

**PENGARUH PELATIHAN KADER TUBERKULOSIS PARU TERHADAP  
TINGKAT PENGETAHUAN PELAKSANA *SCREENING*  
TUBERKULOSIS PARU**

**SKRIPSI**



Oleh :

**YULIA PUSPITA  
NIM : B21743421601**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2019**

**PENGARUH PELATIHAN KADER TUBERKULOSIS PARU TERHADAP  
TINGKAT PENGETAHUAN PELAKSANA *SCREENING*  
TUBERKULOSIS PARU**

**SKRIPSI**

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi S.1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada  
Samarinda



**Oleh :**  
**YULIA PUSPITA**  
**NIM : B21743421601**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA  
2019**

HALAMAN PENGESAHAN

PENGARUH PELATIHAN KADER TUBERKULOSIS PARU DENGAN TINGKAT  
PENGETAHUAN PELAKSANA *SCREENING* TUBERKULOSIS PARU

SKRIPSI

Disusun Oleh:

YULIA PUSPITA


NIM. B21743421601

Telah dipertahankan di depan dewan penguji  
Pada Tanggal 29 Juli 2019


SUSUNAN DEWAN PENGUJI

- 
1. Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep (.....)  
NIK. 113072.74.13.045
  2. Ns. Desy Ayu Wardani, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.Mat (.....)  
NIK. 113072.90.15.079
  3. Ns. Wahyu Dewi Sulistvarini, S.Kep., M.S (.....)  
NIK. 113072.88.17.096
  4. Ns. Siti Mukaromah, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.Kom (.....)  
NIK. 113072.82.09.024

Mengetahui,

Ketua  
STIKES Wiyata Husada Samarinda  
  
Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep  
NIK : 113072.74.13.045

Ketua Program Studi  
Ilmu Keperawatan  
STIKES Wiyata Husada Samarinda

  
Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep  
NIK : 113072.86.14.071

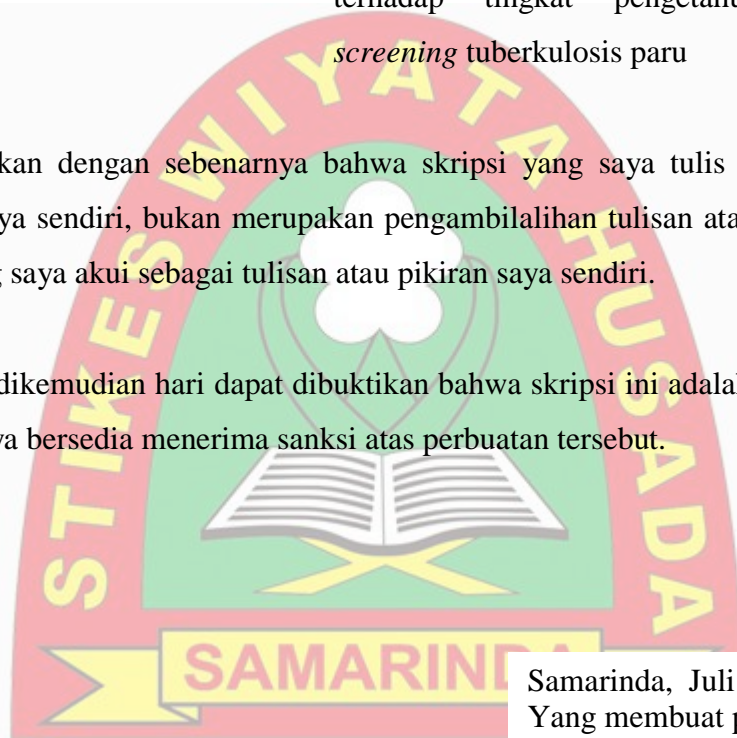
## LEMBAR PERNYATAAN PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yulia Puspita  
NIM : B21743421601  
Program Studi : Ilmu Keperawatan S1 Keperawatan STIKES  
Wiyata Husada Samarinda  
Judul Penelitian : Pengaruh pelatihan kader tuberkulosis paru  
terhadap tingkat pengetahuan pelaksana  
*screening* tuberkulosis paru

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.



Samarinda, Juli 2019  
Yang membuat pernyataan,

Yulia Puspita  
NIM. B21743421601

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat rahmat serta karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh pelatihan kader tuberkulosis paru terhadap tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru”.

Penyusunan skripsi merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda. Dalam penyusunan skripsi ini, peneliti banyak mengalami hambatan dan kesulitan, namun berkat bimbingan, pengarahan dan bantuan berbagai pihak akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada :

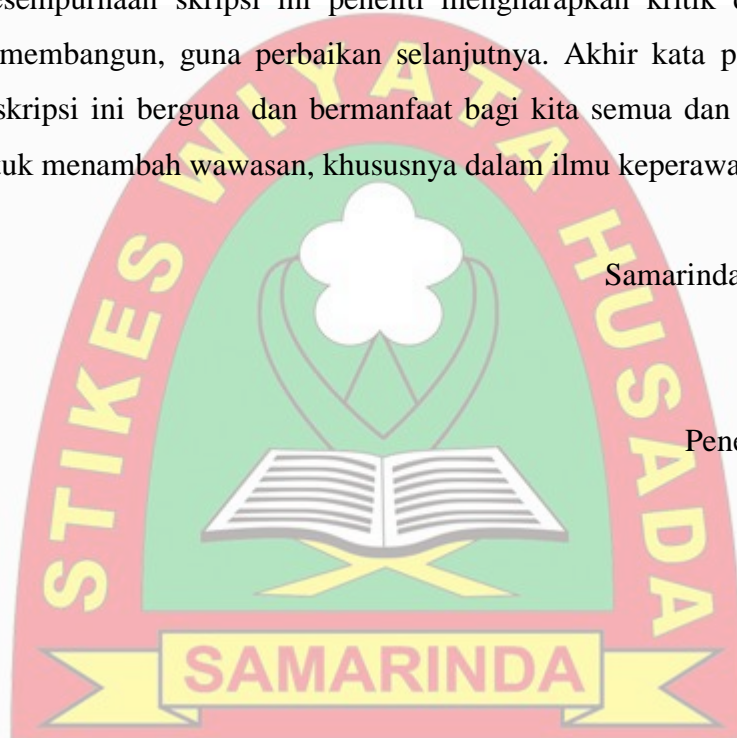
1. Bapak H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda dan sekaligus Penguji I yang memberikan saran terhadap kebaikan skripsi ini.
3. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
4. Ibu Ns. Wahyu Dewi S, M.S selaku dosen Pembimbing I sekaligus Penguji II yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
5. Ibu Ns. Siti Mukaromah, M.Kep selaku Pembimbing II sekaligus Penguji III yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
6. Penguji yang berkenan memberikan saran dalam perbaikan skripsi ini.
7. Kepala Puskesmas Samboja Dr. H. Yazid Mochammad Nur, atas kesempatan yang telah diberikan untuk memberikan izin tempat penelitian.
8. Dosen dan Staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang telah mendidik dan memberikan ilmu serta membimbing peneliti selama diperkuliahan.

9. Keluarga yang telah banyak memberikan motivasi, dukungan moril maupun materil yang tak ternilai harganya serta do'a dan kasih sayangnya selama ini kepada peneliti.
10. Seluruh rekan-rekan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan bantuan, dukungan dan saran serta kritiknya dalam penelitian skripsi ini.
11. Kepada semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan yang telah diberikan. Demi kesempurnaan skripsi ini peneliti mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun, guna perbaikan selanjutnya. Akhir kata peneliti berharap semoga skripsi ini berguna dan bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan saran untuk menambah wawasan, khususnya dalam ilmu keperawatan.

Samarinda, Juli 2019

Peneliti



## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yulia Puspita  
NIM : B21743421601  
Program Studi : Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada  
Samarinda

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengaruh pelatihan kader tuberkulosis paru terhadap tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasi tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai peneliti dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, Juli 2019  
Yang membuat pernyataan,

Yulia Puspita  
NIM. B21743421601

## ABSTRAK

### PENGARUH PELATIHAN KADER TUBERKULOSIS PARU TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN PELAKSANA *SCREENING* TUBERKULOSIS PARU

Yulia Puspita<sup>1</sup>, Wahyu Dewi S<sup>2</sup>, Siti Mukaromah<sup>3</sup>

**Latar Belakang** : Penemuan penderita tuberkulosis paru secara aktif di masyarakat menitik beratkan pada pengetahuan kader. Karena kader sebagai perpanjangan tangan dari keterbatasannya petugas puskesmas. Jumlah angka penemuan kasus tuberkulosis paru di Wilayah Kabupaten Kutai Kartanegara itu sendiri, yaitu tahun 2018 belum mencapai target nasional yaitu hanya sebesar 83,8%. Angka penemuan kasus tuberkulosis paru di Puskesmas Samboja sekitar 43% atau 15 kasus pada tahun yang sama.

**Tujuan** : Untuk menganalisis pengaruh pelatihan kader tuberkulosis paru terhadap tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru.

**Metode** : Rancangan penelitian yang di gunakan adalah *quasi experimental* dan pendekatan penelitian *one group pre test and post test design*. Responden penelitian ini kader dengan masa kerja < 1 tahun dan belum pernah mengikuti pelatihan di wilayah kerja Puskesmas Samboja berjumlah 131 kader. Analisis data menggunakan *wilcoxon test*.

**Hasil Penelitian** : Hasil analisis Skor rata-rata pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum dan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru yaitu dengan beda *median* sebesar 20 dengan nilai *z* hitung 9,248 dan nilai *p value* 0,000.

**Simpulan** : Tingkat pengetahuan pelaksanaan *screening* tuberkulosis paru memiliki peningkatan pengetahuan yang signifikan setelah dilakukan pelatihan kader tuberkulosis paru, oleh karena itu pihak puskesmas dapat menindaklanjuti secara berkesinambungan atau terprogram.

**Kata Kunci** : Pelatihan Kader, Pengetahuan Pelaksana *Screening*, Tuberkulosis Paru.

## ABSTRACT

### EFFECT OF TRAINING OF PULMONARY TUBERCULOSIS CADER ON THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF THE IMPLEMENTATION OF PULMONARY TUBERCULOSIS SCREENING

Yulia Puspita<sup>4</sup>, Wahyu Dewi S<sup>2</sup>, Siti Mukaromah<sup>3</sup>

**Background:** The discovery of patients with pulmonary tuberculosis actively in the community focuses on the knowledge of cadres. Because cadres are an extension of the limitations of the puskesmas officers. The number of cases of pulmonary tuberculosis cases in the Kutai Kartanegara Regency region itself, namely 2018 has not yet reached the national target of only 83.8%. The number of cases of pulmonary tuberculosis in Samboja Puskesmas is around 43% or 15 cases in the same year.

**Objective:** To analyze the effect of training of cadres of pulmonary tuberculosis on the level of knowledge of the implementers of screening for pulmonary tuberculosis.

**Method:** The research design used was quasi-experimental and one group pre-test and post-test design research approach. The respondents of this study were cadres with a working period of <1 year and had never attended training in the Samboja Puskesmas working area totaling 131 cadres. Data analysis using Wilcoxon test.

**Results:** Analysis results The average score of knowledge of implementing pulmonary tuberculosis screening before and after training for cadres of pulmonary tuberculosis was a median difference of 20 with a calculated z value of 9.28 and p value 0,000.

**Conclusion:** The level of knowledge in the implementation of pulmonary tuberculosis screening has a significant increase in knowledge after training on lung pulmonary tuberculosis, therefore the puskesmas can follow up on a continuous or programmed basis.

**Keywords:** Cadre Training, Knowledge of Screening Organizers, Lung Tuberculosis.

## DAFTAR ISI

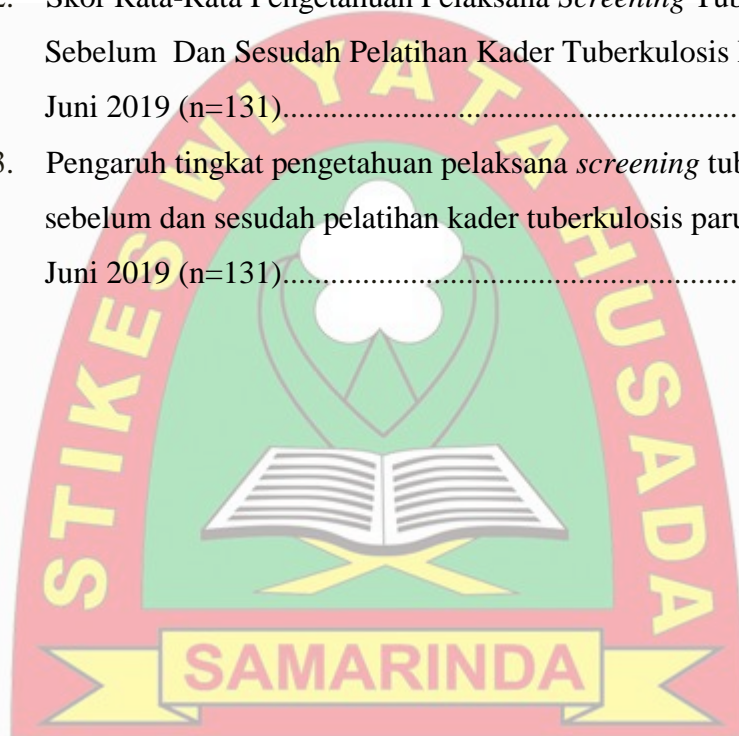
	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN</b> .....	iii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iv
<b>LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	vi
<b>ABSTRAK</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xi
<b>DAFTAR SKEMA</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5
E. Penelitian Terkait .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Telaah Pustaka .....	8
1. Pelatihan Kader TB Paru .....	8
2. Pengetahuan Kader Tuberkulosis Paru .....	12
3. Teori Keperawatan .....	16
B. Kerangka Teori Penelitian .....	19
C. Kerangka Konsep Penelitian .....	20
D. Hipotesis .....	20
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis dan Rancangan Penelitian .....	21
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	22
C. Populasi dan Sampel .....	22
D. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional .....	23
E. Alat Pengumpulan Data dan Pengolahan Data .....	24
F. Uji Instrumen .....	28
G. Teknik Analisis Data .....	29
H. Etika Penelitian .....	31

I. Alur Penelitian.....	33
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian.....	34
B. Pembahasan.....	39
C. Keterbatasan Penelitian.....	44
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan.....	46
B. Saran.....	46
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>47</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>50</b>



## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 3.1. Desain Penelitian Ekperimen Semu.....	21
Tabel 3.2. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional.....	23
Tabel 3.3. Uji Normalitas Skor Pre Test dan Post Test Pada Responden di wilayah kerja Puskesmas Samboja.....	29
Tabel 4.1. Karakteristik Usia Pada Responden di wilayah kerja Puskesmas Samboja, Juni 2019 (n=131).....	37
Tabel 4.2. Skor Rata-Rata Pengetahuan Pelaksana <i>Screening</i> Tuberkulosis Paru Sebelum Dan Sesudah Pelatihan Kader Tuberkulosis Paru, Juni 2019 (n=131).....	38
Tabel 4.3. Pengaruh tingkat pengetahuan pelaksana <i>screening</i> tuberkulosis paru sebelum dan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru, Juni 2019 (n=131).....	38



## DAFTAR SKEMA

	<b>Halaman</b>
Skema 2.1. Kerangka Teori Keperawatan .....	18
Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian .....	19
Skema 2.3. Kerangka Konsep Penelitian.....	20
Skema 3.1. Alur Penelitian.....	34



## DAFTAR GAMBAR

### Halaman

Gambar 4.1. Peta Wilayah Kerja Puskesmas Samboja .....36



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2. Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden
- Lampiran 3. Kuesioner
- Lampiran 4. Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 5. Data Penelitian
- Lampiran 6. Hasil SPSS
- Lampiran 7. Dokumentasi Kegiatan



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit tuberkulosis paru menjadi perhatian serius saat ini, karena penderita tuberkulosis paru hampir terdapat di semua daerah di wilayah Indonesia. Tingginya angka kasus tuberkulosis paru di Indonesia dan kemampuan pemerintah yang terbatas dalam menangani penyakit tuberkulosis ini tidak perlu menjadi batu sandungan. Keterlibatan seluruh elemen masyarakat untuk bersama-sama menghadapi dan menangkis tuberkulosis paru, bisa menjadi kunci yang ampuh jika dilakukan secara konsisten dan berkesinambungan, karena para pemimpin dunia berkomitmen untuk mengeliminasi tuberkulosis paru pada tahun 2030.

Menurut data WHO (2015), TB Paru merupakan salah satu dari 10 penyebab kematian terbesar di dunia, dimana tahun 2014 prevalensi kasus TB Paru di seluruh dunia sebesar 14 juta, tahun 2016 jumlah penderita TB Paru di seluruh dunia sebesar 10,4 juta dan menyebabkan kematian pada 1,7 juta orang diantaranya, dimana sebesar 64% penderita TB Paru tahun 2016 di dunia terdapat di 7 negara, yang dipimpin oleh India, kemudian diikuti oleh Indonesia, Tiongkok, Filipina, Pakistan, Nigeria dan Afrika Selatan.

Indonesia sebagai negara dengan kasus TB Paru terbesar kedua di pada tahun 2016 dan tahun 2017 berdasarkan laporan Global Tuberculosis Report WHO, Indonesia tercatat sebagai negara kedua dengan penderita TBC terbanyak di dunia. Kasus TB Paru baru di Indonesia tahun 2015 sebesar 188.405 orang, tahun 2016 sebesar 156.723 orang dan tahun 2017 terus meningkat menjadi 420.994 orang (Kemenkes RI, 2015; Kemenkes RI, 2016; Kemenkes RI 2017).

Kontak penularan *Mycobacterium tuberculosis* yang telah mengalami resistensi obat akan menciptakan kasus baru penderita TB yang resistensi primer, pada akhirnya mengarah pada kasus *multi-drug resistance* (MDR). Ketika dilaporkan adanya beberapa kasus resistensi obat TB di beberapa wilayah di dunia hingga tahun 1990-an, masalah resistensi ini belum

dipandang sebagai masalah yang utama. Penyebaran TB-MDR telah meningkat oleh karena lemahnya program pengendalian TB, kurangnya sumber dana dan isolasi yang tidak adekuat, tindakan pemakaian ventilasi dan keterlambatan dalam menegakkan diagnosis suatu TB-MDR.

Penanggulangan TB Paru di Indonesia sudah berlangsung sejak zaman penjajahan Belanda namun. Sejak tahun 1969 penanggulangan dilakukan secara nasional melalui Puskesmas. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang digunakan adalah paduan standar INH, PAS dan *Streptomisin* selama satu sampai dua tahun. *Para Amino Acid* (PAS) kemudian diganti dengan *Pirazinamid*. Sejak 1977 mulai digunakan paduan OAT jangka pendek yang terdiri dari INH, *Rifampisin* dan *Etambutol* selama 6 bulan (Mardijanto, 2015).

Penyakit TB Paru dapat disembuhkan dengan pengobatan secara teratur. Keberhasilan pengobatan dipengaruhi beberapa faktor mulai dari karakteristik penderita termasuk status gizi dan imunitas, faktor lingkungan, faktor sarana dan prasarana yang mendukung keteraturan pengobatan. Hal ini dikarenakan pengobatan TBC paru memerlukan waktu yang sangat panjang dan mungkin menyebabkan kebosanan dan kejenuhan pada penderita (Achmadi, 2015).

Mulai tahun anggaran 1994/1995 pemerintah melaksanakan Program Pemberantasan Tuberkulosis (P2TB) dengan strategi DOTS. Kebijakan pemerintah yang dilakukan adalah memberikan dana untuk program DOTS (*Directly Observed Treatment Success Rate*). Strategi DOTS terdiri dari lima komponen yaitu adanya jaminan komitmen pemerintah untuk menanggulangi TBC di suatu negara, penemuan kasus dengan pemeriksaan mikroskopik, pemberian obat yang diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Minum Obat), jaminan tersedianya obat secara teratur, menyeluruh dan tepat waktu; dan sistem pencatatan dan pelaporan yang baik.

Salah satu masalah dalam program pemberantasan penyakit TB paru (P2TB paru) adalah masih terdapatnya paham di masyarakat yang menghubungkan TB paru dengan penyakit yang memalukan sehingga penderita merasa malu untuk memeriksakan diri dan cenderung

menyembunyikan sakitnya. Selain itu TB paru tidak dapat ditangani melalui pendekatan kesehatan semata, namun perlu koordinasi lintas program dan lintas sektor dengan pihak terkait termasuk masyarakat. Jauhnya jangkauan dan pelayanan kesehatan dapat mengakibatkan ketidakpatuhan dan ketidakteraturan penderita dalam berobat. Sehubungan dengan hal tersebut, perlu dikembangkan suatu sistem penanggulangan dan pengendalian penyakit TB paru dengan upaya mendekatkan pelayanan melibatkan peran aktif masyarakat, sehingga cakupan penemuan penderita dapat ditingkatkan (Abdul dalam Fahmi, 2010).

Penemuan penderita TB paru secara aktif di masyarakat sangat penting untuk mencegah penularan lebih lanjut tetapi kendala di lapangan adalah jumlah tenaga kesehatan yang ada sangat terbatas. Peningkatan kasus TB paru dari tahun ke tahun dan terbatasnya pelayanan petugas kesehatan, memerlukan adanya peran masyarakat dalam program pemberantasan TB paru. Pemerintah yang masih menekankan metode *passive case finding* mengakibatkan penderita TB paru aktif di masyarakat akan semakin *underreported* (Tjandra dalam Fahmi, 2010).

Kader TB Paru merupakan sasaran yang tepat dalam pelaksanaan program penemuan suspek dan penderita TB Paru. Fungsi kader TB paru yaitu membantu menemukan suspek dan menjadi PMO hingga koordinator PMO. Kader ini merupakan kepanjangan tangan dari puskesmas atau Dinas Kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerjanya (Wijaya, 2015).

Pemerintah melakukan peningkatan kualitas dengan memberikan pelatihan dan pemberdayaan kader kesehatan dalam penjarangan suspek TBC serta perawatannya terutama di rumah dan melakukan kerjasama dengan lintas sektor di tingkat kabupaten/kota untuk mendukung program tersebut.

Berdasarkan data yang diperoleh dari bidang pemberantasan penyakit menular Provinsi Kalimantan Timur, menurut ketua Bidang Organisasi PPTI Kabupaten Kutai Kartanegara, mengatakan bahwa pada tahun 2018 angka penemuan kasus baru TB paru positif sebesar 2.088 kasus. Sedangkan angka keberhasilan pengobatannya sebesar 84,91% atau 1.773 kasus. Wilayah Kabupaten Kutai Kartanegara itu sendiri, diketahui angka penemuan TB paru

tahun 2018 belum mencapai target nasional yaitu hanya sebesar 83,8%. Angka penemuan kasus TB Paru di Puskesmas Samboja sekitar 43% atau 15 kasus dan 6 kasus ditemukan di RSUD Abadi Samboja. Oleh karena itu, angka penemuan penderita TB paru di beberapa Puskesmas di Kabupaten Kutai Kartanegara masih berada di bawah target nasional.

Penelitian terdahulu oleh Wahyuni (2013) menunjukkan bahwa setelah pelatihan, pengetahuan kader tentang penemuan suspek TB meningkat dari 67 (74,4%) menjadi 89 (98,9%). Begitupula penelitian Boy (2015) yaitu pengetahuan kader kesehatan meningkat secara signifikan setelah dilaksanakannya pelatihan manajemen TB.

Studi pendahuluan di wilayah kerja Puskesmas Samboja terdiri atas 9 desa dengan 82 RT, dimana 1 RT merekrut 2 kader TB Paru yang berarti jumlah kader TB paru sebanyak 164 orang. Dalam hal penanganan penyakit TB Paru, kader tersebut bertindak sebagai rujukan penderita ke puskesmas setempat. Mereka menganjurkan para penderita untuk selalu meminum obat secara teratur setelah memeriksakan ke puskesmas. Diketahui dari 164 kader di wilayah kerja Puskesmas Samboja yang pernah mendapatkan pelatihan tentang penemuan suspek dan penderita tuberkulosis paru hanya 20%. Padahal semakin cepat masyarakat melaporkan adanya kasus, maka semakin cepat pula upaya pengobatan untuk mencapai kesembuhan. Sehingga secara keseluruhan penyakit TB paru akan semakin mudah untuk diantisipasi.

Dari 131 orang kader baru di wilayah kerja Puskesmas Samboja dilakukan studi pendahuluan pada 10 orang kader. Diperoleh 3 orang kader dengan tingkat pengetahuan masih kurang tentang gejala TB Paru, 5 orang kader tingkat pengetahuan masih kurang tentang cara penularan TB Paru dan 2 orang kader tingkat pengetahuan masih kurang tentang cara pengobatan TB paru.

Berdasarkan penjelasan tersebut, maka perlu dilakukan pengkajian tentang “Pengaruh pelatihan kader tuberkulosis paru terhadap tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru”.

## B. Rumusan Masalah

Dari uraian tersebut maka rumusan masalah yang diangkat adalah :  
apakah pelatihan kader tuberkulosis paru dapat meningkatkan pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru?

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis pengaruh pelatihan kader tuberkulosis paru terhadap tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk menganalisis skor pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum pelatihan kader tuberkulosis paru.
- b. Untuk menganalisis skor pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru.
- c. Untuk menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum dan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan atau informasi bagi pihak program penanggulangan TB Paru.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Bagi Puskesmas Samboja

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan atau informasi dalam rangka menurunkan penemuan kasus tuberkulosis.

#### b. Kader TB Paru

Meningkatkan pengetahuan tentang penemuan suspek dan penderita tuberkulosis paru serta pengobatan TB Paru.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam pengembangan penelitian paru guna mencapai angka keberhasilan kesembuhan pasien tuberkulosis.

## E. Penelitian Terkait

Penelitian yang berkenaan dengan efektifitas pelatihan kader tuberkulosis paru terhadap tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru antara lain:

1. Wahyuni (2013) dengan judul “Pelatihan Kader Kesehatan untuk Penemuan Penderita Suspek Tuberkulosis”. Metode penelitian kuasi eksperimental kelompok kontrol non-ekuivalen. Setelah pelatihan, pengetahuan kader tentang penemuan suspek TB meningkat dari 67 (74,4%) menjadi 89 (98,9%). Persamaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini yaitu meneliti tentang efektifitas pelatihan yang diberikan kepada kader dalam penemuan suspek dan penderita TB Paru dengan rancangan studi kuasi eksperimental kelompok kontrol non-ekuivalen. Perbedaan terdapat pada jumlah sampel dan lokasi penelitian.
2. Elman Boy (2015) dengan judul “Efektifitas pelatihan kader kesehatan dalam penanganan tuberkulosis di wilayah binaan”. Metode penelitian desain one-group pretest-and posttest design. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner pengetahuan. Analisis data uji Wilcoxon. Hasil penelitian yaitu pengetahuan kader kesehatan meningkat secara signifikan setelah dilaksanakannya pelatihan manajemen TB. Persamaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini yaitu meneliti tentang efektifitas pelatihan kader dengan rancangan desain one-group pretest-and posttest design. Perbedaan penelitian terdahulu menganalisis hasil pada penanganan tuberkulosis penelitian ini pada penemuan suspek dan penderita TB Paru.
3. Mohamad Anis Fahmi (2010) dengan Judul “Efektivitas Pemberdayaan Masyarakat melalui Metode Gerakan Peduli TB Paru (GPT) untuk Meningkatkan *Case Detection Rate* (CDR) TB Paru di Kecamatan

Welahan Kabupaten Jepara”, Jenis penelitian eksperimen kuasi dengan kategori pre-test and post-test. Analisis data McNemar dan Kolmogorov-Smirnov. Hasil penelitian terdapat perbedaan yang bermakna antara suspek TB paru dan suspek yang periksa dahak pada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol. Persamaan penelitian terdahulu yaitu metode analisis. Perbedaan yaitu penelitian terdahulu memberikan intervensi berupa Pemberdayaan Masyarakat melalui Metode GPT sedangkan penelitian ini intervensi pelatihan kader TB Paru dan berbeda dari jumlah sampel dan lokasi penelitian.



## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### F. Telaah Pustaka

#### 1. Pelatihan Kader TB Paru

##### a. Definisi Pelatihan Kader TB Paru

Kader kesehatan adalah anggota masyarakat yang dipercaya untuk menjadi pengelola upaya kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2012). Kader bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat serta pimpinan yang ditunjuk oleh pusat pelayanan kesehatan. Kader yang telah dilatih diharapkan dapat melaksanakan petunjuk yang diberikan terkait dengan perannya sebagai tim kesehatan di masyarakat (Wijaya, 2015).

Kader kesehatan yaitu tenaga yang berasal dari masyarakat, yang dipilih oleh masyarakat sendiri dan bekerja secara sukarela untuk menjadi penyelenggara di Desa siaga (Fallen & Budi, 2010). Kader kesehatan masyarakat bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat serta pimpinan-pimpinan yang ditunjuk oleh pusat-pusat kesehatan. Diharapkan mereka dapat melaksanakan petunjuk yang diberikan oleh para pembimbing dalam jalinan kerja dari sebuah tim kesehatan. Para kader kesehatan masyarakat itu mungkin saja bekerja secara *full time* atau *part time* dalam bidang pelayanan kesehatan, dan mereka tidak dibayar dengan uang atau bentuk lainnya. oleh masyarakat setempat atau oleh puskesmas (Meilani, 2009).

Pelatihan adalah proses melatih, kegiatan atau pekerjaan. Pelatihan mempersiapkan peserta latihan untuk mengambil jalur tindakan tertentu yang dilukiskan oleh teknologi dan organisasi tempat bekerja, dan membantu peserta memperbaiki prestasi dalam kegiatannya terutama mengenai pengertian dan keterampilan (Notoatmodjo, 2012).

b. Syarat menjadi kader TB Paru

Semua masyarakat dapat menjadi kader kesehatan dengan kesanggupan, minat dan kepedulian terhadap masalah sosial dan kesehatan khususnya tuberkulosis.

c. Peran kader TB Paru

Peran kader dalam pengendalian tuberkulosis di wilayahnya adalah dengan berbagai cara:

- a. Penyuluhan tentang tuberkulosis dan pengendaliannya kepada masyarakat.
- b. Membantu menemukan suspek tuberkulosis/penjaringan suspek tuberkulosis.
- c. Menjadi PMO hingga koordinator PMO.
- d. Membantu memberikan motivasi kepada PMO untuk selalu memberikan pengawasan menelan obat pada pasien.
- e. Membantu melakukan pemantauan pencatatan dan pelaporan (Wijaya, 2015).

d. Tujuan pelatihan kader TB Paru

Menurut Panggabean (2012) tujuan dilakukan program pelatihan adalah untuk kepentingan kader sebagai berikut:

- a. Memberikan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan.
- b. Meningkatkan moral, dengan keterampilan dan keahlian yang sesuai dengan pekerjaannya mereka akan antusias untuk menyelesaikan pekerjaannya dengan baik.

c. Memperbaiki kinerja, program pelatihan dapat meminimalkan ketidakpuasan dalam melaksanakan pekerjaan.

d. Membantu dalam menghadapi perubahan-perubahan, baik perubahan struktur organisasi, teknologi maupun sumber daya manusianya.

e. Manfaat pelatihan kader TB Paru

Selain pengertian dan tujuan sebagaimana dikemukakan di atas pelatihan juga memiliki sejumlah manfaat, seperti yang dikemukakan

oleh Robinson dalam Panggabean (2012) bagi sebuah organisasi pelatihan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1) Pelatihan sebagai alat untuk memperbaiki penampilan/kemampuan individu atau kelompok dengan harapan memperbaiki performance organisasi. Perbaikan-perbaikan itu dapat dilaksanakan dengan berbagai cara. Pelatihan yang efektif dapat menghasilkan pengetahuan dalam pekerjaan/tugas, pengetahuan tentang struktur dan tujuan organisasi, tujuan-tujuan bagian-bagian tugas masing-masing karyawan dan sarasanya tentang sistem dan prosedur, dan lain-lain.

2) Keterampilan tertentu diajarkan agar para kader dapat melaksanakan tugas-tugas sesuai dengan standar yang diinginkan.

3) Pelatihan juga dapat memperbaiki sikap-sikap terhadap pekerjaan, sering kali juga sikap-sikap yang tidak produktif timbul dari salah pengertian yang disebabkan oleh informasi yang membingungkan.

Senada dengan pernyataan di atas Siagian (2015) mengemukakan 10 manfaat yang dapat dipetik oleh kader dari kegiatan pelatihan sebagai berikut:

1) Membantu membuat keputusan yang lebih baik.

2) Meningkatkan kemampuan menyelesaikan berbagai masalah yang dihadapinya.

3) Terjadinya interaksi dan operasionalisasi faktor-faktor motivasional.

4) Timbulnya dorongan dalam diri untuk terus meningkatkan kemampuan kerjanya.

5) Peningkatan kemampuan untuk mengatasi stres, frustasi, dan konflik yang pada gilirannya memperbesar rasa percaya diri sendiri.

6) Tersedianya informasi berbagai program yang dapat dimanfaatkan dalam rangka pertumbuhan secara teknikal dan intelektual.

7) Meningkatkan kepuasan kerja.

8) Semakin besar pengakuan atas kemampuan seseorang.

9) Mengurangi ketakutan menghadapi tugas-tugas baru di masa depan.

Siagian (2015) mengemukakan bagi kelompok masyarakat kegiatan pelatihan yang diberikan dapat memberikan beberapa manfaat, diantaranya:

- 1) Membantu masyarakat mempercepat pemenuhan kebutuhan sebagai upaya memperbaiki tarap hidup.
- 2) Memperbaiki sikap-sikap agar mampu beradaptasi dengan perubahan lingkungan serta dapat membuat keputusan dengan baik dan benar.
- 3) Meningkatkan motivasi untuk belajar, dan senantiasa agar bersedia untuk mengembangkan pengetahuan dan kemampuannya.
- 4) Menumbuhkan rasa percaya diri dan solidaritas yang tinggi diantara sesama masyarakat.

Beberapa uraian diatas jelas bahwa pelatihan merupakan sarana yang ditujukan pada upaya untuk lebih mengaktifkan kerja baik karyawan organisasi maupun masyarakat yang dipandang kurang efektif sebelumnya. Dengan pelatihan akan mampu mengurangi adanya dampak negatif yang disebabkan kurangnya pengetahuan, kurangnya kepercayaan diri atau pengalaman yang terbatas dari anggota atau kelompok tertentu.

Perilaku masyarakat dalam pencegahan dan penularan TB, terlihat pada perhatian yang rendah terhadap hygiene dan lingkungan yang berhubungan sangat erat dengan penularan TB. Perilaku masyarakat mencari pelayanan pengobatan TB berpengaruh terhadap penemuan tersangka TB yang rendah. Motivasi masyarakat pada tersangka TB mempengaruhi kesediaan tersangka TB untuk datang ke puskesmas memeriksakan diri dan mendapatkan pengobatan gratis. Kesempatan masyarakat berperan serta dalam penanggulangan TB memberi peluang sumber daya dimasyarakat untuk dimanfaatkan pada upaya peningkatan derajat kesehatan serta perubahan perilaku

masyarakat yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan (Wahyuni, 2013).

Penyuluhan atau pelatihan merupakan bagian pendidikan kesehatan yang tergabung dalam upaya kesehatan yang menitikberatkan upaya peningkatan perilaku sehat. Masyarakat memahami perilaku mereka dan mekanisme pengaruh perilaku pada pengobatan penyakit dan membantu pemulihan. Dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan terdapat proses belajar yang merupakan pengalaman, berbuat, bereaksi, dan melampaui. Hasil belajar adalah pola-pola perbuatan, nilai-nilai, pengertian-pengertian, sikap-sikap, apresiasi, abilitas, dan keterampilan. Belajar dapat dilakukan dengan memberikan pengajaran dan pelatihan kepada sasaran. Pengetahuan kader tentang TB paru perlu dijabarkan mulai dari pengertian tentang TB paru, gejala TB paru, penularan, pencegahan, dan cara pengobatan TB paru (Wahyuni, 2013).

## **2. Pengetahuan Kader Tuberkulosis Paru**

### **a. Pengertian Pengetahuan**

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indera manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif adalah faktor yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*) (Notoadmojo, 2012).

Seorang kader kesehatan yang mempunyai pengetahuan yang baik akan dapat melakukan tugasnya dalam pengendalian kasus tuberkulosis, dan salah satu tugas seorang kader kesehatan adalah melakukan pencarian kasus, selain itu dengan pengetahuan yang baik akan menjadikan kader kesehatan mempunyai kemungkinan untuk aktif 18 kali lebih besar daripada kader dengan pengetahuan rendah (Wijaya, 2015).

Fadhilah, et al. (2014) menyatakan bahwa, pengetahuan penemuan suspek TB yang baik juga disebabkan oleh kemampuan kader memahami informasi yang berhubungan dengan program TB. Kader yang berpengetahuan baik berdampak pada perilaku penemuan suspek yang baik (72,3%), tetapi kader dengan tingkat pengetahuan kurang akan berperilaku penemuan suspek pun kurang (4,0%). Menurut penelitian Wahyudi (2010), terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara pengetahuan, sikap dan motivasi kader dengan penemuan suspek Tuberkulosis Paru sehingga disarankan kepada Dinas Kesehatan untuk melibatkan peran serta kader dalam penemuan suspek Tuberkulosis Paru sebagai upaya meningkatkan cakupan kegiatan.

b. Cara Memperoleh Pengetahuan

Cara memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu (Notoatmodjo, 2012) :

1) Cara Tradisional

a) Cara coba-coba dan salah (*trial and error*)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan tersebut tidak berhasil dicoba kemungkinan yang lama.

b) Cara kekuasaan (*otoritas*)

Dimana pengetahuan diperoleh berdasarkan pada kekuasaan, baik otoritas tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin maupun otoritas ahli ilmu pengetahuan.

c) Berdasarkan pengalaman

Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu.

d) Melalui jalan pikiran

Manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan.

## 2) Cara Modern

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah, cara ini disebut dengan metode penelitian ilmiah atau lebih populer lagi metodologi penelitian. Metode ilmiah ini adalah suatu cara menerapkan prinsip-prinsip logis terhadap penemuan, pengesahan dan penjelasan kebenaran, kriteria metode ilmiah yaitu berdasarkan fakta, bebas dari prasangka, menggunakan prinsip analisis, menggunakan hipotesis, dan menggunakan ukuran objektif.

### c. Cara Mengukur Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Menurut Notoatmodjo (2012) bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru di dalam dirinya terjadi proses yang beruntun yaitu :

- 1) Kesadaran (*Awareness*), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek).
- 2) Merasa tertarik (*Interest*), terhadap stimulus atau obyek tersebut, disini sikap subyek sudah mulai terbentuk.
- 3) Menimbang-nimbang (*Evaluation*), terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- 4) Uji coba (*Trial*), dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- 5) Adopsi (*Adoption*), dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

### d. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2012), pengetahuan yang di miliki seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

## 1) Faktor Internal

### a) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Beberapa hasil penelitian mengenai pengaruh pendidikan terhadap perkembangan pribadi, bahwa pada umumnya pendidikan itu mempertinggi taraf intelegensi individu.

### b) Persepsi

Persepsi adalah pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan sebagainya, setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda, meskipun objeknya sama.

### c) Motivasi

Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak dan mencapai suatu tujuan tertentu. Hasil dari dorongan dan gerakan ini diwujudkan dalam bentuk perilaku. Dalam mencapai tujuan dan munculnya motivasi memerlukan rangsangan dari dalam individu maupun dari luar. Motivasi murni adalah motivasi yang betul-betul disadari akan pentingnya suatu perilaku dan dirasakan suatu kebutuhan.

### d) Pengalaman

Pengalaman adalah sesuatu yang dirasakan (diketahui, dikerjakan), juga merupakan kesadaran akan suatu hal yang tertangkap oleh indera manusia. Pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman berdasarkan kenyataan yang pasti dan pengalaman yang berulang-ulang dapat menyebabkan terbentuknya pengetahuan. Pengalaman masa lalu dan aspirasinya untuk masa yang akan datang menentukan perilaku masa kini.

## 2) Faktor eksternal

### a) Lingkungan

Lingkungan sebagai faktor yang terpengaruh bagi pengembangan sifat dan perilaku individu.

### b) Sosial Ekonomi

Sosial ekonomi, penghasilan sering dilihat untuk menilai suatu hubungan antara tingkat penghasilan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

### c) Kebudayaan

Kebudayaan adalah perilaku normal, kebiasaan, nilai dan penggunaan sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup.

### d) Informasi

Informasi adalah penerangan, keterangan, pemberitahuan yang dapat menimbulkan kesadaran dan mempengaruhi perilaku.

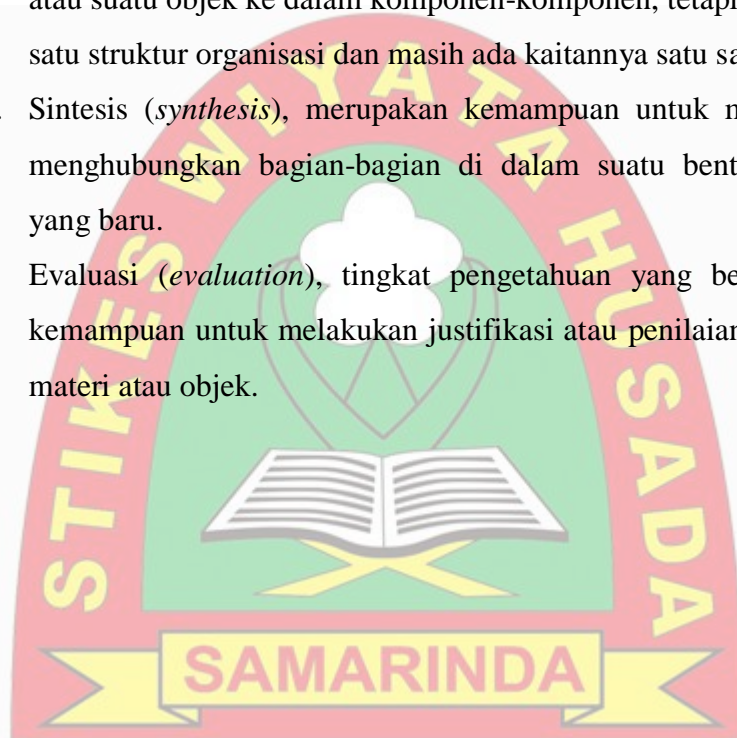
## 3. Teori Keperawatan Pengetahuan

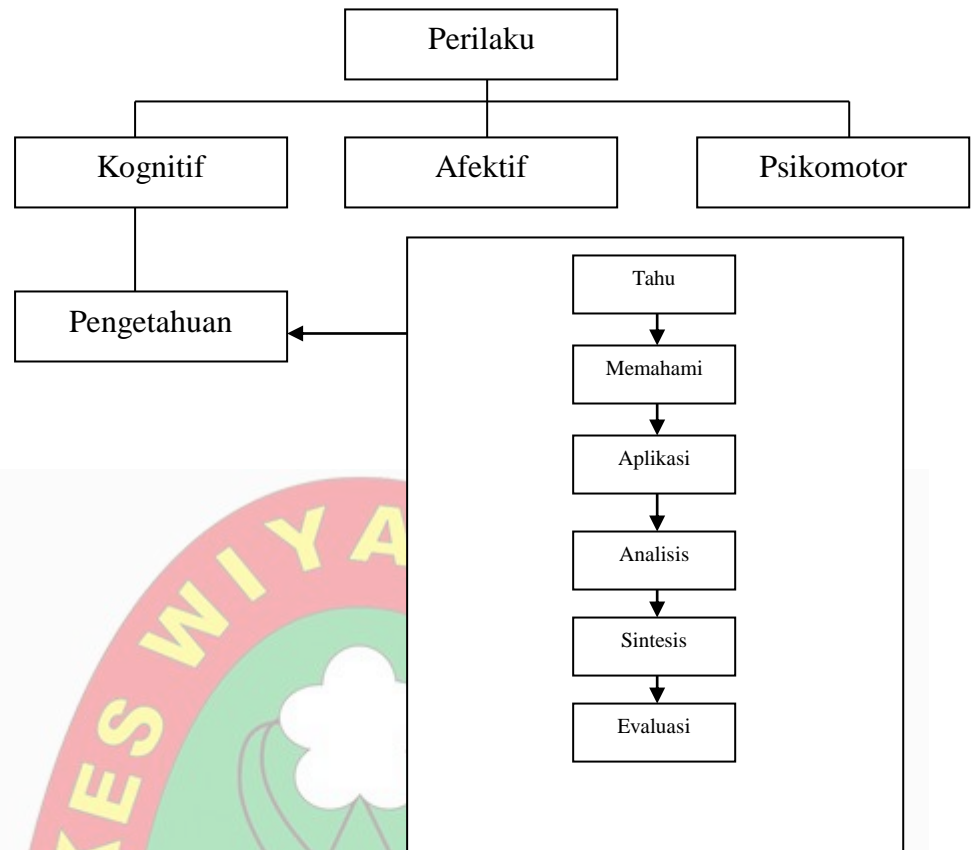
Teori Bloom (1908) yang dikutip dalam Notoatmodjo (2012) membedakan perilaku dalam 3 domain perilaku yaitu : kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Untuk kepentingan pendidikan praktis, teori ini kemudian dikembangkan menjadi 3 ranah perilaku yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Adapun pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif (Notoatmodjo, 2012), tercakup dalam 6 tingkatan, yaitu:

a. Tahu (*know*), diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini

adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

- b. Memahami (*comprehension*), diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan suatu materi tersebut secara benar.
- c. Aplikasi (*application*), diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).
- d. Analisis (*analysis*), yaitu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Sintesis (*synthesis*), merupakan kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.
- f. Evaluasi (*evaluation*), tingkat pengetahuan yang berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.



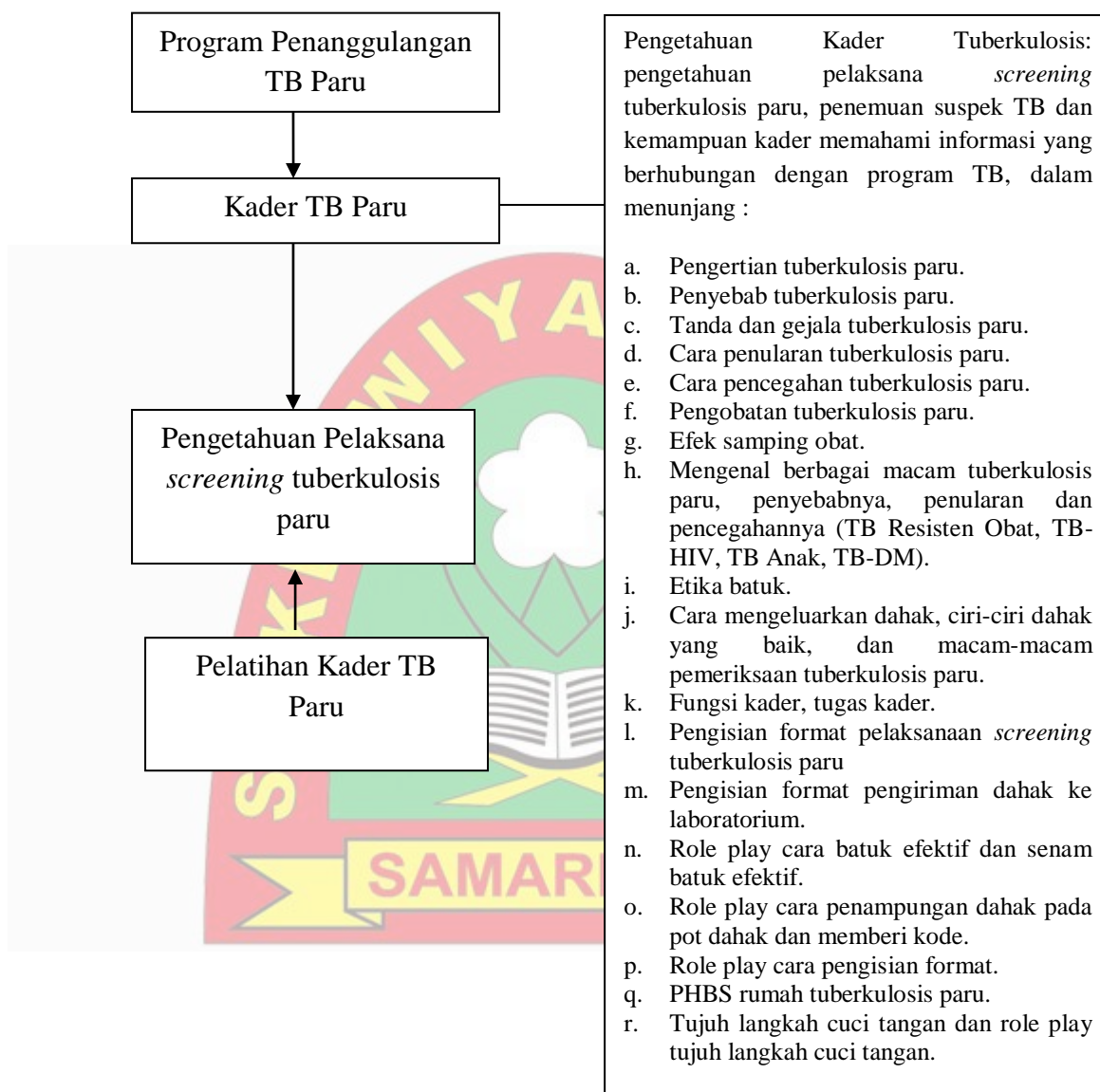


Skema 2.1. Kerangka Teori Keperawatan Berdasarkan Bloom (1908) dalam Notoadmodjo (2012)

Penggunaan kerangka teori keperawatan Bloom (1908) dalam Notoadmodjo (2012) dikarenakan penelitian ini ingin mengetahui pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru, yang mana capaian pengetahuan dapat dilihat mulai dari tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis hingga evaluasi.

## B. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori penelitian yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat dalam skema di bawah ini :



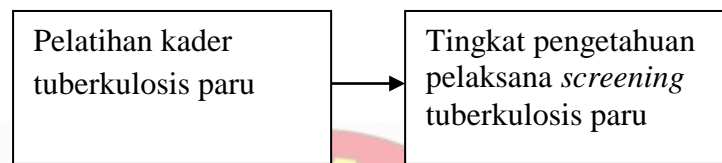
Skema 2.1. Kerangka Teori Keperawatan

Sumber : Mangkunegara (2010) dan Wijaya (2015)

### C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka Konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Nursalam, 2011). Kerangka konsep akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori.

Kerangka konsep pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut :



Skema 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

□ = Variabel yang diteliti

→ = Penghubung

### D. Hipotesis

Hipotesa adalah pernyataan yang diperlukan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus di uji kasahihannya secara empiris (Nursalam, 2011). Hipotesis dapat dipandang sebagai kesimpulan yang sifatnya sangat sementara. Sehubungan dengan pendapat itu penulis berkesimpulan bahwa hipotesis adalah merupakan suatu jawaban atau dugaan sementara yang bisa dianggap benar dan bisa dianggap salah, sehingga memerlukan pembuktian dari kebenaran hipotesis tersebut melalui penelitian yang akan dilakukan. Adapun hipotesis dari penelitian ini adalah pelatihan kader tuberkulosis paru dapat meningkatkan pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Samboja.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian eksperimental, adalah suatu prosedur penelitian yang dilakukan dengan memberikan perlakuan/intervensi pada subjek penelitian, dengan tujuan menilai pengaruh suatu perlakuan pada variabel independen terhadap variabel dependen. Rancangan penelitian ini menggunakan *quasi experimental* (eksperimen semu) tanpa pembandingan atau eksperimen pura-pura. Disebut demikian karena eksperimen jenis ini belum memenuhi persyaratan seperti cara dapat dikatakan ilmiah mengikuti peraturan-peraturan tertentu (Arikunto, 2010).

Pendekatan yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik *one group pre test and post test design*, yaitu suatu penelitian yang dilakukan untuk menilai satu kelompok saja secara utuh (Notoatmodjo, 2012). Pendekatan penelitian *one group pre test and post test design* tanpa menggunakan kelompok pembandingan (kontrol), tetapi pada penelitian ini pengujian pertama (*pre test*) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen (program). Pada penelitian ini, peneliti melakukan treatment yaitu pelatihan kepada kader TB paru dengan sengaja, terencana, kemudian dinilai pengaruhnya pada pengujian kedua (*post test*).

Tabel 3.1. Desain Penelitian Ekperimen Semu

	<i>Pretest</i>	Intervensi	<i>Posttest</i>
Kelompok Intervensi	O <sub>1</sub>	P <sub>x1</sub>	O <sub>2</sub>

Sumber : Sugiyono (2014)

Keterangan :

- O<sub>1</sub> : *Pretest* merupakan perhitungan skor rata-rata tingkat penemuan suspek dan penderita tuberkulosis paru sebelum dilakukan pelatihan pada kader tuberkulosis paru.

O<sub>2</sub> : *Posttest* merupakan perhitungan skor rata-rata tingkat penemuan suspek dan penderita tuberkulosis paru setelah dilakukan pelatihan pada kader tuberkulosis paru.

P<sub>X1</sub> : Pelatihan.

## **B. Lokasi dan Waktu Penelitian**

1. Lokasi penelitian ini dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Samboja.
2. Waktu penelitian.

Penelitian dilakukan pada tanggal 11 Juni 2019 sampai 20 Juni 2019, yang meliputi :

- a. Desa Karya Jaya pada tanggal 11 Juni 2019.
- b. Kelurahan Sungai Seluang dan Kelurahan Wonotirto pada tanggal 12 Juni 2019.
- c. Kelurahan Margomulyo dan Kelurahan Argosari pada tanggal 13 Juni 2019.
- d. Kelurahan Amborawang Darat pada tanggal 18 Juni 2019.
- e. Kelurahan Salok Api Darat dan Kelurahan Amborawang Darat pada tanggal 19 Juni 2019.
- f. Kelurahan Salok Api Laut dan Kelurahan Amborawang Laut pada tanggal 20 Juni 2019.

## **C. Populasi dan Sampel**

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah kader dengan masa kerja < 1 tahun dan belum pernah mengikuti pelatihan di wilayah kerja Puskesmas Samboja berjumlah 131 kader.

## 2. Sampel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2012) bahwa sampel adalah obyek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi dimana dalam mengambil sampel penelitian menggunakan teknik-teknik tertentu. Pada penelitian ini menggunakan *exhausted sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Sehingga sampel adalah kader dengan masa kerja < 1 tahun dan belum pernah mengikuti pelatihan di wilayah kerja Puskesmas Samboja sehingga berjumlah 131 kader. Adapun kriteria sampel pada penelitian ini adalah :

- a. Kader yang aktif.
- b. Masa kerja < 1 tahun.
- c. Belum pernah mengikuti pelatihan.
- d. Kader terdaftar di Puskesmas Samboja.
- e. Bisa membaca dan menulis.

### D. Variabel penelitian dan Defenisi Operasional

1. Variabel penelitian adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) menurut Soeparto, dkk dalam Nursalam (2011).
  - a. Variabel bebas/*independent* merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini variabel bebasnya adalah pelatihan kader TB paru.
  - b. Variabel terikat/*dependent* adalah variable yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini variable terikatnya adalah tingkat pengetahuan pelaksana screening tuberkulosis.
2. Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau

pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2011).

Tabel 3.2 Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat ukur	Hasil	Skala
1.	Variabel independen : pelatihan kader TB Paru	Suatu metode pendidikan kesehatan dalam rangka meningkatkan kemampuan kader dalam screening TB paru	Modul TB Paru	-	-
2.	Variabel dependen : Pengetahuan pelaksana <i>screening</i> tuberkulosis paru	Segala sesuatu yang diketahui oleh kader tentang TB paru	Kuesioner	Skor nilai pre dan post antara 0 - 100	Interval

#### E. Alat Pengumpulan Data dan Pengolahan Data

##### 1. Sumber data

Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder sebagai sumber data. Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survey, dan lain sebagainya, Sugiyono, (2014). Data primer penelitian ini diperoleh dari hasil observasi dan wawancara. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari bagian Rekam Medik.

##### 2. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data atau informasi yang relevan dengan permasalahan penelitian. Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data yaitu :

- a. Lembar identitas; adalah data pengenal untuk responden yang menjadi sampel penelitian.
- b. Kuesioner pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru.

##### 3. Prosedur pengumpulan data yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu :

a. Prosedur administratif

- 1) Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Kepala Puskesmas Samboja.
- 2) Mengajukan permohonan ijin pengumpulan data.
- 3) Menentukan responden penelitian sesuai kriteria sample penelitian.
- 4) Mengajukan ijin dan kesepakatan kepada responden untuk menjadi sampel dan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (*informed consent*) bagi responden yang bersedia untuk menjadi sampel penelitian.
- 5) Mendiskusikan waktu dan tempat pelaksanaan penelitian dengan responden

b. Prosedur teknis penelitian

- 1) Mempersiapkan lembar kuesioner untuk dibagikan kepada para responden. Kemudian mencari kader dengan bantuan penjas desa.
- 2) Membuat janji pertemuan dengan kader, kemudian pelaksanaan pertemuan dengan kader dengan membuat kesepakatan waktu dan tempat untuk dilakukan penelitian. Pelatihan ini dilakukan di 9 desa dengan 81 RT, dimana masing-masing RT dipilih 2 kader. Adapun jumlah seluruh kader 164 orang, akan tetapi hanya dipilih 131 orang dikarenakan belum pernah mengikuti pelatihan atau kader baru. Sedangkan 33 kader lainnya pernah mengikuti pelatihan kurang lebih 5 tahun yang lalu.
- 3) Sebelum melakukan pelatihan, responden diminta persetujuan dengan *informed consent*.
- 4) Peneliti menjelaskan kepada kelompok intervensi tentang penelitian, setelah itu sebelum diberikan pelatihan responden diminta mengisi kuesioner pengetahuan (*pre test*).
- 5) Setelah *pre test*, dilanjutkan pelatihan yang dilakukan 1 hari untuk pemberian materi selama kurang lebih 8 jam mulai dari pukul 08.00 WITA sampai 16.00 WITA.
- 6) Setelah dilakukan pelatihan, dilakukan penilaian pengetahuan dengan responden mengisi kuesioner pengetahuan (*post test*).

7) Peneliti memberikan *reward* kepada kader yang nilai pengetahuannya meningkat.

c. Langkah-langkah pelatihan :

1) Langkah 1 (15 menit)

- a) Peneliti memperkenalkan diri.
- b) Peneliti menjelaskan dan menuliskan judul, tujuan, dan waktu yang diperlukan untuk membahas Materi Inti di papan tulis/flipchart/file presentasi.
- c) Peneliti menyampaikan tujuan umum dan tujuan khusus.

2) Langkah 2 (45 menit)

- a) Peneliti menyampaikan pokok bahasan (materi pertama)
- b) Peneliti memberikan kesempatan kepada peserta untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas dan menjawab pertanyaan peserta tersebut dengan cara membangun suasana yang kondusif untuk melakukan tanya jawab.
- c) *Coffe Break*

3) Langkah 3 (45 Menit)

- a) Peneliti menyampaikan pokok bahasan ( Materi ke dua)
- b) Peneliti memberikan kesempatan kepada peserta untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas dan menjawab pertanyaan peserta tersebut dengan cara membangun suasana yang kondusif untuk melakukan tanya jawab.

4) Langkah 4 (30 menit)

- a) Peneliti meminta peserta untuk membentuk kelompok yang terdiri dari 4—5 orang per kelompok.
- b) Peneliti meminta tiap kelompok menunjuk ketua kelompok.
- c) Peneliti menjelaskan tugas kelompok.
- d) Peneliti memberikan kesempatan kepada peserta untuk menanggapi hasil penyajian kelompok lain.
- e) Peneliti menggali pendapat peserta mengenai hal-hal yang dapat memotivasi kader untuk melaksanakan tugas dengan lebih giat.

- f) Peneliti menanggapi dan memberikan masukan dengan mengacu pada uraian materi.
- 5) Langkah 5 (60 menit)  
Istrahat dan sholat
- 6) Langkah 6 (45 Menit)
- Peserta tetap terbagi dalam kelompok yang sama.
  - Masing-masing kelompok diminta untuk mendiskusikan apa saja yang termasuk kegiatan kader TB Paru.
  - Hasil diskusi dituliskan. Setelah menuliskan kegiatan utama Posyandu dan kegiatan.
  - Peneliti memberikan kesempatan kepada peserta untuk menanggapi hasil penyajian kelompok lain.
  - Peneliti menanggapi dan memberikan masukan dengan mengacu pada uraian materi.
- 7) Langkah 7 (15 menit)  
Latihan peragaan geark batuk efektif
- 8) Langkah 7 (45 menit)
- Peneliti menyampaikan pokok bahasan (materi ketiga)
  - Peneliti memberikan kesempatan kepada peserta untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas dan menjawab pertanyaan peserta tersebut dengan cara membangun suasana yang kondusif untuk melakukan tanya jawab.
  - Coffe Break
- 9) Langkah 9 (45 menit)
- Peneliti menyampaikan pokok bahasan (materi ke empat)
  - Peneliti memberikan kesempatan kepada peserta untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas dan menjawab pertanyaan peserta tersebut dengan cara membangun suasana yang kondusif untuk melakukan tanya jawab.
- 10) Langkah 10 (15 menit)
- Peneliti mengajukan beberapa pertanyaan kunci untuk mengevaluasi apakah proses belajar bisa dipahami mereka.

- b) Apabila masih ada hal yang perlu dijelaskan, peneliti memberikan masukan dengan mengacu pada uraian materi.
- c) Peneliti merangkum sesi pembelajaran ini dan menegaskan bahwa kader memiliki peran penting.
- d) Peserta diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang masih kurang jelas.
- e) Peneliti memberikan jawaban atas pertanyaan peserta.
- f) Peneliti menutup sesi pembelajaran dengan memberikan apresiasi pada peserta.

## F. Uji Instrumen

Uji validitas dan realibitas kuesioner pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru dilaksanakan di Puskesmas Sungai Merdeka dengan jumlah responden yaitu 30 orang.

### 1. Uji Validitas

Uji instrumen dilakukan untuk mengetahui tingkat kesahihan (Valid) tiap item atau butir pernyataan dalam angket atau kuisioer. Instrumen dikatakan valid jika dapat mengukur apa yang seharusnya diukur atau mengukur apa yang diinginkan dengan tepat (Notoatmojo, 2012). Pengujian validitas dilakukan dengan cara mengkorelasikan masing-masing item pernyataan dengan skor total (Sugiyono, 2014).

Uji validitas pada kuesioner pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru menggunakan rumus *Pearson Product Moment* dikarenakan menggunakan skala likert dengan pengolahan data menggunakan alat bantu program komputer aplikasi statistik, adapun rumus (Arikunto, 2010), sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{\sum xy}{(N)(SD_x)(SD_y)}$$

Keterangan :

$r_{xy}$  : Korelasi x dan y

$\sum xy$  : Jumlah keseluruhan dari x dikalikan y

N : Jumlah subyek penelitian

$SD_x$  : Standar deviasi x

$SD_y$  : Standar deviasi y

Keputusan uji :

Bila  $r_{hitung} \geq r_{tabel}$  (0,361) artinya pertanyaan tersebut valid.

Bila  $r_{hitung} < r_{tabel}$  (0,361) artinya pertanyaan tersebut tidak valid.

Berdasarkan hasil uji validitas kuesioner pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebanyak 20 item pertanyaan dengan jawaban pilihan ganda, diperoleh seluruh item pertanyaan dengan nilai  $r_{hitung} > r_{tabel}$  (0,361) artinya seluruh item pertanyaan valid sehingga tidak ada butir item pertanyaan yang dibuang.

## 2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau taat asas bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmojo, 2012).

Pengujian reliabilitas menggunakan rumus KR 20 (Kuder & Richardson), dimana alat tes dikatakan reliabel apabila hasilnya lebih besar dari 0,6 dengan rumus menurut Sugiyono (2014) yaitu sebagai berikut:

$$KR_{20} = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum pq}{st^2} \right)$$

Keterangan :

k : Banyaknya butir pertanyaan

St : Simpangan baku skor total

Berdasarkan hasil uji reliabilitas pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru yang terdiri atas 20 item pertanyaan diperoleh nilai alpha sebesar  $0,980 > 0,6$  sehingga dikatakan reliabel.

## F. Analisa Data

Analisa data memiliki posisi strategis dalam suatu penelitian. Analisis data dengan pendekatan kuantitatif dilakukan melalui dua tahap yaitu tahap analisa deskriptif (univariat) dan analisis analitik (bivariat).

a. Uji Normalitas

Uji normalitas pada penelitian ini menggunakan *Kolmogorov Smirnov*, dimana data dikatakan berdistribusi normal jika nilai signifikannya  $> 0,05$  dan berdistribusi tidak normal jika nilai signifikannya  $< 0,05$ . Hasil uji normalitas pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.2. Uji Normalitas Skor Pre Test dan Post Test Pada Responden di wilayah kerja Puskesmas Samboja

Variabel	$\rho$ value
Pre Test	0,000
Post Test	0,000

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 3.2. uji normalitas dilihat dari *Kolmogorov Smirnov* diperoleh nilai signifikansi untuk *pre test* dan *post test* dengan nilai signifikansi masing-masing 0,000 yaitu data berdistribusi tidak normal.

b. Analisa Univariat

Analisa univariat yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Tujuan analisis ini adalah untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dan bentuknya tergantung dari jenis datanya (Arikunto, 2010). Variabel pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru merupakan data numerik, sehingga hasil analisis yang disajikan meliputi mean, median, standar deviasi, minimal, maksimal dan CI 95%.

c. Analisa Bivariat

Analisa bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga untuk mencari hubungan antara data dari satu variabel independen dengan variabel dependen. Analisa bivariat ini digunakan untuk membuktikan hipotesa yang telah dirumuskan. Pada analisa bivariat ini menguji pengaruh pelatihan kader tuberkulosis paru terhadap tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru. Data yang diperoleh dianalisis menggunakan *wilcoxon test*, dikarenakan data berdistribusi tidak normal.

## G. Etika Penelitian

Penelitian kesehatan yang mengikutsertakan subjek manusia harus memperhatikan aspek etik dalam kaitan menaruh hormat atas martabat manusia (Dahlan, 2014). Terdapat dua komponen yang penting dalam memberikan informasi tentang etika. Kedua komponen itu adalah isu etika dan informed consent. Pada bagian isu etika proposal penelitian ini, peneliti menyampaikan langkah-langkah yang akan dilakukan supaya peneliti memenuhi syarat etis seperti mengenai bagaimana data diperoleh, bagaimana menjaga kerahasiaan subjek penelitian, bagaimana data akan dipublikasikan, bagaimana izin penelitian akan diperoleh dari subjek penelitian, bagaimana melaporkan adverse event dan serious adverse event dan komisi etik mana yang akan melakukan penilaian kelayakan proposal penelitian (Dahlan, 2014). Komponen kedua adalah formulir *informed consent*. Adapun syarat *informed consent* adalah sebagai berikut :

1. Aspek bahasa. Bahasa yang digunakan dalam formulir *informed consent* adalah bahasa untuk orang awam.
2. Aspek kelengkapan dokumen. Pada *footer dan header* formulir harus ada informasi mengenai judul penelitian atau nomor protokol penelitian, versi dan tanggal *informed consent* dibuat, *informed consent* dewasa atau untuk anak, tempat penelitian dan nomor subjek penelitian. Kelengkapan dokumen ini harus ada pada setiap halaman lembar *informed consent*.
3. Aspek kelengkapan informasi. Informasi yang diberikan kepada calon subjek harus lengkap. Informasi tersebut diklasifikasikan menjadi dua elemen, yaitu elemen dasar dan elemen tambahan. Yang termasuk ke dalam elemen dasar yaitu:
  - a. Penjelasan bahwa kegiatan adalah sebuah penelitian.
  - b. Tujuan penelitian dan mengapa calon subjek diminta untuk ikut serta.
  - c. Prosedur penelitian.
  - d. Resiko potensial dan rasa tidak enak yang akan dialami calon subjek.
  - e. Manfaat langsung bagi subjek
  - f. Prosedur alternatif
  - g. Penjagaan kerahasiaan data

- h. Kompensasi bila terjadi kecelakaan dalam penelitian
- i. Partisipasi adalah sukarela dan
- j. Nama dan alamat peneliti yang harus dihubungi bila terjadi kecelakaan atau bila subjek bertanya.

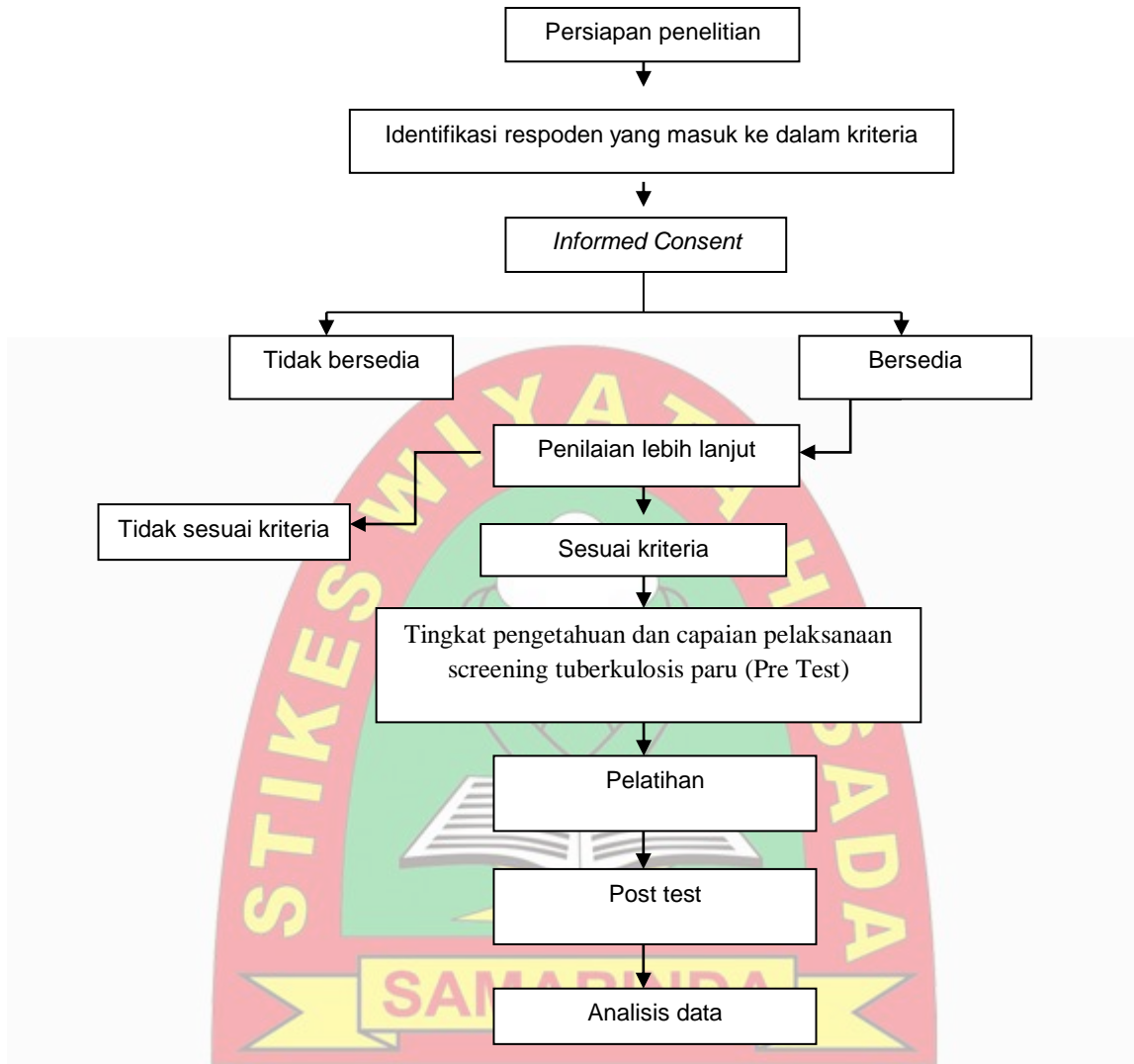
Bagian *informed consent* yang termasuk ke dalam elemen tambahan adalah sebagai berikut :

- a. Perkiraan jumlah subjek yang akan diikutsertakan
  - b. Kemungkinan mendapat timbul resiko yang belum diketahui pada saat ini.
  - c. Subjek dapat dikeluarkan dari penelitian.
  - d. Bahaya potensial (bila ada) bagi subjek yang mengundurkan diri sebelum penelitian selesai.
  - e. Kemungkinan timbulnya biaya bagi perusahaan asuransi kesehatan akibat keikutsertaan calon subjek dalam penelitian dan
  - f. Insentif bagi subjek (bila ada).
4. Aspek kelengkapan persetujuan.

Pada bagian persetujuan, harus ada informasi mengenai nama subjek, usia, tanda tangan dan tanggal penandatanganan yang harus ditulis oleh subjek sendiri. Pada bagian persetujuan juga harus ada nama peneliti, tanda tangan dan tanggal penandatanganan yang harus diisi sendiri oleh peneliti. Bila diperlukan peneliti harus membuat beberapa formulir persetujuan, misal formulir persetujuan untuk subjek dewasa yang sadar tetapi tidak mampu untuk membubuhkan tanda tangan, formulir persetujuan dewasa yang tidak sadar, formulir persetujuan anak dan lain lain.

## H. Alur Penelitian

Alur penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014).



Skema 3.1. Alur Penelitian

## BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil Penelitian

#### 1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

##### a. Lokasi Penelitian

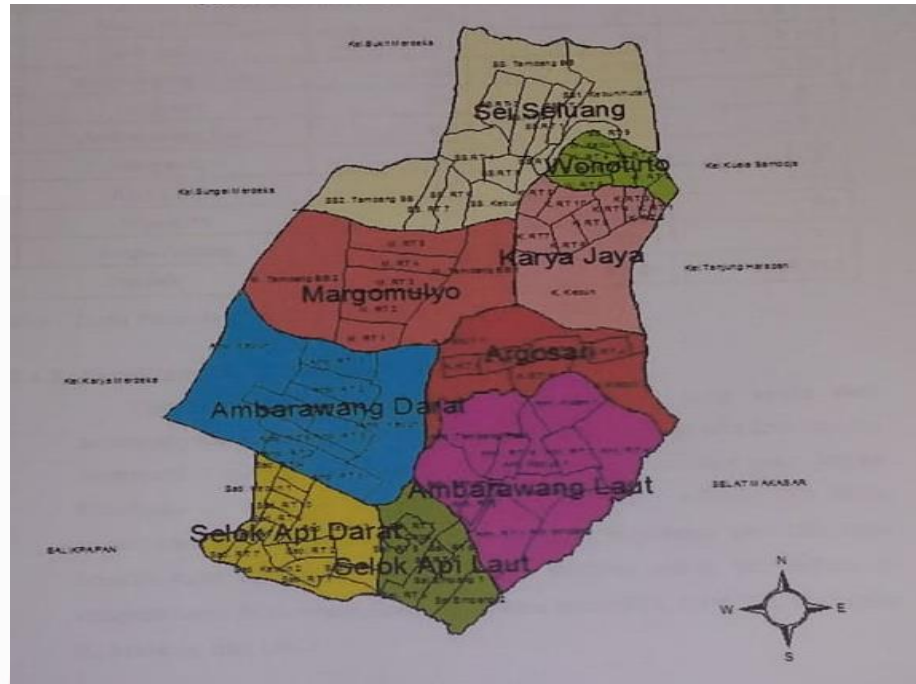
Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Samboja. Wilayah kerja Puskesmas Samboja berada disebagian wilayah Kecamatan Samboja Kabupaten Kutai Kartanegara dengan luas wilayah 263,82 km<sup>2</sup>. Berada di daerah letak lintang 0 derajat 52' LS-1 derajat 08'LS hingga 116 derajat 14 bujur timur. Sebagian wilayah merupakan daerah dataran rendah, perbukitan dan perkebunan, sebagian rawa dan daerah pantai pada ketinggian 10-50 meter di atas permukaan laut, berjarak 7 km dari kota kecamatan dan 110 km dari kota kabupaten. Batas wilayah kerja Puskesmas Samboja adalah :

- 1) Sebelah Utara : Kelurahan Sungai Merdeka dan Kelurahan Kuala Samboja
- 2) Sebelah Selatan : Kota Balikpapan
- 3) Sebelah Timur : Tanjung Harapan, Selat Makasar
- 4) Sebelah Barat : Kelurahan Karya Merdeka

Puskesmas Samboja mempunyai wilayah kerja sebanyak 8 kelurahan dan 1 desa serta 81 RT. Kecamatan Samboja sendiri terdiri dari 4 desa dan 18 kelurahan yaitu : Beringin Agung, Karya Jaya, Rawa Jaya, Tani Bakti, Amborawang Darat, Argosari, Bukit Merdeka, Bukit Jaya, Handil Baru, Handil Baru Darat, Kampung Lama, Karya Merdeka, Kuala Samboja, Margomulyo, Muara Sembilang, Salok Api Darat, Salok Api Laut, Sanipah, Sungai Merdeka, Sungai Seluang, Tanjung Harapan, Teluk Pamedas dan Wonotirto.

Wilayah kerja Puskesmas Samboja hanya meliputi 9 kelurahan yaitu Desa Karya Jaya, Kelurahan Sungai Seluang, Wonotirto, Margomulyo, Amborawang Darat, Argosari, Salok Api Darat, Salok

Api Laut dan Amborawang Laut. Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Samboja tahun 2017 adalah 17.319 jiwa, data berdasarkan data Kecamatan Samboja dalam angka tahun 2018 dengan berbagai suku diantaranya suku Dayak, suku Banjar, suku Bugis, suku Jawa, suku Sunda dan lain-lain. Peta wilayah kerja Puskesmas Samboja sebagai berikut :



Gambar 4.1.

Peta Wilayah Kerja Puskesmas Samboja

## b. Karakteristik Responden

### 1) Usia Dan Pendidikan

Karakteristik usia dan pendidikan responden di wilayah kerja Puskesmas Samboja, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1. Karakteristik Usia Pada Responden di wilayah kerja Puskesmas Samboja, Juni 2019 (n=131)

Variabel	Kategori	f	Persentase (%)
Usia	20-30 tahun	27	20,6
	31-40 tahun	66	50,4
	> 40 tahun	38	29
	Jumlah	131	100
Pendidikan	Tidak Sekolah	4	3,1
	Tamat SD	25	19,1
	Tamat SMP	37	28,2
	Tamat SMA	58	44,3
	Tamat Perguruan Tinggi	7	5,3
	Jumlah	131	100

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.1 di atas, diketahui usia responden di wilayah kerja Puskesmas Samboja pada penelitian ini paling banyak antara 31-40 tahun sebesar 66 responden (50,4%). Hal ini dikarenakan sebagian besar penduduk yang menjadi kader dengan usia 31-40 tahun merupakan usia dewasa awal dan dewasa akhir dimana tergolong usia yang produktif.

Pendidikan responden di wilayah kerja Puskesmas Samboja pada penelitian ini paling banyak tamat SMA sebesar 58 responden (44,3%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar kader memiliki pendidikan yang tergolong baik yaitu tamat SMA dimana tingkat pemahaman lebih baik, cepat mengerti dan adanya komitmen untuk menyehatkan warganya.

## 2. Analisis Univariat

Distribusi statistik skor pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum pelatihan kader tuberkulosis paru, dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.2. Skor Rata-Rata Pengetahuan Pelaksana *Screening* Tuberkulosis Paru Sebelum Dan Sesudah Pelatihan Kader Tuberkulosis Paru, Juni 2019 (n=131)

Variabel	Median	SD	Min-Max	95% CI
<i>Pre test</i>	50	16,547	5-90	46,51-52,25
<i>Post test</i>	70	13,798	30-90	67,07-71,75

Sumber : Data Primer, 2019

Berdasarkan tabel 4.2, diketahui bahwa skor median pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum pelatihan kader tuberkulosis paru yaitu 50 dengan nilai standar deviasi sebesar 16,547, nilai minimum 5 dan maksimum 90 serta 95% CI antara 46,51-52,25. Skor median pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru yaitu 70 dengan nilai standar deviasi sebesar 13,798, nilai minimum 30 dan maksimum 90 serta 95% CI antara 67,07-71,75. Pengetahuan merupakan faktor yang sangat penting membentuk tindakan seseorang. Prilaku yang didasari pengetahuan akan lebih baik. Pengetahuan kader mempengaruhi pada saat pelaksanaan *screening* tuberkulosis paru.

### 3. Analisis Bivariat

Untuk menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum dan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru, dapat dilihat pada tabel bawah ini:

Tabel 4.3. Perbedaan tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum dan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru, Juni 2019 (n=131)

	N	Mean Rank	Sum Of Ranks	Z	$\rho$ value
<i>Negative Rank</i>	5	25,20	126		
<i>Pre Test - Positive Rank</i>	116	62,54	7255	-9,248	0,000
<i>Post Test Ties</i>	10				
Total	131				

Sumber: Data Primer, 2019

Pada tabel 4.3 diketahui *negative ranks* atau selisih (*negative*) antara pengetahuan responden tentang *screening* tuberkulosis paru sebelum pelatihan (*pre test*) dan setelah pelatihan (*post test*) yaitu N sebanyak 5, *mean ranks* sebanyak 25,20 dan *sum of ranks* sebanyak 126.

Nilai ini menunjukkan adanya penurunan dari nilai *pre test* ke nilai *post test* sebanyak 2 responden.

*Positive ranks* atau selisih (*positive*) antara pengetahuan responden tentang *screening* tuberkulosis paru sebelum pelatihan (*pre test*) dan setelah pelatihan (*post test*) yaitu N sebanyak 116, *mean ranks* sebanyak 62,54 dan *sum of ranks* sebanyak 7255. Nilai ini menunjukkan adanya peningkatan dari nilai *pre test* ke nilai *post test* sebanyak 116 responden.

*Ties* adalah kesamaan nilai *pre test* dan *post test*, disini nilai *ties* adalah 10, sehingga dapat dikatakan bahwa terdapat 10 responden yang nilainya sama antara *pre test* dan *post test*.

Berdasarkan *output* statistik diketahui *p value* bernilai 0,000, karena nilai  $0,000 < 0,05$  artinya terdapat perbedaan antara pengetahuan responden tentang *screening* tuberkulosis paru sebelum pelatihan dan setelah pelatihan, sehingga pengaruh pelatihan terhadap pengetahuan responden tentang *screening* tuberkulosis paru sangat kuat. Diperoleh  $Z_{hitung} = -9,248$  (harga (-) tidak diperhitungkan karena harga mutlak) dan nilai  $Z_{tabel} = 1,96$  (dengan taraf kesalahan 10% untuk uji dua arah maka  $0,1/2$  yaitu 0,050), sehingga  $Z_{hitung} = -9,248 > Z_{tabel} = 1,64$  maka  $H_0$  ditolak atau  $H_a$  diterima berarti terdapat pengaruh tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum dan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru.

Sebelum pelatihan, masih ada kader yang belum dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, cara penularan, lamanya pengobatan, efek samping obat, cara mengeluarkan dahak yang baik dan benar dan ciri-ciri dahak yang baik, namun setelah pelatihan kader dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, cara penularan, lamanya pengobatan, efek samping obat, cara pengeluaran dahak yang baik dan benar dan ciri-ciri dahak yang baik.

## B. Pembahasan

1. Skor pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum pelatihan kader tuberkulosis paru.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa skor median pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum pelatihan kader tuberkulosis paru yaitu 50 dengan nilai standar deviasi sebesar 16,547, nilai minimum 5 dan maksimum 90 serta 95% CI antara 46,51-52,25. Hal ini menunjukkan bahwa sebelum pelatihan kader tuberkulosis paru rata-rata responden masih rendah pengetahuannya tentang pelaksana *screening* tuberkulosis paru.

Sebelum pelatihan, masih ada kader yang menyatakan penyebab tuberkulosis paru bukan bakteri jenis *mycobacterium tuberculosis* dan penyebarannya masih ada yang menyatakan dari liur bukan *droplet*, dan pengobatan tuberkulosis ada beberapa kader yang menjawab 3 bulan bukan 6 bulan pengobatan, dimana pengobatan selama 6 bulan bertujuan untuk menyembuhkan pasien dan untuk memutus rantai penularan.

Setelah pelatihan, kader dapat menyebutkan penyebab tuberkulosis paru bakteri jenis *mycobacterium tuberculosis* dan penyebarannya melalui *droplet*, dan pengobatan tuberkulosis ada beberapa kader yang menjawab 6 bulan pengobatan, dimana pengobatan selama 6 bulan bertujuan untuk menyembuhkan pasien dan untuk memutus rantai penularan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Wahyuni (2013) menunjukkan bahwa sebelum pelatihan, pengetahuan kader tentang penemuan suspek TB kurang baik karena sebelum intervensi dilakukan, sebagian besar kader menyatakan penyebab tuberkulosis adalah kuman, dan banyak banyanyak yang menyebabkan adalah virus dan masih banyak juga yang menjawab penyebab penyakit TB adalah angin malan dan merokok.

Kader kesehatan adalah anggota masyarakat yang dipercaya untuk menjadi pengelola upaya kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2012). Kader bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat serta pimpinan yang ditunjuk oleh pusat pelayanan kesehatan. Kader yang telah dilatih

diharapkan dapat melaksanakan petunjuk yang diberikan terkait dengan perannya sebagai tim kesehatan di masyarakat (Wijaya, 2015).

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indera manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif adalah faktor yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*) (Notoadmojo, 2012).

Seorang kader kesehatan yang mempunyai pengetahuan yang baik akan dapat melakukan tugasnya dalam pengendalian kasus tuberkulosis, dan salah satu tugas seorang kader kesehatan adalah melakukan pencarian kasus, selain itu dengan pengetahuan yang baik akan menjadikan kader kesehatan mempunyai kemungkinan untuk aktif 18 kali lebih besar daripada kader dengan pengetahuan rendah (Wijaya, 2015).

Fadhilah, et al. (2014) menyatakan bahwa, pengetahuan penemuan suspek TB yang baik juga disebabkan oleh kemampuan kader memahami informasi yang berhubungan dengan program TB. Kader yang berpengetahuan baik berdampak pada perilaku penemuan suspek yang baik, tetapi kader dengan tingkat pengetahuan kurang akan berperilaku penemuan suspek pun kurang. Menurut penelitian Wahyudi (2010), terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara pengetahuan, sikap dan motivasi kader dengan penemuan suspek Tuberkulosis Paru sehingga disarankan kepada Dinas Kesehatan untuk melibatkan peran serta kader dalam penemuan suspek Tuberkulosis Paru sebagai upaya meningkatkan cakupan kegiatan.

2. Skor pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa skor median pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru yaitu 70 dengan nilai standar deviasi sebesar 13,798, nilai minimum 30 dan maksimum 90 serta 95% CI antara 67,07-

71,75. Hal ini menunjukkan bahwa ada peningkatan skor rata-rata pengetahuan responden tentang pelaksana *screening* tuberkulosis paru sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Wahyuni (2013) menunjukkan bahwa setelah pelatihan, pengetahuan kader tentang penemuan suspek TB meningkat. Elman Boy (2015) yaitu pengetahuan kader kesehatan meningkat secara signifikan setelah dilaksanakannya pelatihan manajemen TB.

Kader kesehatan masyarakat bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat serta pimpinan-pimpinan yang ditunjuk oleh pusat-pusat kesehatan. Diharapkan mereka dapat melaksanakan petunjuk yang diberikan oleh para pembimbing dalam jalinan kerja dari sebuah tim kesehatan. Para kader kesehatan masyarakat itu mungkin saja bekerja secara *full time* atau *part time* dalam bidang pelayanan kesehatan, dan mereka tidak dibayar dengan uang atau bentuk lainnya. oleh masyarakat setempat atau oleh puskesmas (Meilani, 2009).

Pelatihan adalah proses melatih, kegiatan atau pekerjaan. Pelatihan mempersiapkan peserta latihan untuk mengambil jalur tindakan tertentu yang dilukiskan oleh teknologi dan organisasi tempat bekerja, dan membantu peserta memperbaiki prestasi dalam kegiatannya terutama mengenai pengertian dan keterampilan (Notoatmodjo, 2012).

Salah satu masalah dalam program pemberantasan penyakit TB paru (P2TB paru) adalah masih terdapatnya paham di masyarakat yang menghubungkan TB paru dengan penyakit yang memalukan sehingga penderita merasa malu untuk memeriksakan diri dan cenderung menyembunyikan sakitnya. Selain itu TB paru tidak dapat ditangani melalui pendekatan kesehatan semata, namun perlu koordinasi lintas program dan lintas sektor dengan pihak terkait termasuk masyarakat. Jauhnya jangkauan dan pelayanan kesehatan dapat mengakibatkan ketidakpatuhan dan ketidakteraturan penderita dalam berobat. Sehubungan dengan hal tersebut, perlu dikembangkan suatu sistem penanggulangan dan pengendalian penyakit TB paru dengan upaya mendekatkan pelayanan

melibatkan peran aktif masyarakat, sehingga cakupan penemuan penderita dapat ditingkatkan (Abdul dalam Fahmi, 2010).

Penemuan penderita TB paru secara aktif di masyarakat sangat penting untuk mencegah penularan lebih lanjut tetapi kendala di lapangan adalah jumlah tenaga kesehatan yang ada sangat terbatas. Peningkatan kasus TB paru dari tahun ke tahun dan terbatasnya pelayanan petugas kesehatan, memerlukan adanya peran serta masyarakat dalam program pemberantasan TB paru. Pemerintah yang masih menekankan metode *passive case finding* mengakibatkan penderita TB paru aktif di masyarakat akan semakin *underreported* (Tjandra dalam Fahmi, 2010).

Kader TB Paru merupakan sasaran yang tepat dalam pelaksanaan program penemuan suspek dan penderita TB Paru. Fungsi kader TB paru yaitu membantu menemukan suspek dan menjadi PMO hingga koordinator PMO. Kader ini merupakan kepanjangan tangan dari puskesmas atau Dinas Kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerjanya (Wijaya, 2015).

Pemerintah melakukan peningkatan kualitas dengan memberikan pelatihan dan pemberdayaan kader kesehatan dalam penjangkaran suspek TBC serta perawatannya terutama di rumah dan melakukan kerjasama dengan lintas sektor di tingkat kabupaten/kota untuk mendukung program tersebut.

3. Pengaruh tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum dan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pelatihan kader tuberkulosis paru dapat meningkatkan pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Samboja, yang berarti Terdapat pengaruh tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum dan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru. Dimana terdapat 5 responden yang nilai pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru mengalami penurunan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru, terdapat 116 orang yang nilai pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru mengalami peningkatan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru dan terdapat 10 orang yang nilai pengetahuan

pelaksana *screening* tuberkulosis paru tidak mengalami perubahan atau tetap sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru.

Pada 5 responden yang nilai pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru mengalami penurunan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru dengan pendidikan tidak sekolah sebanyak 4 orang dan tamat SD sebanyak 1 orang. Pada 10 orang yang nilai pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru tidak mengalami perubahan atau tetap sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru dengan pendidikan tamat SD sebanyak 8 orang dan 2 orang tamat SMP.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Wahyuni (2013) yaitu setelah pelatihan, pengetahuan kader tentang penemuan suspek TB meningkat. Elman Boy (2015) pengetahuan kader kesehatan meningkat secara signifikan setelah dilaksanakannya pelatihan manajemen TB. Mohamad Anis Fahmi (2010) yaitu terdapat perbedaan yang bermakna antara suspek TB paru dan suspek yang diperiksa dahak pada kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol.

Pelatihan sebagai alat untuk memperbaiki penampilan/kemampuan individu atau kelompok dengan harapan memperbaiki performance organisasi. Perbaikan-perbaikan itu dapat dilaksanakan dengan berbagai cara. Pelatihan yang efektif dapat menghasilkan pengetahuan dalam pekerjaan/tugas, pengetahuan tentang struktur dan tujuan organisasi, tujuan-tujuan bagian-bagian tugas masing-masing karyawan dan sasaran tentang sistem dan prosedur, dan lain-lain.

Penyakit TB Paru dapat disembuhkan dengan pengobatan secara teratur. Keberhasilan pengobatan dipengaruhi beberapa faktor mulai dari karakteristik penderita termasuk status gizi dan imunitas, faktor lingkungan, faktor sarana dan prasarana yang mendukung keteraturan pengobatan. Hal ini dikarenakan pengobatan TBC paru memerlukan waktu yang sangat panjang dan mungkin menyebabkan kebosanan dan kejenuhan pada penderita (Achmadi, 2015).

Siagian (2015) mengemukakan 10 manfaat yang dapat dipetik oleh kader dari kegiatan pelatihan meliputi membantu membuat keputusan

yang lebih baik, meningkatkan kemampuan menyelesaikan berbagai masalah yang dihadapinya, terjadinya interaksi dan operasionalisasi faktor-faktor motivasional, timbulnya dorongan dalam diri untuk terus meningkatkan kemampuan kerjanya, peningkatan kemampuan untuk mengatasi stres, frustrasi, dan konflik yang pada gilirannya memperbesar rasa percaya diri sendiri, tersedianya informasi berbagai program yang dapat dimanfaatkan dalam rangka pertumbuhan secara teknikal dan intelektual, meningkatkan kepuasan kerja, semakin besar pengakuan atas kemampuan seseorang, mengurangi ketakutan menghadapi tugas-tugas baru di masa depan.

Berdasarkan penjelasan diatas diketahui bahwa sebelum pelatihan, masih ada kader yang belum dapat menyebutkan penyebab, tanda dan gejala, cara penularan, lamanya pengobatan, efek samping obat, cara mengeluarkan dahak yang baik dan benar dan ciri-ciri dahak yang baik.

Setelah pelatihan kader dapat menyebutkan penyebab tuberkulosis paru adalah *mycobacterium tuberkulosis*, tanda dan gejala adalah batuk lebih dari 2 minggu, keringat malam hari, nafsu makan berkurang, batuk berdahak kadang di bercampur darah, berat badan menurun, cara penularan tuberkulosis paru melalui *droplet* atau udara, lamanya pengobatan untuk kategori 1 adalah 6 bulan, dan katagori 2 adalah 8 bulan, efek samping obat tuberkulosis adalah air kencing berwarna merah, pegel-pegel atau nyeri sendi, gatal, nafsu makan berkurang, cara pengeluaran dahak yang baik dan benar adalah dengan cara tarik nafas dalam-dalam sebanyak 3 kali kemudian disentakkan atau kalau tidak minum air manis hangat, lari-lari kecil,berkumur-kumur dengan air bersih dan ciri-ciri dahak yang baik adalah warna dahak putih kekuning-kuningan atau kehijauan dan bentuknya lebih kental dari air liur.

Setelah pelatihan sebagian besar pengetahuan meningkat. Sehingga pelatihan dapat memberikan manfaat dalam meningkatkan pengetahuan kader.

### C. Keterbatasan Penelitian

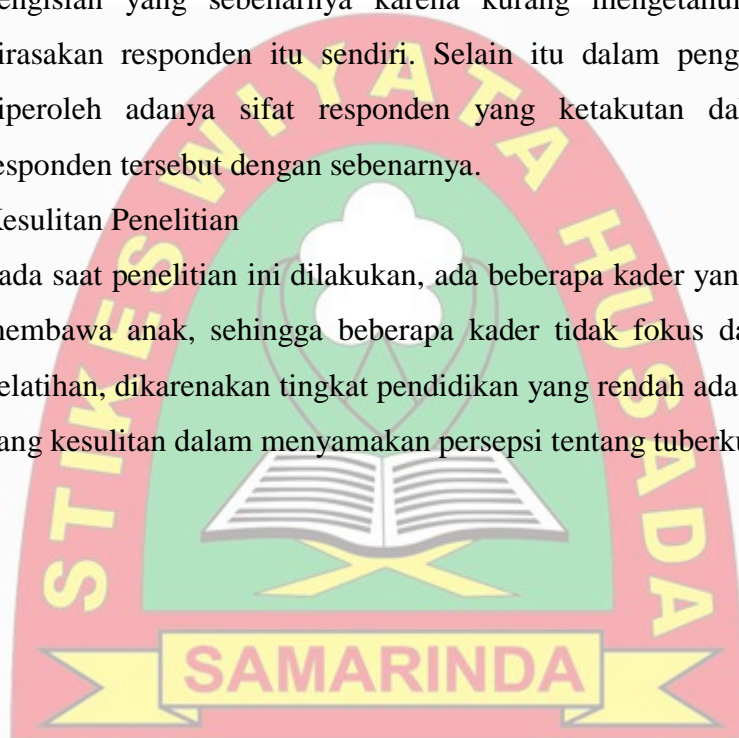
Pada saat penelitian terdapat beberapa kelemahan dan kesulitan penelitian. Hasil penelitian mungkin akan berpengaruh akibat kelemahan dan kesulitan yang tidak bisa dihindari. Adapun kelemahan dan kesulitan penelitian adalah sebagai berikut :

#### 1. Kelemahan Penelitian

Pengambilan data pada penelitian ini hanya didasarkan pada pengisian kuesioner, dimungkinkan adanya unsur kurang obyektif dalam proses pengisian yang sebenarnya karena kurang mengetahui kondisi yang dirasakan responden itu sendiri. Selain itu dalam pengisian kuesioner diperoleh adanya sifat responden yang ketakutan dalam menjawab responden tersebut dengan sebenarnya.

#### 2. Kesulitan Penelitian

Pada saat penelitian ini dilakukan, ada beberapa kader yang saat pelatihan membawa anak, sehingga beberapa kader tidak fokus dalam mengikuti pelatihan, dikarenakan tingkat pendidikan yang rendah ada beberapa kader yang kesulitan dalam menyamakan persepsi tentang tuberkulosis paru.



## BAB V PENUTUP

### A. Simpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan mengenai pengaruh pelatihan kader tuberkulosis paru terhadap tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan yaitu terdapat pengaruh tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum dan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru. Perhitungan uji *wilcoxon test* menunjukkan bahwa skor rata-rata tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru sebelum dan sesudah pelatihan kader tuberkulosis paru dengan beda *median* sebesar 20 dengan nilai *z* hitung 9,248 dan *p value* 0,000.

### B. Saran

Dari hasil kesimpulan di atas, maka ada beberapa hal yang dapat disarankan yaitu diharapkan bagi kader mengikuti pelatihan ataupun *refreshing screening* kader tuberkulosis paru minimal setahun sekali, bagi puskesmas diharapkan mampu membuat program rutin pertemuan kader pelaksana *screening* tuberkulosis paru per triwulan, dan penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan sedikit pengalaman tambahan pada peneliti selanjutnya sehingga hasil penelitian yang dihasilkan akan semakin baik dan diharapkan bagi peneliti selanjutnya perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru, dengan jumlah sampel yang lebih besar, waktu penelitian yang lebih panjang dan *variabel* yang berbeda.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Proses*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Chandra B, 2012. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Chin. 2016. *Studi Kasus (Desain & Metode)*. PT. Raja Grafindo. Jakarta.
- Corwin, E.J. 2010. *Buku Saku Patofisiologi*. Penerbit EGC. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Depkes RI. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Penemuan dan Diagnosa Tuberkulosis*. Depkes RI. Jakarta.
- Dahlan, M.S. 2014. *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 5. Jakarta : Salemba Medika.
- Effendi, Ferry dan Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Elman, Boy. 2015. *Efektifitas pelatihan kader kesehatan dalam penanganan tuberkulosis di wilayah binaan*. Jurnal Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
- Hastono dan Sabri. 2010. *Statistik Kesehatan*. Edisi pertama. Jakarta: Rajawali.
- Kemenkes RI. 2015. *Pedoman Sistem Pengkajian Mutu Eksternal Laboratorium Mikroskopis TB di Indonesia*. Kemenkes RI. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2016. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Kemenkes RI. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2017. *Kebijakan Nasional Kolaborasi TB-HIV di Indonesia Departemen Kesehatan Republik Indonesia*. Kemenkes RI. Jakarta.
- Kirana. N. 2015. *Menunggu Revitalisasi Posyandu*. PT Rineka Cipta. Jakarta.
- Mahpudin. 2016. *Manajemen Publik*. Mandar Maju. Bandung.

Mangkunegara. 2010. *Pemberantasan Penyakit TB Paru dan Strategi DOTS*. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatra Utara. Medan.

Meilani, Niken. 2009. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta : Fitramaya.

Moekijat. 2012. *Manajemen Tenaga Kerja dan Hubungan Kerja, Edisi Revisi*, CV. Pioner Jaya, Bandung.

Fallen, R dan R. Budi Dwi K. 2010. *Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Fadhilah et al. 2014. *Perilaku Kader dalam Penemuan Suspek Tuberkulosis*. Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas YARSI.

Fahmi, Mohamad Anis. 2010. *Efektivitas Pemberdayaan Masyarakat melalui Metode Gerakan Peduli TB Paru (GPT) untuk Meningkatkan Case Detection Rate (CDR) TB Paru di Kecamatan Welahan Kabupaten Jepara*. Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Notoadmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta.

Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.

Nursalam. 2011. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan : pedoman skripsi, tesis, dan instrument penelitian keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

Panggabean, Mutiara Sibarani. 2012. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Ghalia Indonesia.

Siagian. 2015. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta : Bumi Aksara.

Somantri, I. 2009. *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Salemba Medika. Jakarta.

Sugiyono, 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. CV Alfabeta. Bandung.

Wahyudi. 2010. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta : Sulita.

Wahyuni. 2013. *Pelatihan Kader Kesehatan untuk Penemuan Penderita Suspek Tuberkulosis*. Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Waro. 2017. *Pengembangan Desain Pelayanan Menuju Puskesmas Mandiri di Propinsi Jawa Timur*. Journal Kedokteran dan Farmasi Medika. Jakarta.

Wijaya, AA. 2015. *Merokok dan tuberkulosis*. Jurnal Tuberkulosis Indonesia, 8: 18-23.

WHO. 2015. *Angka Kejadian Penyakit Tuberkulosis*. <http://www.who.int/features/factfiles/Tuberkulosis/en/index.html>.



Lampiran 1.

## LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di –

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Peneliti : Yulia Puspita

NIM : B21743421601

Judul Penelitian : Pengaruh pelatihan kader tuberkulosis paru terhadap tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Samboja.

Saya adalah mahasiswi Stikes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui efektifitas pelatihan kader tuberkulosis paru terhadap tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Samboja.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Ibu/Saudara/I bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan meminta calon yang terpilih agar bersedia menjadi calon responden setelah mengadakan pendekatan dan memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian serta hak dan kewajiban selama menjadi responden. Responden yang bersedia selanjutnya diminta menandatangani lembar *Informed concent*. Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya bila ada yang belum jelas.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dan peneliti berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak Ibu/Saudara/I dengan cara menjaga

kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan dan penyajian laporan penelitian.

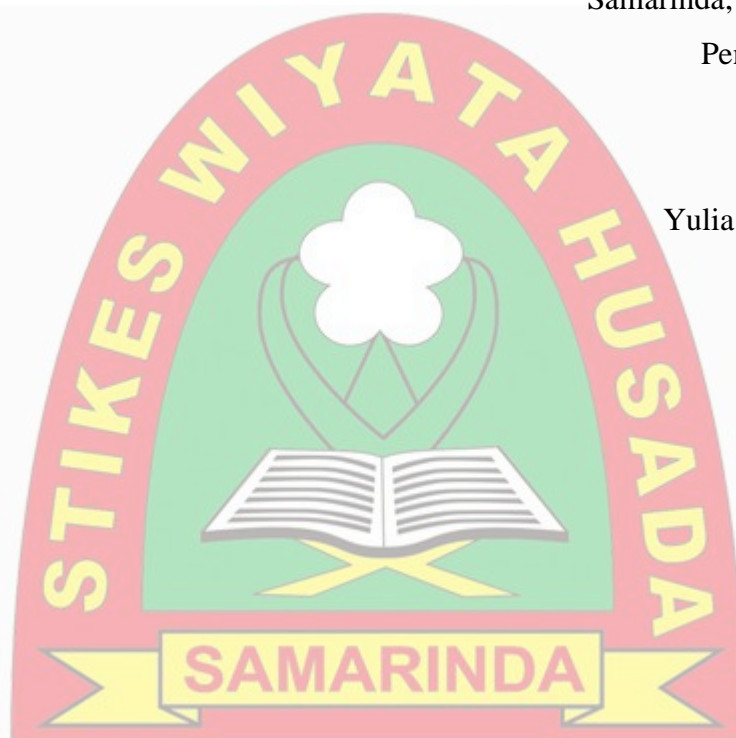
Apabila Ibu/Saudara/i ketika merasa kesulitan, mohon memberitahu peneliti, maka pelaksanaan penelitian akan ditunda dan akan dilanjutkan sesuai dengan keinginan Ibu/Saudara/I dan boleh memutuskan untuk menolak penelitian kapanpun dikehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu.

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, April 2019

Peneliti

Yulia Puspita



Lampiran 2

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA  
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : .....

Umur : .....

Alamat : .....

No. telp.....

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul pengaruh pelatihan kader tuberkulosis paru terhadap tingkat pengetahuan pelaksana *screening* tuberkulosis paru di Wilayah Kerja Puskesmas Samboja.

Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Samarinda,.....2019

Mengetahui  
Peneliti

**SAMARINDA**

Yang membuat pernyataan

Yulia Puspita

Nama & Tanda tangan

## KUESIONER

### PENGARUH PELATIHAN KADER TUBERKULOSIS PARU TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN PELAKSANA *SCREENING* TUBERKULOSIS PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SAMBOJA

#### Petunjuk Pengisian

1. Mohon bantuan Ibu untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada dengan jujur.
2. Berilah tanda (x) pada kolom yang tersedia dan pilih sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
3. Tidak ada jawaban yang benar atau salah, Ibu cukup menjawab sesuai yang Ibu alami dan rasakan. Jawaban Ibu dijamin kerahasiaannya. Selamat mengisi kuesioner !

Nomor Responden : \_\_\_\_\_ (Diisi oleh peneliti)

Tanggal Wawancara :     /     / 2019

#### A. Data Identitas Responden

1. Inisial : .....
2. Umur : .....(Tahun)
3. Pendidikan Terakhir :
  - 1) Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD
  - 2) SD
  - 3) SMP
  - 4) SMA
  - 5) Perguruan Tinggi
4. Lama menjadi kader TB Paru: .....(Tahun)
5. Jika iya, sudah berapa lama pelatihan yang pernah diikuti :
  - 1) < 1 tahun
  - 2)  $\geq$  1 tahun

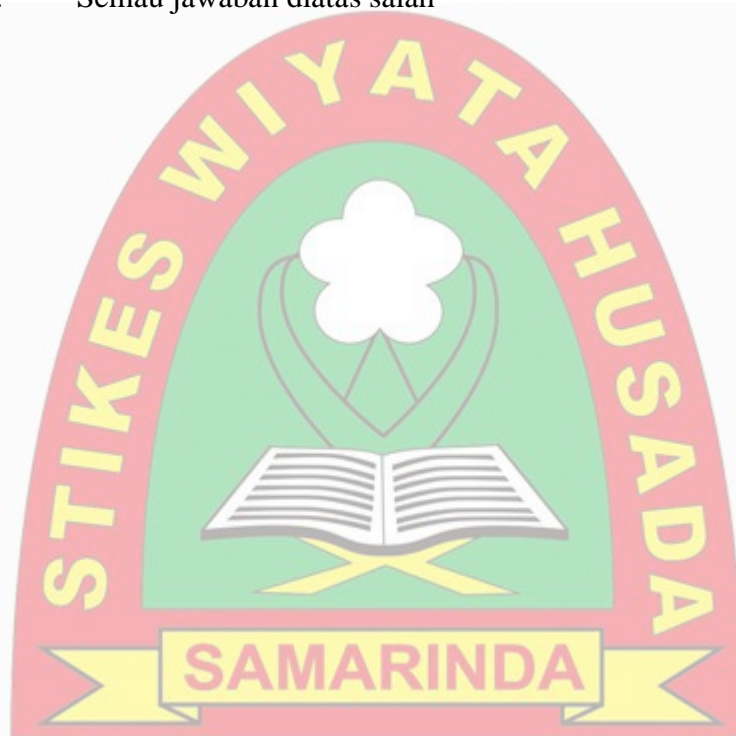
## B. Pengetahuan

1. Penyakit tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri.....
  - a. Mycobacterium tuberculosis
  - b. Mycobacterium microti
  - c. Mycobacterium bovis
  - d. Semua benar
2. Secara teoritis, cara penularan penyakit TB adalah melalui.....
  - a. Droplet / Udara
  - b. Darah
  - c. Keringat
  - d. organ genital
3. Kriteria suspek TB paru adalah.....
  - a. Kadang batuk mengeluarkan darah
  - b. Nafsu makan dan berat badan turun
  - c. Batuk lebih dari 2 minggu
  - d. Semua benar
4. Yang perlu dilakukan saat penemuan kasus TB adalah.....
  - a. Keluarga yang kontak dengan pasien semua diperiksa
  - b. Pemeriksaan hanya pada anggota keluarga yang terdekat saja
  - c. Tetangga semua diperiksa
  - d. Seseorang dengan gejala utama saja yang diperiksa
5. Lewat survey kontak ditemukan seorang anak, terdapat riwayat kontak penderita TB (ibu). Tindakan yang harus diambil adalah.....
  - a. Langsung melakukan pengobatan terhadap anak tersebut
  - b. Melakukan biopsi kulit
  - c. Mengawasi perkembangan pembesaran kelenjar tiroid
  - d. Melakukan screening pada anak dan pemeriksaan Uji Tuberkulin
6. Siapa saja yang beresiko sakit TB, yaitu.....
  - a. Perokok
  - b. Orang dengan diabetes melitus
  - c. Orang dengan HIV/AIDS

- d. Semua jawaban di atas benar
7. Terdapat beberapa cara dalam melakukan diagnosis penyakit TB, Yaitu.....
- Foto toraks
  - Uji biakan
  - Pemeriksaan Dahak Mikroskopis
  - Jawaban a dan c benar
8. Kegiatan dalam tatalaksana pasien TB paru di bawah ini, kecuali.....
- Penemuan tersangka TB
  - Perencanaan pertemuan kelompok
  - Diagnosis
  - Pengobatan
9. Strategi DOTS terdiri atas 5 komponen, kecuali.....
- Komitmen politis
  - Pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya
  - Pengawasan secara tidak langsung selama pengobatan
  - Jaminan ketersediaan OAT yang bermutu
10. Tujuan pengobatan TB (Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, 2008) kecuali.....
- Menyembuhkan pasien
  - Mencegah kematian
  - Menunda rantai penularan
  - Mencegah kekambuhan
11. Cara membantu pengeluaran dahak yang adalah...
- Minum air manis
  - Lari-lari kecil di tempat
  - Berkumur-kumur dengan air bersih
  - Semua jawaban diatas benar
12. Cara pengeluaran dahak yang benar adalah ...
- Minum air es
  - Tarik nafas dalam-dalam sebanyak 3 kali, lalu sentakkan untuk mengeluarkan dahak dari paru
  - Teriak sekencang-kencangnya

- d. Bersin
13. Ciri-ciri dahak yang baik dan benar adalah
- Dahak liur
  - Dahak encer
  - Dahak berwarna putih kekuning-kuningan, atau kehijauan dan bentuknya lebih kental dari liur
  - Dahak berwarna putih susu
14. Bagaimana cara mencegah penularan TB....
- Ventilasi udara harus baik
  - Tidak membuang dahak sembarangan
  - Pasien TB harus menutup mulutnya bila bersin atau batuk
  - Semua jawaban diatas benar
15. Berapa lama pengobatan pasien TB ....
- 3 bulan
  - 2 bulan
  - 6 bulan
  - 5 bulan
16. Apa saja efek samping obat TB ....
- Kencing berwarna merah
  - Nyeri sendi / kesemutan
  - Hilang nafsu makan
  - Semua jawab diatas benar
17. Siapa saja yang berresiko terkena TB anak, kecuali ....
- Anak kontak erat dengan penderita TB
  - Anak dengan demam, batuk, pilek
  - Anak dengan kekebalan tubuh rendah / gizi buruk
  - Anak dengan HIV
18. Apa penyebab TB Resisten Obat, kecuali....
- Mengehentikan pengobatan secara sepihak
  - Tidak teratur minum obat TB
  - Menggunakan alat makan bersama
  - Tidak mematuhi anjuran dokter/ petugas kesehatan

19. Siapa saja yang beresiko menjadi TB resisten obat, kecuali ....
- a. Pasien gagal pengobatan kat. 1 dan kat 2
  - b. Pasien TB kambuh
  - c. Pasien yang mempunyai riwayat pengobatan tidak sesuai standar
  - d. Pasien dengan batuk, pilek
20. Cara membuang dahak yang benar, kecuali
- a. Di buang sembarang tempat
  - b. Di tempatkan di wadah yang berisi cairan disinfektan
  - c. Di taruh di tissu/sapu tangan
  - d. Semau jawaban diatas salah



Lampiran 4. Uji Validitas dan Reliabilitas

No	Uji Validitas dan Reliabilitas																			
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20
1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1
2	2	1	4	2	2	1	4	2	4	2	1	4	2	4	4	2	1	4	2	4
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	4	1	3	2	4	1	3	2	4	4	1	3	2	4	4	4	1	3	2	4
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3
9	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3
10	3	1	1	1	3	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2	3	1	1	1	2
11	3	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1
12	2	1	4	2	2	1	4	2	4	2	1	4	2	4	4	2	1	4	2	4
13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
14	4	1	3	2	4	1	3	2	4	4	1	3	2	4	4	4	1	3	2	4
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
17	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
18	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3
19	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3
20	3	1	1	1	3	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2	3	1	1	1	2
21	3	1	1	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1
22	2	1	4	2	2	1	4	2	4	2	1	4	2	4	4	2	1	4	2	4
23	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
24	4	1	3	2	4	1	3	2	4	4	1	3	2	4	4	4	1	3	2	4
25	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
26	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
27	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
28	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3
29	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3
30	3	1	1	1	3	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2	3	1	1	1	2

### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.980	20

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
p1	59.60	362.110	.680	.980
p2	60.40	329.628	.887	.978
p3	59.90	338.783	.895	.978
p4	60.40	336.248	.974	.977
p5	59.60	362.110	.680	.980
p6	60.40	329.628	.887	.978
p7	59.90	338.783	.895	.978
p8	60.40	336.248	.974	.977
p9	59.90	349.955	.759	.979
p10	59.60	362.110	.680	.980
p11	60.40	329.628	.887	.978
p12	59.90	338.783	.895	.978
p13	60.40	336.248	.974	.977
p14	59.90	349.955	.759	.979
p15	59.90	349.955	.759	.979
p16	59.60	362.110	.680	.980
p17	60.40	329.628	.887	.978
p18	59.90	338.783	.895	.978
p19	60.40	336.248	.974	.977
p20	59.90	349.955	.759	.979

Lampiran 5. Data Penelitian

No	Nama	Usia	Pendidikan	Pre Test	Post Test
1	Makka waru	36	3	65	85
2	Sujinahwati	37	3	50	85
3	Siti nur Faridah	40	3	60	80
4	Aisyah Laega	28	4	75	85
5	Nuridah	41	3	60	75
6	Yusri Putri	42	3	45	60
7	Sulistirah Tri astuti	35	4	45	75
8	Komariah	39	2	39	70
9	rismawati	28	3	55	70
10	siti nur bayah	42	2	55	75
11	Maisaroh	47	1	30	30
12	Tuti	48	2	50	65
13	Sulistianingsih	41	3	55	75
14	Sabariah	41	2	60	70
15	Jubaidah	38	3	55	70
16	Kamito.P ( Laki)	54	3	30	75
17	Riski Amida	27	4	70	75
18	Purwati	41	2	45	75
19	supinah	40	3	50	75
20	masrianti	33	3	70	90
21	janah	32	2	5	35
22	masdawiyah	38	2	10	30
23	Hartati	31	4	60	80
24	Suliyah	42	4	65	65
25	rosmita	28	4	75	90
26	supiani	40	3	25	55
27	salmiah	42	2	25	35
28	rapeh	41	2	35	80
29	sariyani	33	4	55	85
30	jamliah	46	2	55	75
31	Misriani	45	3	55	70
32	Salmah	30	4	15	60
33	Rohani	45	3	15	30
34	masniah	23	3	70	80
35	maulidayanti	35	3	45	75
36	lili jumiaty	38	2	50	75
37	asmawati	40	2	50	80
38	rohana	38	4	65	90
39	farida hariyani	31	4	50	75
40	nuriyani	41	3	65	85
41	sarmini	43	3	30	55

42	junaidah	42	2	50	50
43	rukmini	30	4	40	60
44	rohayani	40	4	55	55
45	fatimah	32	2	15	35
46	hasnah	31	2	50	55
47	nurhayani	40	2	30	85
48	yuliana	32	3	60	60
49	Sugiartin	45	2	40	60
50	k.e	40	4	25	75
51	t.s	54	4	30	70
52	a	23	4	35	35
53	lina	30	3	40	65
54	norhayati	34	2	45	55
55	nurlela	27	4	50	70
56	L	31	4	50	75
57	F	33	4	50	80
58	Zubaedah	26	4	55	70
59	Rjs	28	4	55	70
60	sitah	48	4	55	70
61	ibu pon	52	4	55	65
62	supartinah	44	5	55	75
63	S.Y	43	4	60	70
64	khoironi ( L)	23	4	65	75
65	J	24	3	65	75
66	Mahdalena	35	4	70	85
67	rahmawati	44	4	70	44
68	S	34	4	75	75
69	B	34	4	75	75
70	E.J	28	4	50	80
71	F.	32	5	65	75
72	J.	35	4	60	80
73	A	52	4	45	65
74	NS ( L )	45	5	75	85
75	Diana	40	3	65	80
76	Muslia. A	38	4	60	70
77	Suptihatin	38	4	70	70
78	sulastri	48	3	70	60
79	kasiati	34	3	55	80
80	marlina	40	3	45	60
81	tarmiati	43	4	50	60
82	Devi	33	4	50	65
83	indri	28	3	45	70
84	nurjanah	34	3	15	45

85	sukarti	46	3	20	30
86	rahmiati	38	4	60	70
87	muji	35	3	60	55
88	feny	28	4	60	90
89	atik	37	4	45	60
90	ratnawati	33	4	45	65
91	pitria	34	4	40	85
92	linda lestari	22	4	55	60
93	endang	38	3	35	65
94	faridah	22	4	70	85
95	melly	36	4	20	80
96	hasnah	43	4	45	65
97	nisa	28	5	55	80
98	bulan	36	4	45	65
99	dahnia	50	1	15	70
100	dani sujiarti	34	4	15	60
101	isnaini	47	1	10	75
102	arijani	29	4	10	80
103	Ratna ningsih	31	3	45	55
104	sunayah	30	3	55	80
105	muharoh	40	2	65	80
106	halimah	38	3	45	75
107	darsini	42	2	70	85
108	kamsiah	31	2	50	40
109	sulastri	41	1	50	70
110	fitrianah	46	4	55	70
111	d.s	28	5	60	80
112	sumiyah	35	3	70	65
113	lili jumiati	38	2	50	75
114	lastri	45	3	55	70
115	daryanti	33	4	50	65
116	nengsih	25	4	90	90
117	umisah	40	2	30	55
118	saniah	37	3	45	75
119	recha ade	39	4	60	80
120	etty kusrini	39	2	45	80
121	fricilia	29	5	75	90
122	Weni.Y	35	4	45	70
123	Sundari	34	3	50	75
124	dian astuti	37	4	60	75
125	jainab	39	4	35	75
126	dewi purwati	20	2	55	65
127	Novi sundari	38	4	55	80

128	Fita purnamasari	22	4	60	80
129	rukiyah	35	4	50	75
130	siti nurhayati	43	5	45	60
131	Suparti	40	4	40	70



Lampiran 6. Hasil SPSS

Uji Normalitas

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pre Test	131	100.0%	0	0.0%	131	100.0%
Post Test	131	100.0%	0	0.0%	131	100.0%

**Descriptives**

		Statistic	Std. Error	
Pre Test	Mean	49.53	1.446	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	46.67	
		Upper Bound	52.39	
	5% Trimmed Mean	50.12		
	Median	50.00		
	Variance	273.789		
	Std. Deviation	16.547		
	Minimum	5		
	Maximum	90		
	Range	85		
	Interquartile Range	15		
	Skewness	-.648	.212	
	Kurtosis	.281	.420	
Post Test	Mean	69.38	1.206	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	67.00	
		Upper Bound	71.77	
	5% Trimmed Mean	70.34		
	Median	70.00		
	Variance	190.392		
	Std. Deviation	13.798		
	Minimum	30		
	Maximum	90		
	Range	60		
	Interquartile Range	15		
	Skewness	-1.135	.212	
	Kurtosis	1.224	.420	

### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pre Test	.155	131	.000	.949	131	.000
Post Test	.174	131	.000	.898	131	.000

a. Lilliefors Significance Correction

### Uji Univariat

#### Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20-30 tahun	27	20.6	20.6	20.6
31-40 tahun	66	50.4	50.4	71.0
> 40 tahun	38	29.0	29.0	100.0
Total	131	100.0	100.0	

#### Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	4	3.1	3.1	3.1
Tamat SD	25	19.1	19.1	22.1
Tamat SMP	37	28.2	28.2	50.4
Tamat SMA	58	44.3	44.3	94.7
Tamat Perguruan Tinggi	7	5.3	5.3	100.0
Total	131	100.0	100.0	

#### Statistics

		Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	95% Confidence Interval		
					Lower	Upper	
N	Valid	Pre Test	131	0	0	131	131
		Post Test	131	0	0	131	131
	Missing	Pre Test	0	0	0	0	0
		Post Test	0	0	0	0	0
Mean	Pre Test	49.53	-.01	1.46	46.51	52.25	
	Post Test	69.38	.05	1.20	67.07	71.75	
Median	Pre Test	50.00	1.31	2.21	50.00	55.00	
	Post Test	70.00	2.38	2.50	70.00	75.00	

Std. Deviation	Pre Test	16.547	-.143	1.087	14.167	18.372
	Post Test	13.798	-.145	1.051	11.687	15.644
Minimum	Pre Test	5				
	Post Test	30				
Maximum	Pre Test	90				
	Post Test	90				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

## Uji Bivariat

### Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Post Test - Pre Test	Negative Ranks	5 <sup>a</sup>	25.20	126.00
	Positive Ranks	116 <sup>b</sup>	62.54	7255.00
	Ties	10 <sup>c</sup>		
	Total	131		

a. Post Test < Pre Test

b. Post Test > Pre Test

c. Post Test = Pre Test

Test Statistics <sup>a</sup>	
	Post Test - Pre Test
Z	-9.248 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

LAMPIRAN  
DOKUMENTASI KEGIATAN













**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008  
TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/V/2015  
PERINGKAT B



Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan-Timur Telp/Fax. (0541) 7272431  
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id

Nomor : 437 /STIKES-WHS/LT/2019  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data

20 Maret 2019

Kepada Yth.  
**Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Kartanegara**  
di -  
Tempat

**Dengan hormat,**


Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan studi pendahuluan dan pengambilan data di wilayah kerja yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : YULIA PUSPITA  
NIM : B21743421601  
Semester : III  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul : **Efektifitas Pelatihan Kader Tuberkulosis Paru Dengan Tingkat Pengetahuan dan Capaian Pelaksanaan Screening Tuberkulosis Paru**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kesediannya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Ketua I.  
  
Ns. Sumiati Sinaga.,M.Kep



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA  
UPT DINAS KESEHATAN  
**PUSKESMAS SAMBOJA**  
KECAMATAN SAMBOJA  
Jl. Balikpapan – Handil II No. Telp. (0541) 7895762 Kode Pos 75271



Samboja, 26 April 2019

Nomor : 445.1.808/3874 /PKM-SBJ/IV/2019  
Lamp. :  
Prihal : Jawaban Permohonan Izin Penelitian  
Husada

Kepada  
Yth. Wakil Ketua.I  
STIKES Wiyata  
Di  
**Samarinda**

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat permohonan nomor : 798/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 24 April 2019, tentang Permohonan Izin Penelitian di Puskesmas Samboja dalam rangka penyelesaian tugas akhir, menanggapi surat tersebut, kami pihak Puskesmas Samboja tidak berkeberatan dan bersedia menjadi tempat pelaksanaan kegiatan tersebut, atas mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : YULIA PUSPITA  
NIM : B21743421601  
Semester : III  
Program Studi : S1. Ilmu Keperawatan

Demikian Surat jawaban ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala UPTD Puskesmas Samboja  
Kecamatan Samboja



**dr. H. Yazid Mochammad Nur**  
Penata TK.1

NIP. 197005242010011004



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
WIYATA HUSADA SAMARINDA

IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008

TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015  
PERINGKAT B



Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431  
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id

Nomor : 998 /STIKES-WHS/LT/2019  
Lampiran : -  
Perihal : Pemohonan Izin Penelitian

24 April 2019

Kepada Yth.  
Kepala Puskesmas Samboja  
di -  
Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di puskesmas yang bapak/ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : YULIA PUSPITA  
NIM : B21743421601  
Semester : III  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul : Pengaruh Pelatihan Kader Tuberkulosis Paru Terhadap Tingkat Pengetahuan Pelaksanaan Screening Tuberkulosis Paru

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Akik Ketua I,  
  
N. Sumpati Sinaga, M.Kep  
NIK 143072.82.09.006



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA  
UPT DINAS KESEHATAN  
**PUSKESMAS SAMBOJA**  
KECAMATAN SAMBOJA  
Jl. Balikpapan – Handil II No. Telp. (0541) 7895762 Kode Pos 75271



Samboja, 22 Maret 2019

Nomor : 445.1.808/2774 /PKM-SBJ/III/2019  
Lamp. :  
Prihal : Jawaban Permohonan Izin  
Studi Pendahuluan dan Pengambilan data

Kepada  
Yth. Wakil Ketua.I  
STIKES Wiyata Husada  
Di  
Samarinda

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat permohonan nomor : 437/STIKES-WHS/LT/2019 tanggal 20 Maret 2019, tentang Permohonan Izin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data di Puskesmas Samboja dalam rangka penyelesaian tugas akhir, menanggapi surat tersebut, kami pihak Puskesmas Samboja tidak berkeberatan dan bersedia menjadi tempat pelaksanaan kegiatan tersebut, atas mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : YULIA PUSPITA  
NIM : B21743421601  
Semester : III  
Program Studi : S1. Ilmu Keperawatan

Demikian Surat jawaban ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kepala UPTD Puskesmas Samboja  
Kecamatan Samboja

dr. H. Yazid Mochammad Nur

Penata TK.I

NIP. 197005242010011004