 pernyataan dengan alternatif pilihan jawaban ya dan tidak. Responden memilih jawaban sesuai dengan persepsinya.

b. Kuesioner B

Kuesioner B yaitu kuesioner mengenai perilaku pencegahan penularan TB Paru yang di ambil dari penelitian Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Terhadap Upaya Pencegahan Penyakit Tuberkulosis Di RW 04 Kelurahan Lagoa Jakarta Utara Tahun 2013.⁴⁰

Kuesioner terdiri dari 18 pertanyaan dengan pilihan jawaban selalu, sering, jarang, tidak pernah. Responden akan memilih jawaban yang sesuai dengan perilaku yang dijalaninya. Perilaku dikategorikan menjadi 3 tingkatan yaitu kurang dengan skor < dari 55%, cukup dengan skor 56 – 74%, dan baik dengan skor \geq 75%.¹⁵ Kuesioner berjumlah 18 pertanyaan dengan jumlah skor 72. Perilaku dikatakan kurang jika skor < 40, perilaku dikatakan cukup dengan rentang skor 41 – 53, perilaku dikatakan baik jika skor yang di dapat < 54

2. Uji Validitas dan Reliabilitas

Kuisisioner pada penelitian ini sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya untuk mendapatkan yang valid dan reliabel. Dengan menggunakan instrumen yang valid dan reliabel dalam pengumpulan data, maka diharapkan hasil penelitian akan menjadi valid dan reliabel,⁴¹

a. Uji validitas

Uji validitas digunakan untuk menguji ketepatan atau kecermatan instrumen pengukuran yang digunakan, valid berarti alat tersebut mengukur apa yang ingin diukur. Validitas instrumen penelitian berupa tes yang harus memenuhi *construct validity* dan *content validity* serta *criterion validity*.⁴²

Uji validitas menggunakan rumus *Product Moment Pearson* untuk mencari kuatnya hubungan antar variabel yang dinyatakan dengan koefesien. Koefesien yang diperoleh r harus diuji signifikannya dengan uji t_{hitung} . Bila $t_{hitung} > t_{tabel}$ atau $r_{hitung} > r_{tabel}$ maka pertanyaan tersebut

dinyatakan valid, sedangkan apabila $t_{hitung} < t_{tabel}$ berarti pernyataan tidak valid.⁴³

Rumus *Product Moment Pearson* :⁴²

$$r_{xy} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X) \cdot (\sum Y)}{\sqrt{\{n \cdot \sum X^2 - (\sum X)^2\} \cdot \{n \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan :

r_{xy} : Koefisien korelasi antara variabel x dan y

n : Jumlah responden

X : Jumlah skor tiap butir

Y : Skor total tiap butir

Rumus t hitung :

$$\frac{r\sqrt{n} - 2}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Keterangan :

r : Koefisien korelasi hasil t_{hitung}

n : Jumlah responden

Taraf signifikan (r tabel) yang digunakan dalam penelitian ini yaitu 5% jika $t_{hitung} > t_{tabel}$ maka item pertanyaan tersebut valid dan dapat digunakan. Namun apabila tidak signifikan $t_{hitung} < t_{tabel}$ maka pernyataan tersebut tidak valid dan harus diubah atau dikeluarkan.⁴³

Rentang nilai r pada kuesioner dukungan sosial yaitu 0,653-0,711.

Berdasarkan nilai validitas kuesioner dukungan sosial dinyatakan valid.³⁹

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas digunakan pada pernyataan yang sudah valid. Reliabilitas merupakan kestabilan pengukuran, alat penelitian dikatakan reliabel apabila digunakan berulang-ulang tapi nilainya tetap sama. Sedangkan pertanyaan dikatakan reliabel jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan konsisten atau stabil dari waktu ke waktu.⁴²

Uji reliabilitas pada penelitian ini menggunakan uji *Cronbach's Alpha* dengan rumus.³⁴

$$r_n = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_1^2}{S_t^2} \right]$$

Keterangan :

r_n : Koefisien reabilitas test

k : Cacah butir

S_1^2 : Varians skor butir

S_t^2 : Varians skor total

Keputusan uji jika kriteria suatu instrument dinyatakan reliabel dan dapat digunakan dalam penelitian jika nilai *Cronbach's Alpha* lebih \geq konstanta (0,6). Apabila nilai *Cronbach's Alpha* $<$ konstanta (0,6) maka instrumen tidak reliabel.⁴² Nilai reliabilitas kuesioner perilaku dukungan sosial adalah 0,701 yang artinya reliabel³⁹

3. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di tempat penelitian dengan prosedur sebagai berikut :

- a. Peneliti membuat surat permohonan izin penelitian di PSIK FK UNDIP
- b. Peneliti menyerahkan permohonan izin dari institusi yaitu PSIK FK UNDIP kepada kepala Dinas Kesehatan Purwodadi.
- c. Peneliti mendapat surat tembusan dari kepala Dinas Kesehatan Purwodadi ke kepala Puskesmas Purwodadi.
- d. Peneliti menyerahkan surat tembusan permohonan izin kepada kepala Puskesmas Purwodadi.
- e. Setelah mendapatkan izin dari kepala Puskesmas Purwodadi, peneliti menghubungi bagian penanggulangan penyakit TB paru untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan mendapatkan persetujuan.
- f. Melakukan pendekatan kepada guru Bimbingan Konseling untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kemudian mendapatkan persetujuan, serta mendapatkan ijin untuk melakukan pengumpulan data. Peneliti diijinkan melakukan pengumpulan data dengan cara, sebelum menyebarkan kuesioner peneliti meminta data tentang penderita TB Paru di wilayah kerja Purwodadi. Setelah mendapatkan data, peneliti mengunjungi satu persatu rumah penderita dengan cara menyebutkan identitas peneliti, maksud kedatangan, serta mengatakan sudah mendapat izin dari Puskesmas Purwodadi untuk melakukan penelitian.

- g. Menjelaskan kepada responden tentang cara pengisian kuesioner kemudian meminta persetujuan responden agar ikut berpartisipasi dalam penelitian yang akan dilakukan, dan menjelaskan tujuan penelitian serta prosedur yang akan diikuti responden.
- h. Responden diminta membaca dan mengisi *inform consent*.
- i. Bila bersedia menjadi responden maka orang tua responden dipersilakan menandatangani *informed consent*.
- j. Setelah menandatangani persetujuan, peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner kepada responden. Jika ada pernyataan yang kurang jelas responden diminta untuk menanyakan langsung kepada peneliti.
- k. Apabila responden sudah memahami cara pengisian kuesioner, responden diminta mengisi kuesioner tersebut.
- l. Setelah selesai diisi kuesioner dikumpulkan dan segera diteliti bila ada yang belum lengkap atau kurang jelas maka peneliti akan meminta penjelasan kepada responden dan apabila diperlukan responden dapat diminta kembali mengisi ulang kuesioner.

G. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan sebagai berikut.

a. *Editing* (memeriksa)

Data yang sudah terkumpul dilakukan pemeriksaan kelengkapannya oleh peneliti.³³ Pemeriksaan kelengkapan meliputi,

semua pertanyaan telah terisi semuanya atau belum, keterbacaan tulisan, kerelevanan dari jawaban.³⁶

b. *Coding* (pemberian kode)

Mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden ke dalam kategori. Klasifikasi dilakukan dengan cara memberi tanda/kode berbentuk angka pada masing masing jawaban.³³ Pemberian kode akan mempermudah dalam memasukkan data/*entry* data dan analisis data.³⁶ Adapun kategori jawaban dibedakan untuk setiap variabelnya, antara lain

- 1) Kategori dalam dukungan sosial dibedakan menjadi tiga yaitu dukungan sosial rendah diberikan kode 1, dukungan sosial sedang diberikan kode 2, dan dukungan sosial tinggi diberikan kode 3.
- 2) Kategori dalam perilaku pencegahan dibedakan menjadi dua yaitu perilaku pencegahan kurang diberikan kode 1, perilaku pencegahan cukup diberikan kode 2, dan perilaku pencegahan baik diberikan kode 3.

c. *Skoring*

Proses memberikan nilai pada data sesuai dengan skor yang sudah ditentukan.³³ Semua variabel diberi kode kemudian variabel dijumlahkan, untuk menentukan variabel tersebut memenuhi syarat (MS) jika jumlah total masing-masing variabel $\geq 70\%$ dari jumlah total dan tidak memenuhi syarat (TMS) jika total skor masing-masing variabel $< 70\%$ dari jumlah total.³⁶

- 1) Kuesioner dukungan sosial yang terbagi menjadi dua bentuk yaitu *favorable* yang diberi skor 2,1 Sedangkan pernyataan *unfavorable* diberi skor 1,2. Pertanyaan *favorable* : ya = 2, tidak = 1. Sedangkan pertanyaan *unfavorable* : ya = 1, tidak =2.
- 2) Kuesioner perilaku pencegahan penularan TB Paru yang terbagi menjadi dua bentuk yaitu *favorable* yang diberi skor 4,3,2,1. Sedangkan pernyataan *unfavorable* diberi skor 1,2,3,4. Pertanyaan *favorable* : selalu = 4, sering = 3, jarang = 2, tidak pernah = 1. Sedangkan pertanyaan *unfavorable* : tidak pernah = 4, jarang = 3, sering = 2, selalu = 1.

d. *Processing*

Processing data mengolah data mentah menjadi informasi.³³ Data dimasukkan ke dalam komputer, kemudian dilakukan analisis data menggunakan program komputer.³⁶

e. *Cleaning* (pembersihan)

Cleaning adalah pembersihan data, melihat variabel apakah data sudah benar atau tidak.³³ Proses ini untuk mengetahui apakah ada kesalahan atau tidak, baik berupa kesalahan pada waktu *entry* data maupun adanya data yang hilang.³⁶

2. Analisa Data

a. Analisis Univariat

Uji normalitas yang akan digunakan adalah uji Shapiro-Wilk. Uji ini dipakai untuk mengetahui apakah distribusi data memiliki distribusi

normal atau tidak secara analitik, dengan sampel yang digunakan kecil (≤ 50). Suatu data dikatakan memiliki distribusi normal apabila memiliki nilai $p > 0,05$ dan distribusi tidak normal apabila $p < 0,05$.⁴⁴

Analisis univariat digunakan untuk melihat gambaran distribusi dari masing-masing variabel yang akan diteliti yaitu dukungan sosial dan perilaku pencegahan penularan TB paru. Analisis ini berfungsi menyederhanakan kumpulan data hasil pengukuran sehingga menjadi informasi yang bermanfaat. Pada penelitian ini peringkasan data digunakan dalam bentuk data kategorik dimana jumlah atau frekuensi tiap kategori (n) dan persentase tiap kategori (%). Bentuk penyajian data dalam analisis univariat berupa tabel dan diagram dari masing-masing variabel, kemudian diinterpretasikan.⁴²

Distribusi tiap variabel dihitung dengan rumus :⁴⁵

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

Keterangan :

P : Presentase

f : Frekuensi

100 : Bilangan tetap

N : Jumlah subjek

b. Analisis Bivariat

Setelah diketahui masing-masing variabel pada analisis univariat, selanjutnya dilakukan analisis bivariat. Kegunaan analisis bivariat

untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variable atau hanya hubungan secara kebetulan.⁴⁵

Uji yang digunakan adalah uji Chi Square. Uji Chi square digunakan apabila data yang diukur menggunakan skala ordinal atau skala nominal. Uji ini untuk mengetahui nilai probabilitas atau p value korelasi antar setiap variabel x dan y, dengan skala yang digunakan kategorik dan kategorik.^{45, 46}

Rumus Chi Square :

$$\chi^2 = \left[\frac{(f_0 - f)^2}{f} \right]$$

Dimana :

χ^2 : nilai chi- kuadrat

f_0 : frekuensi yang diperoleh atau diamati

f : frekuensi yang diharapkan

H. Etika Penelitian

Etika penelitian yang perlu dipahami oleh peneliti adalah :⁴⁵

1. *Informed consent*

Informed consent merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Lembar persetujuan yang akan diberikan responden yang akan diteliti dan memenuhi kriteria inklusi.³⁶ Peneliti memberikan lembar persetujuan kepada responden sebelum penelitian agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian. Responden diberikan informasi berkaitan dengan jalannya penelitian.⁴⁵

2. *Anonymity*

Anonymity merupakan masalah etika dalam keperawatan dengan cara tidak memberikan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menandakan kode pada lembar pengumpul data.³⁶ Peneliti akan menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden.⁴⁵

3. *Confidentiality*

Confidentiality berarti menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah- masalah lainnya. Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan hasil penelitian.³⁶ Peneliti akan merahasiakan segala bentuk informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal subyek dalam kuesioner untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek.⁴⁵

DAFTAR PUSTAKA

1. Yasmin Asih, Niluh Gede., Effendy, Christantie. *Keperawatan Medikal Bedah : Klien Dengan Gangguan sistem Pernapasan*. Jakarta ; EGC. 2003.
2. Djojodibroto, Darmanto. *Respirologi (respiratory medicine)*. Jakarta ; EGC. 2009.
3. Laban, yoannes Y. *TBC : penyakit dan cara pencegahannya*. Yogyakarta ; Kanisius. 2008.
4. Kementrian Kesehatan RI. *Pedoman Pelaksanaan Hari TB Sedunia*. Jakarta. 2012.
5. Kementrian Kesehatan RI. *Strategi Nasional Pengendalian TB di indonesia 2010-2014*. Jakarta. 2011.
6. Muttaqin, Arif. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta; Salemba Medika. 2008.
7. Bachtiar, Imam. *Hubungan Perilaku Dan Kondisi Lingkungan Fisik Rumah Dengan Kejadian Tb Paru Di Kota Bima Provinsi NTB*. Diakses tanggal 10 Juli 2014. repository.unhas.ac.id. 2012.
8. Darmadi. *Infeksi Nosokomial Problematika dan Pengendaliannya*. Jakarta; Salemba Medika.2008.
9. Videbeck, Shella I. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta; EGC. 2008.
10. Friedman, Marrilyn M. *Family Nursing, Theory and Practice*. Jakarta; EGC. 2003.
11. Prisilia, Melisa. *Hubungan Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Tubekulosis Paru Di Poli Paru Blu Rsup Prof. Dr. R. D Kandou Manado*. Diakses tanggal 10 Juli 2014. ejournal.unsrat.ac.id. 2012.
12. Harnilawati. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi; Pustaka As Salam. 2013.
13. Sarafino. *Health psychology: biopsychosocial Infracation*. Fifth edition. 2002.

14. Gardner, K. A., & Cutrona, C. E. *Social support communication in families*. Mahway, NJ: Erlbaum.2004.
15. Suprajitno. *Asuhan Keperawatan Keluarga: Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta; EGC. 2004.
16. Sunaryo. *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta; EGC. 2004.
17. Maulana, Heri. *Promosi Kesehatan*. Jakarta; EGC.2007.
18. Noorkasiani. *Sosiologi Keperawatan*. Jakarta; EGC. 2009.
19. Suharyo. *Determinasi Penyakit tuberkulosis di Daerah Pedesaan*. Diakses tanggal 17 juli 2014. journal.unnes.ac.id.2013.
20. Kustyana, Reni. *Perilaku Masyarakat Dalam Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan (Studi Pada Poliklinik Desa Dan Dukun Di Gunung Ibul Barat Prabumulih)*. Diakses tanggal 17 juli 2014. www.akademik.unsri.ac.id. 2012.
21. Auliya, Mufidah. *Perilaku Pasien Tuberkulosis Tipe Mdr Di Bbkpm Dan Rsud Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2013*. Diakses tanggal 18 juli 2014. repository.unhas.ac.id. 2013.
22. Hapsari, Dwi. *Pengaruh Lingkungan Sehat, Dan Perilaku Hidup Sehat Terhadap Status Kesehatan*. Diakses tanggal 18 juli 2014. ejournal.litbang.depkes.go.id. 2009.
23. Notoatmojo. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan edisi 1*. Jakarta; Rineka Cipta. 2003.
24. Somantri, Irman. *Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta; Salemba Medika. 2007.
25. Tjandra, Aditama. *Tuberkulosis: Diagnosa, Terapi, dan Masalahnya*. Jakarta; Laboratorium mikrobakteriologi RSUP persahabatan/ Who Collaborating Center for Indonesia. 2000.
26. Suryo, Joko. *Herbal Penyembuh Gangguan Sistem Pernapasan*. Yogyakarta; B first. 2010.
27. Rukmini. *Faktor – Fakor yang Berhubungan Terhadap Kejadian TB Paru Dewasa Di Indonesia (Analisis Data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010)*. Diakses pada tanggal 07 Agustus 2014. download.portalgaruda.org. 2011.

28. Chandra, Budiman, *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta; EGC. 2006.
29. Caldwell, Ernest. *Berhenti Merokok*. Yogyakarta; Pustaka Populer. 2009.
30. Soeswati, Sri. *Hubungan Kondisi Perumahan dengan penularan Penyakit ISPA dan TB Paru*. Diakses pada tanggal 07 Agustus 2014. ejournal.litbang.depkes.go.id. 2000.
31. Hera. *Analisis Hubungan Antara kondisi Ventilasi, Kepadatan Hunian, Kelembapan Udara, Suhu, dan Pencahayaan Alami Rumah Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Wilayah kerja Puskesmas Wara Utara Kota Palopo*. Diakses pada tanggal 07 Agustus 2014. fkm.unsrat.ac.id. 2013.
32. Harrison. *Prinsip-prinsip Ilmu Penyakit dalam*. Jakarta; EGC. 1999.
33. Budiarto, Eko. *Pengantar Epidemiologi*. Jakarta; EGC. 2002.
34. Setiadi. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta; Graha Ilmu. 2007.
35. Riyanto. *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta; Nuha Medika. 2010.
36. Eriyanto. *Teknik Sampling Analisis Opini Publik*. Yogyakarta; LkiS. 2007.
37. Nursalam. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Jakarta; Salemba Medika. 2008.
38. Siswanto, S & Suyanto. *Metodologi penelitian Kesehatan dan Kedokteran*. Yogyakarta; Bursa Ilmu. 2013.
39. Arikunto S. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta; Rineka Cipta. 2006.
40. Prihadi, Syaiful F. *Assessment Centre Identifikasi, Pengukuran, dan Pengembangan Kompetensi*. Jakarta; Gramedia. 2004.
41. Hidayat, A. *Metode Penelitian Keperawatan dan Tehnik Analisa Data*. Jakarta; Salemba Medika. 2007.
42. Hastono, S. *Analisa Data Kesehatan*. Jakarta; Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2007.

43. Dahlan, M.S. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta; Sagung Seto. 2011.
44. Dharma, K.K. *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil*. Jakarta; Trans Info Media. 2011.
45. Sastroasmoro, S. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta; IKAPI. 2010.
46. Juliandari, Ni Made. *Hubungan Antara Dukungan Sosial dan Coping Stres dengan Kualitas Hidup Pasien Tb Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya Tahun 2014*. Diakses pada tanggal 13 Juni 2015. <http://journal.unair.ac.id/>. 2014
47. Depkes RI. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis edisi 1*. Jakarta. 2002
48. Sedjati, Fitria. *Hubungan Antara Efikasi Diri Dan Dukungan Sosial Dengan Kebermaknaan Hidup Pada Penderita Tuberkulosis Paru Di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru (BP4) Yogyakarta*. Diakses pada tanggal 24 Agustus 2015. <download.portalgaruda.org>. 2013
49. Anggina, Linggar L. *Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kepatuhan Pasien Diabetes Mellitus Dalam Melaksanakan Program Diet Di Poli Penyakit Dalam Rsud Cibabat Cimahi*. Diakses dari <http://suaraforikes.webs.com>. 2010.
50. Setiadi. *Konsep & keperawatan keluarga*. Yogyakarta : Graha ilmu. 2008.
51. Hutapea, Tahan. *Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis*. Diakses pada tanggal 24 Agustus 2015. <jurnalrespirologi.org>. 2009.
52. Marsyanti, Sri. *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan, Status Ekonomi, dan Kebiasaan Merokok Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru Pada Orang Dewasa Di Wilayah Kerja Puskesmas Tuan-Tuan Kabupaten Ketapang Kalimantan Barat*. Diakses pada tanggal 23 maret 2015. [Download. portalgaruda.org](download.portalgaruda.org). 2011.
53. Martiana, Tri. *Analisis Risiko Penularan Tuberculosis Paru Akibat Faktor Perilaku dan Faktor Lingkungan pada Tenaga Kerja di Industri*. Diakses pada tanggal 1 Agustus 2015. <download.portalgaruda.org>. 2007

54. Resty, Juwita. *Hubungan Kinerja Pengawas Minum Obat (PMO) Dengan Keteraturan Berobat Pasien TB Paru Strategi DOTS di RSUD DR Moewardi Surakarta*. Diakses pada tanggal 20 Juni 2015. core.ac.uk/download/pdf.2010