

PERSEPSI MASYARAKAT KOTA TASIKMALAYA TENTANG PENYEBAB DAN PENCEGAHAN PENYAKIT TUBERKULOSIS

Chita Widia, SPd., SKep., MKM

Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Bakti Tunas Husada Tasikmlaya
Juni 2014

ABSTRAK

TB paru merupakan salah satu penyakit infeksi yang menjadi masalah utama kesehatan masyarakat di dunia bahkan pada tahun 2003 WHO mencanangkan TB sebagai *global emergency*. Indonesia berada di urutan ke-3 setelah Cina dan India sebagai penyumbang penderita TB di dunia dengan angka kematian akibat TB yang amat tinggi, Asia termasuk episenter epidemi TB di dunia. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui persepsi masyarakat Kota Tasikmalaya mengenai tuberculosi, penularan, factor resiko dan pencegahan tuberculosi paru. Penelitian yang dilaksanakan merupakan penelitian kualitatif, subyek penelitian adalah masyarakat kota Tasikmalaya, data dikumpulkan dengan menggunakan metode *wawancara ethnografi*. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa dari 20 responden 25% menyatakan bahwa tuberculosi paru merupakan batuk berdarah bercampur darah, 25% responden menyatakan bahwa Tuberculosi paru disebabkan oleh kuman dan bakteri, 45% responden menyebutkan bahwa tuberculosi dapat menular ketika percikan ludah atau dahak penderita tuberculosi terhirup, 70% responden menyebutkan bahwa upaya terbaik untuk menghindari penularan tuberculosi paru adalah dengan menutup mulut/hidung saat batuk/bersin dan tidak meludah disembarang tempat. Perlu dilakukan penelitian lainnya yang berkaitan dengan sikap dan perilaku masyarakat yang dapat mempengaruhi kejadian tuberculosi paru serta meningkatkan upaya promosi kesehatan.

Kata Kunci: Pengertian, Penyebab, Pencegahan Tuberkulosis Paru

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) merupakan masalah kesehatan global. Pada tahun 2012, diperkirakan 8.6 juta orang terjangkit TB dan 1.3 juta orang meninggal (termasuk 320 000 kematian pada individu dengan HIV-positif).¹

TB paru merupakan salah satu penyakit infeksi yang menjadi masalah utama kesehatan masyarakat di dunia bahkan pada tahun 2003 WHO mencanangkan TB sebagai *global emergency*. Indonesia berada di urutan ke-3 setelah Cina dan India sebagai penyumbang penderita TB di dunia dengan angka kematian akibat TB yang amat tinggi, Asia termasuk episenter epidemi TB di dunia.²

Tuberkulosis merupakan penyebab kematian nomor dua setelah penyakit jantung pembuluh darah. WHO dalam *annual report on global TB control 2003* menyatakan terdapat 22 negara dikategorikan sebagai *high burden*

countries terhadap TB termasuk Indonesia.^{2,3}

Menurut laporan WHO, estimasi *incidence rate* TB Indonesia mengalami peningkatan, pada tahun 2003 berdasarkan pemeriksaan sputum (basil tahan asam / BTA) adalah sebesar 128 per 100.000. Sedangkan pada tahun 2005 estimasi *incidence rate* TB adalah sebanyak 675 per 100.000 dan estimasi *incidence rate* TB 2012 adalah Incidence (includes HIV+TB) 460 (380–540) 185 (153–220) dan Incidence (includes HIV+TB) 460 (380–540) 185 (153–220) dan Incidence (HIV+TB only) 7.5 (5.6–9.7) 3.1 (2.3–3.9) per 1000.^{3,4}

Tuberkulosis paru adalah penyakit yang dikendalikan oleh respon imunitas yang diperantarai sel. Sel efektor adalah makrofag, dan limfosit (biasanya limfosit T) ini merupakan sel imunoresponsif. Tipe imunitas seperti ini biasanya lokal dan melibatkan makrofag yang diaktifkan di tempat infeksi oleh limfosit dan

limfokinnya. Respon ini disebut sebagai reaksi hipersensitivitas selular (lambat).^{5,6}

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi menular langsung yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman ini paling sering menyerang organ paru dengan sumber penularan adalah pasien TB BTA positif.⁷ TB Paru merupakan penyakit menular yang mengancam kesehatan masyarakat di seluruh dunia, terutama di negara-negara yang sedang berkembang.⁸ TB Paru merupakan penyebab kematian nomor tiga terbesar setelah penyakit.⁹

Indonesia dikategorikan sebagai negara “berpenghasilan menengah”. Dikatakan seperti itu karena penghasilan masyarakat Indonesia berdasarkan *Gross national Index* (GNI), yang dihitung dari nilai pasar total dari barang dan jasa yang dihasilkan oleh suatu negara dalam periode tertentu, maka penghasilan perkapita Indonesia tahun 2007 adalah \$ 1.650. Nilai ini setara dengan Rp. 1.250.000 per bulan. Jika dibandingkan dengan negara lain, maka Indonesia masuk urutan ke-142 dari 209 negara di dunia.¹⁰

Indonesia bertekad dapat mencapai *MDGs* pada 2015. Delapan tujuan *MDGs* yang harus di laksanakan oleh setiap negara yang mendeklarasikannya yaitu; 1) menanggulangi kemiskinan dan kelaparan, 2) mencapai pendidikan dasar untuk semua, 3) mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, 4) menurunkan angka kematian anak, 5) meningkatkan kesehatan ibu, 6) memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya, 7) memastikan kelestarian lingkungan hidup, dan 8) mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan. Indonesia sebagai salah satu negara yang ikut dalam mendeklarasikan tujuan *MDGs* memiliki kewajiban untuk melaksanakan upaya untuk mencapai target *MDGs* dan memonitor perkembangan kemajuan pencapaian.¹¹

Kondisi rumah dan lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan merupakan factor risiko sumber penularan penyakit TBC. Sumber penularan penyakit ini erat kaitannya dengan kondisi sanitasi

perumahan yang meliputi penyediaan air bersih dan pengolahan limbah. Faktor risiko dan lingkungan pada bangunan rumah yang dapat mempengaruhi kejadian penyakit maupun kecelakaan antara lain ventilasi, pencahayaan, kepadatan hunian, kelembaban ruangan, binatang penular penyakit, penyediaan air bersih, limbah rumah tangga, hingga penghuni dalam rumah.^{12,13}

Kondisi kesehatan lingkungan rumah berpengaruh secara tidak langsung terhadap kejadian penyakit TB paru, karena lingkungan rumah yang kurang memenuhi syarat kesehatan akan mempengaruhi jumlah atau kepadatan kuman dalam rumah tersebut, termasuk kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Hubungan penyakit tuberkulosis paru dipengaruhi oleh kebersihan udara karena rumah yang terlalu sempit (terlalubanyak penghuninya) maka ruangan akan kekurangan oksigen sehingga akan menyebabkan menurunnya daya tahan tubuh sehingga memudahkan terjadinya penyakit.¹⁴

Lingkungan dan rumah yang tidak sehat seperti pencahayaan rumah yang kurang (terutama cahaya matahari), kurangnya ventilasi rumah, kondisi ruangan yang lembab, hunian yang terlalu padat mengakibatkan kadar CO₂ di rumah meningkat. Peningkatan CO₂, sangat mendukung perkembangan bakteri. Hal ini di karenakan *Mycobacterium tuberculosis* adalah aerob obligat dan mendapatkan energi dari oksidasi banyak komponen karbon sederhana.^{15,16}

Dua puluh tahun belakangan ini, setelah WHO mendeklarasikan TB sebagai masalah kesehatan masyarakat yang emergensi, dan dijadikan progress mayor pada global target 2015 yang tercantum dalam tujuan pencapaian Millenium Development Goals (*MDGs*).¹

Upaya pencapaian *MDGs* merupakan sebuah rangkaian proses jangka panjang berkesinambungan. Hal ini bukan merupakan hal yang mudah, terutama pada saat Indonesia masih berada pada masa transisi memulihkan diri dari krisis multidimensional yang diawali dengan krisis ekonomi-moneter pada tahun 1997, menuju pemerintahan yang lebih demokratis dan melaksanakan reformasi di hampir seluruh bidang

kehidupan. Hal ini membutuhkan kerjasama dari semua lapisan masyarakat mulai dari pemerintah, masyarakat, dunia usaha, dunia politik, dan institusi akademis.¹²

Serangan penyakit [Tuberculosis-Multidrug Resistant Tuberculosis](#) (TBMDR) yang kebal dari pengobatan, mengalami kenaikan di Kota Tasikmalaya. Pada awal tahun 2012 hanya tercatat empat orang. Hingga Mei 2013, jumlah penderita TBMDR di Tasikmalaya melonjak menjadi 10 orang, satu di antaranya meninggal. Data yang dihimpun dari kantor Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota Tasikmalaya, Selasa (21/5/2013), menyebutkan sejauh ini ada sekitar 115 warga Kota Tasikmalaya yang suspect TBMDR. Setelah dilakukan pemeriksaan di Balai Laboratorium Kesehatan Dinkes Jabar, jumlah yang positif TBMDR tercatat hanya 10 orang.

1.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas, selanjutnya rumusan masalah yang akan diteliti adalah:

1. Bagaimana persepsi masyarakat kota Tasikmalaya mengenai tuberkulosis?
2. Bagaimana persepsi masyarakat kota Tasikmalaya mengenai penularan tuberkulosis?
3. Bagaimana persepsi masyarakat kota Tasikmalaya mengenai faktor resiko yang dapat menyebabkan tuberkulosis?
4. Bagaimana persepsi masyarakat kota Tasikmalaya mengenai pencegahan tuberkulosis?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Mengetahui persepsi masyarakat Kota Tasikmalaya mengenai tuberkulosis
2. Mengetahui persepsi masyarakat Kota Tasikmalaya mengenai penularan tuberkulosis
3. Mengetahui persepsi masyarakat Kota Tasikmalaya mengenai faktor resiko yang dapat menyebabkan tuberkulosis
4. Mengetahui persepsi masyarakat Kota Tasikmalaya mengenai pencegahan tuberkulosis

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoretis

Hasil penelitian ini digunakan sebagai pedoman untuk memberikan fokus penyuluhan terbaik yang akan diberikan kepada masyarakat dalam rangka pencegahan tuberkulosis.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Pemerintah

Sebagai masukan bagi pemerintah Kota Tasikmalaya untuk mengevaluasi kegiatan pelaksanaan promosi kesehatan bagi masyarakatnya sebagai upaya untuk mengurangi jumlah penderita TB.

b. Bagi Peneliti

Untuk memperluas wawasan tentang strategi pemerintah dalam mengentaskan dan mengurangi jumlah penderita TB di Kota Tasikmalaya, dan sebagai bentuk pelaksanaan tri dharma perguruan tinggi yaitu penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

c. Bagi STIKes Bakti Tunas Husada Tasikmalaya

Untuk menambah koleksi hasil-hasil penelitian, khususnya yang menyangkut keperawatan komunitas yang berkaitan dengan penyakit yang menjadi trend topik.

SUBJEK DAN METODA PENELITIAN

3.1 Subjek Penelitian

Untuk menentukan subyek penelitian supaya dapat menjangkau informasi yang memadai agar dapat menemukan suatu model persepsi masyarakat, maka semua informasi akan digali langsung dari masyarakat kota Tasikmalaya, dengan menggunakan metode *wawancara etnografi*. Dengan cara sebagai berikut: setelah syarat administrative terpenuhi untuk melakukan penelitian, peneliti akan menghubungi *informan* untuk menggali data. Perubahan selama ada di lapangan sangat dimungkinkan selaras dengan perkembangan permasalahan yang terjadi.

3.2 Metoda Penelitian

3.2.1 Rancangan Penelitian

Untuk memudahkan memasuki setting penelitian, maka peneliti mula-mula akan berkenalan secara umum selanjutnya kepada calon subyek

penelitian akan diadakan pendekatan secara pribadi melalui. Setelah kehadiran peneliti dirasa telah diterima dengan baik, barulah akan memulai mengumpulkan data yang diperlukan, tentunya dengan tetap membina hubungan baik yang telah terjalin.

3.2.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik yang digunakan dalam mengumpulkan data pada penelitian ini adalah: teknik utama digunakan *indepth interview*, sebagai pendukung digunakan observasi dan analisis dokumen. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Maret sampai dengan April 2014.

3.2.3 Analisis Data

Pola analisis data yang akan digunakan adalah etnografik, yaitu dari catatan lapangan (*field note*) kemudian akan dilakukan pengkodean, kategorisasi atau klasifikasi kemudian disusun secara sistematis dan selanjutnya akan disusun tema-tema berdasarkan hasil analisis data tersebut. Sebagai bahan pijakan sekaligus pisau analisis bila perlu digunakan teori-teori yang relevan dan hasil penelitian terdahulu yang mendukung.

3.2.4 Keabsahan Data

Untuk menghindari kesalahan data yang akan di analisis, maka keabsahan data perlu diuji dengan beberapa cara sebagai berikut:

1. Pengumpulan data secara terus menerus pada subyek penelitian yang sama.
2. Triangulasi pada sumber lain yang dapat dipertanggungjawabkan, dan bila perlu
3. Pengecekan oleh subyek penelitian.

3.2.5 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat dan waktu penelitian dilaksanakan sebagai berikut:

- 1) Lokasi penelitian: Wilayah Kota Tasikmalaya.
- 2) Bulan Maret sampai dengan bulan Mei 2014.
- 3) Alasan pemilihan tempat penelitian:
 - (1) Merupakan tempat penulis bekerja, tidak semua ruangan memiliki fasilitas yang memberikan kenyamanan pada saat bekerja. Kondisi ini akan mengakibatkan berbagai keluhan ketidaknyamanan dari karyawan.

- (2) Pengambilan sampel mudah,
- (3) Jarak terjangkau.

4) Jadwal Penelitian

Jadwal penelitian dimulai sejak dimulai sejak dibuat *draft* usulan penelitian hingga sidang akhir terlampir pada lampiran 1.

3.3 Implikasi/Aspek Etik Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif observasional, peneliti melakukan identifikasi dan menganalisis variabel. Pengidentifikasian yang dilakukan bukan tindakan *invasive* dan tidak menimbulkan risiko fisik terhadap informan. Adanya ketidaknyamanan informan mungkin dapat disebabkan pengisian kuesioner dan wawancara. Pertanyaan dalam kuesioner dan wawancara dimungkinkan ada yang dapat menyinggung responden.

Beberapa aspek yang dipenuhi adalah:

- 1) *Respect for Person* (menghormati harkat dan martabat manusia). Penelitian dimulai dengan menjelaskan tentang tujuan penelitian, alasan subjek terpilih dalam penelitian, tatacara penelitian, ketidaknyamanan, manfaat, kerahasiaan data, kesukarelaan subjek dan persetujuan subjek dalam penelitian ini tanpa paksaan. Subjek dapat mengundurkan diri setiap saat apabila tidak berkenan melanjutkan keterlibatannya dalam penelitian ini.
- 2) *Beneficence and non maleficence* (memenuhi persyaratan ilmiah, bermanfaat dan tidak merugikan). Mengidentifikasi beragam persepsi masyarakat Kota Tasikmalaya mengenai penyakit TB, penularan dan cara pencegahannya sehingga dapat menemukan metoda yang lebih efektif untuk melakukan promosi kesehatan yang berkaitan dengan TB yang pada akhirnya diharapkan dapat mengurangi jumlah penderita TB di Kota Tasikmalaya sebagai bentuk tercapainya *Millenium Development Goals* 2015.
- 3) *Justice* (keadilan). Subjek penelitian diperlakukan sama dalam penelitian ini, dari mulai pemberian informasi dan pengamatan. Sebelum melakukan penelitian responden terlebih dahulu memberikan persetujuan atas keterlibatannya dalam penelitian ini

dalam bentuk *informed consent* yang ditandatangani oleh responden. Responden berhak untuk ikut atau menolak penelitian ini.

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Lokasi dan Subjek Penelitian

1) Lokasi Penelitian

Undang-undang Nomor 10 Tahun 2001 tentang Pembentukan Kota Tasikmalaya, telah mengantarkan Pemerintah Kota Administratif Tasikmalaya melewati pintu gerbang Daerah Otonomi Kota Tasikmalaya untuk menjadi daerah yang mempunyai kewenangan untuk mengatur rumah tangga sendiri. 17 Oktober 2001 melalui Undang-undang Nomor 10 Tahun 2001, Kota Tasikmalaya diresmikan oleh Menteri Dalam Negeri atas nama Presiden RI di Jakarta

Pembentukan Pemerintah Kota Tasikmalaya tak lepas dari peran serta semua pihak maupun berbagai stakeholder di daerah Kota Tasikmalaya yang mendukung pembentukan tersebut. Pembentukan Kota Tasikmalaya harus ditindak lanjuti dengan menyediakan berbagai prasarana maupun sarana guna menunjang penyelenggaraan Pemerintah Kota Tasikmalaya.

Wilayah Kota Tasikmalaya terdiri dari 8 Kecamatan dengan jumlah Kelurahan sebanyak 15 dan Desa sebanyak 54, tetapi dalam perjalanannya melalui Perda No. 30 Tahun 2003 tentang perubahan status Desa menjadi Kelurahan, desa-desa dilingkungan Pemerintah Kota

Tasikmalaya berubah statusnya menjadi Kelurahan, oleh karena itu maka jumlah kelurahan menjadi sebanyak 69 kelurahan, sedangkan kedelapan kecamatan tersebut antara lain :

- Kecamatan Tawang
- Kecamatan Cihideung
- Kecamatan Cipedes
- Kecamatan Indihiang
- Kecamatan Kawalu
- Kecamatan Cibeureum
- Kecamatan Mangkubumi
- Kecamatan Tamansari

Visi Kota Tasikmalaya adalah dengan berlandaskan Iman dan Taqwa, Kota Tasikmalaya menjadi pusat perdagangan dan industri termaju di Priangan Timur tahun 2012

Misi Kota Tasikmalaya adalah

- Meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia yang beriman dan bertaqwa
- Meningkatkan kesadaran hukum dan menegakkan supremasi hukum
- Menumbuhkan kekuatan ekonomi kota
- Mengembangkan partisipasi masyarakat dalam pembangunan kota
- Mengelola Sumber Daya Alam dan Lingkungan Hidup secara berkelanjutan
- Mengoptimalkan dan membangun sarana dan prasarana kota

2) Subjek Penelitian

Subjek pada penelitian ini adalah 20 orang warga Kota Tasikmalaya berusia 30-45 tahun berpendidikan SMA dan Sarjana Strata 1.

4.1.2 Analisis Hasil Penelitian

- Distribusi frekwensi pendapat responden mengenai pengertian tuberculosis paru, dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Maksud Tuberkulosis paru menurut 20 responden

Pengertian	N	Persentase
Batuk berdahak bercampur darah	5	25%
Penyakit batuk akibat merokok	12	60%
Batuk dengan gatal di tenggorokan	3	15%
Total	20	100%

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa responden sebanyak 5 orang (25%) menyatakan bahwa tuberculosis paru merupakan batuk berdahak bercampur

darah, responden sebanyak 12 orang (60%) menyatakan bahwa tuberculosis paru merupakan penyakit akibat merokok dan responden sebanyak 3

- orang (15%) menyatakan bahwa batuk dengan gatal di tenggorokan. tuberculosis paru merupakan penyakit
- 2) Distribusi frekwensi pendapat responden mengenai penyebab tuberculosis paru, dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4.2 Pendapat Mengenai Penyebab Tuberkulosis Paru

Penyebab	N	Persentase
Kuman dan Bakteri	5	25%
Debu, asap dan udara kotor	14	70%
Guna-guna	1	5%
Total	20	100%

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa seluruh responden sebanyak 5 orang (25%) menyatakan bahwa Tuberkulosis paru disebabkan oleh kuman dan bakteri, 15 orang (70%) menyatakan bahwa Tuberkulosis paru disebabkan oleh debu, asap dan udara kotor serta 1 orang (5%) menyatakan bahwa Tuberkulosis paru disebabkan oleh guna-guna.

- 3) Distribusi frekwensi pendapat responden mengenai cara penularan tuberculosis paru dapat dilihat pada table 4.3

Tabel 4.3 Cara penularan tuberculosis paru

Cara	N	Persentase
Percikan ludah atau dahak penderita tuberculosis terhirup	9	45%
Bicara berhadap-hadapan dengan penderita tuberculosis	9	45%
Sudah ada sejak dalam kandungan	2	10%
Total	20	100%

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa 9 (45%) responden menyebutkan bahwa tuberculosis dapat menular ketika Percikan ludah atau dahak penderita tuberculosis terhirup, 9 (45%) responden menyebutkan bahwa tuberculosis dapat menular ketika Bicara berhadap-hadapan dengan penderita tuberculosis dan 2 (10%) responden menyebutkan bahwa tuberculosis paru sudah didapat ketika masih berada dalam kandungan.

- 4) Distribusi frekwensi pendapat responden mengenai media penularan tuberculosis paru dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4 Media penularan tuberculosis paru

Media	N	Persentase
Udara	14	70%
Pakaian	1	5%
Makanan/minuman	5	25%
Total	20	100%

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa 14 responden (70%) menyebutkan bahwa tuberculosis paru ditularkan melalui udara, 1 (5%) responden menyebutkan bahwa tuberculosis paru ditularkan melalui pakaian dan 5 (25%) responden menyebutkan bahwa tuberculosis paru ditularkan melalui makanan/minuman.

- 5) Distribusi frekwensi pendapat responden mengenai media tanda dan gejala tuberculosis paru dapat dilihat pada tabel 4.5

Tabel 4.5 Tanda dan Gejala Tuberculosis Paru

Tanda dan Gejala	N	Persentase
Batuk berdahak lebih dari 3 minggu, bercampur darah, sesak nafas, nyeri dada, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan turun, berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan dan demam lebih dari satu bulan	11	55%
Batuk disertai demam	5	25%
Batuk dengan gatal di tenggorokan	4	20%
Total	20	100%

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa 11 responden (55%) menyebutkan bahwa tanda dan gejala tuberculosis paru adalah batuk berdahak lebih dari 3 minggu, bercampur darah, sesak nafas, nyeri dada, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan turun, berkeringat malam walaupun tanpa

kegiatan dan demam lebih dari satu bulan, 5 responden (25%) menyebutkan bahwa tanda dan gejala tuberculosis paru adalah batuk disertai demam dan 4 responden (20%) menyebutkan bahwa tanda dan gejala tuberculosis paru adalah batuk dengan gatal di tenggorokan.

- 6) Distribusi frekwensi pendapat responden mengenai upaya terbaik menghindari penularan tuberculosis paru dapat dilihat pada tabel 4.6

Tabel 4.6 Upaya Terbaik Menghindari Penularan Tuberculosis Paru

Upaya	N	Persentase
Menutup mulut/hidung saat batuk/bersin dan tidak meludah disembarang tempat.	14	70%
Tidak meludah di sembarang tempat	5	25%
Tidak menutup mulut/hidung saat batuk/bersin dan meludah disembarang tempat.	1	5%
Total	20	100%

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa 14 responden (70%) menyebutkan bahwa upaya terbaik untuk menghindari penularan tuberculosis paru ditularkan adalah dengan menutup mulut/hidung saat batuk/bersin dan tidak meludah disembarang tempat, 5 responden (25%) menyebutkan bahwa upaya terbaik untuk menghindari penularan

tuberculosis paru adalah dengan tidak meludah sembarangan dan 1 responden (5%) menyebutkan bahwa upaya terbaik untuk menghindari penularan tuberculosis paru adalah dengan tidak menutup mulut/hidung saat batuk/bersin dan meludah disembarang tempat.

- 7) Distribusi frekwensi pendapat responden mengenai fungsi ventilasi dapat dilihat pada tabel 4.7

Tabel 4.7 Pendapat Mengenai Fungsi Ventilasi

Fungsi	N	Persentase
Tempat masuknya udara segar sehingga ruangan tidak pengap	9	45%
Agar ruangan tidak bau	9	45%
Sebagai hiasan	2	10%
Total	20	100%

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa 9 responden (45%) menyebutkan bahwa ventilasi berfungsi untuk masuknya udara segar sehingga ruangan tidak pengap, 9 responden (45%)

menyebutkan bahwa ventilasi berfungsi agar ruangan tidak bau, 2 responden (10%) menyebutkan bahwa ventilasi berfungsi sebagai hiasan.

- 7) Distribusi frekwensi pendapat responden mengenai manfaat sinar matahari pagi terhadap rumah dapat dilihat pada tabel 4.8

Tabel 4.8 Pendapat Responden Mengenai Manfaat Sinar Matahari Pagi terhadap Rumah

Manfaat	N	Persentase
Mematikan bakteri dan mikroorganisme lain yang terdapat dilingkungan dan dapat menghambat perkembang biakan kuman tuberkulosis dan kuman penyakit lainnya.	10	50%
Untuk penerangan.	9	45%
Tidak ada manfaatnya.	1	5%
Total	20	100 %

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa 10 responden (50%) menyebutkan bahwa manfaat sinar matahari pagi terhadap rumah adalah mematikan bakteri dan mikroorganisme lain yang terdapat dilingkungan dan dapat menghambat perkembang biakan kuman tuberkulosis dan kuman penyakit

lainnya, 9 responden (45%) menyebutkan bahwa manfaat sinar matahari terhadap rumah adalah untuk penerangan, 1 responden (5%) menyebutkan bahwa manfaat sinar matahari terhadap rumah adalah tidak ada manfaatnya.

- 8) Distribusi frekwensi pendapat responden mengenai imunisasi untuk pencegahan tuberkulosis paru dapat dilihat pada tabel 4.9

Tabel 4.9 Upaya Terbaik Menghindari Penularan Tuberculosis Paru

Jenis Imunisasi	N	Persentase
BCG	12	60%
Imunisasi apa saja	6	30%
Tidak bisa dicegah dengan imunisasi	2	10%
Total	20	100%

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa 12 responden (60%) menyebutkan bahwa tuberculosi paru dapat dicegah dengan imunisasi BCG, 6 responden (30%) menyebutkan bahwa

tuberculosis paru dapat dicegah dengan imunisasi apa saja dan 2 responden (10%) menyebutkan bahwa tuberculosi paru tidak dapat dicegah dengan imunisasi.

- 9) Distribusi frekwensi pendapat responden mengenai upaya penyembuhan tuberculosi paru dapat dilihat pada tabel 4.10

Tabel 4.10 Pendapat Upaya Penyembuhan Tuberculosis Paru

Upaya	N	Persentase
Pengobatan teratur disertai dengan perbaikan lingkungan dan perubahan perilaku	15	75%
Berobat kalau ada waktu	3	15%
Dibiarkan saja	2	20%
Total	20	100%

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa 15 responden (75%) menyebutkan bahwa tuberculosis paru dapat disembuhkan melalui Pengobatan teratur disertai dengan perbaikan lingkungan dan perubahan perilaku, 3 responden

(15%) menyebutkan bahwa tuberculosis paru dapat disembuhkan apabila berobat kalau ada waktu dan 2 responden (20%) menyebutkan bahwa tuberculosis paru dapat disembuhkan apabila dibiarkan saja.

4.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini mempunyai keterbatasan-keterbatasan yang mungkin dapat mempengaruhi hasil penelitian, diantaranya adalah :

- 1) Penelitian ini hanya meneliti persepsi masyarakat mengenai tuberculosis paru, sehingga perlu diteliti lebih lanjut hal yang berkaitan dengan sikap dan perilaku yang dapat menyebabkan meningkatnya jumlah penderita tuberculosis paru di Kota Tasikmalaya.
- 2) Penelitian ini hanya dilakukan pada 20 orang responden saja sehingga belum dapat mewakili seluruh warga Kota Tasikmalaya.

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa dari 20 responden 25% menyatakan bahwa tuberculosis paru merupakan batuk berdahak bercampur darah, 60% menyatakan bahwa tuberculosis paru merupakan penyakit akibat merokok dan 15% menyatakan bahwa tuberculosis paru merupakan penyakit batuk dengan gatal di tenggorokan.

25% responden menyatakan bahwa Tuberkulosis paru disebabkan oleh kuman dan bakteri, 70% menyatakan bahwa Tuberkulosis paru disebabkan oleh debu, asap dan udara kotor serta 25% menyatakan bahwa Tuberkulosis paru disebabkan oleh guna-guna.

45% responden menyebutkan bahwa tuberculosis dapat menular ketika percikan ludah atau dahak penderita tuberculosis terhirup, 45% menyebutkan bahwa tuberculosis dapat menular ketika bicara berhadapan-hadapan dengan penderita tuberculosis dan 10% menyebutkan bahwa tuberculosis paru sudah didapat ketika masih berada dalam kandungan.

55% responden menyebutkan bahwa tanda dan gejala tuberculosis paru adalah batuk berdahak lebih dari 3 minggu, bercampur

darah, sesak nafas, nyeri dada, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan turun, berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan dan demam lebih dari satu bulan, 25% menyebutkan bahwa tanda dan gejala tuberculosis paru adalah batuk disertai demam dan 20% menyebutkan bahwa tanda dan gejala tuberculosis paru adalah batuk dengan gatal di tenggorokan. 70% responden menyebutkan bahwa upaya terbaik untuk menghindari penularan tuberculosis paru ditularkan adalah dengan menutup mulut/hidung saat batuk/bersin dan tidak meludah disembarang tempat, 25% menyebutkan bahwa upaya terbaik untuk menghindari penularan tuberculosis paru adalah dengan tidak meludah sembarangan dan 5% menyebutkan bahwa upaya terbaik untuk menghindari penularan tuberculosis paru adalah dengan tidak menutup mulut/hidung saat batuk/bersin dan meludah disembarang tempat.

5.2 Saran

Dengan adanya penelitian ini diharapkan:

1. Dilakukan penelitian lanjutan untuk meneliti variabel lain yang berkaitan dengan tuberculosis paru.
2. Dilakukan penelitian lainnya yang berkaitan dengan sikap dan perilaku masyarakat yang dapat mempengaruhi kejadian tuberculosis paru.
3. Meningkatkan upaya promosi kesehatan dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat sebagai upaya peningkatan pengetahuan dan perbaikan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Eksekutif Summary GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2013. WHO/HTM/T/2013
2. Mangunegoro, Hadiarto. 2001. *Respirologi Masa Kini dan Masa Mendatang, dalam Temu Ilmiah Respirologi*. Solo, FKUNS.

3. Who. Indonesia Report TB 2012 Data: www.who.int/tb/data
4. Firdiana P. 2008. *Hubungan antara luas ventilasi dan pencahayaan rumah dengan kejadian tuberculosis paru anak di wilayah kerja puskesmas Kedungmundu Kecamatan Tembalang Semarang tahun 2007*. Jurnal kesehatan masyarakat volume 3/ no 2/ januari – juni 2008.
5. Price, et al. 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi ke-6. Jakarta: EGC,
6. Jewets. , Melnick., & Alberg. 2004. *Mikrobiologi Kedokteran*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
7. *Lismarmi. TB Paru* (online). 2004 [updated 2004; cited 2012 22 Maret]; Available from: <http://www.adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=gdlhub-gdl-s1-2008-rahdumiokt-7068&PHPSESSID=19ae0830dae0b9858e02dd754109bf78>.
8. Depkes RI. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. In: Depkes RI, editor. Jakarta: Depkes RI; 2008. p. 1-72.
9. WHO. *Global Tuberculosis Control*. 2011 [updated 2011; cited 2012 22 Maret]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf
10. WHO. *Global Tuberculosis Control* page 16 (online). 2011 [updated 2011; cited 2012 22 Maret]; 16]. Available from [Http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf)
11. UNDP,2008 Indicators table 2008, Human Development Indices [http://hdr.undp.org/en/Statistics/ data/hdi/2008](http://hdr.undp.org/en/Statistics/data/hdi/2008)
12. Afrina Sari. *TRATEGI DAN INOVASI PENCAPAIAN MDGs 2015 DI INDONESIA* . dari : fisip201236
13. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2005. *Pedoman Teknik Penyehatan Perumahan*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI – Direktorat Jendral PPM&PL.
14. Notoatmojo S. 2007. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta PT Rineka Cipta.
15. Entjang, I. 2003. *Mikrobiologi dan Parasitologi untuk Akademi Keperawatan dan Sekolah Tenaga Kesehatan yang Sederajat*. CitraAditya Bakti. Bandung”
16. Widoyono. 2005. *Penyakit Tropi Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Jakarta : Erlangga.
17. Suzzane C smeltzer 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedahh Brunner & suddart vol 1* edisi 8, Jakarta:EGC
18. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2012, *Petunjuk Teknis Tata Laksana Klinis Ko-Infeksi TB-HIV: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*
19. [Id.wikipedia.org/wiki/Kota Tasikmalaya](http://id.wikipedia.org/wiki/Kota_Tasikmalaya), diunduh 31 Januari 2014
20. tasikmalayakota.go.id/.../BAB4ANALISISISU%STRATEGIS. Pdf ANALISIS ISU-ISU STRATEGIS
21. www.tribunnews.com > [Regional](#) > [Jawa & Bali](#) 23 Mei 2013
22. Ahmad Watik Pratiknya. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Rajawali; 1986.
23. Ibnu Fajar. *Statistika Untuk Praktisi Kesehatan* , Yogyakarta: Graha Ilmu; 2009.
24. Sutanto Priyo Hastono. *Analisis Data*, Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia;2001
25. John W Creswell. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches: 3 rd edition*. Los Angeles: Sage; 2009
26. jabarprov.go.id/index.php/pages/id/1065: Kota Tasikmalaya, diunduh 13 Mei 2014.