

# FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEAKTIFAN KELOMPOK MASYARAKAT PERDULI TUBERKULOSIS (KMP TB) DI PUSKESMAS RUMBIA KABUPATEN LAMPUNG TENGAH TAHUN 2012

Nengah Muditha<sup>1</sup>, Nita Ariani<sup>2</sup>, Triyoso<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah

<sup>2</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Malahayati

<sup>3</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Malahayati

---

## Abstrak

Indonesia menempati urutan ke 5 penderita TB paru di dunia setelah India, China, Nigeria dan Afrika Selatan, hal ini menunjukkan masih banyaknya kasus TB di Indonesia. Estimasi prevalensi TB semua kasus sebesar 660.000 dan estimasi insidensi berjumlah 430.000 kasus baru per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61.000 kematian per tahunnya (WHO, 2010).

Besar dan luasnya permasalahan akibat tuberkulosis (TB) mengharuskan semua pihak untuk berkomitmen dan bekerja sama dalam melakukan penanggulangan TB, baik pemerintah, swasta, maupun lembaga masyarakat ( KMP TB ) yang berkiprah dalam melakukan penjangkaran suspek, melakukan penyuluhan dan pemantau minum obat. Dimana hasil pra survey terhadap 10 kader KMP TB di Puskesmas Rumbia 7 kader (70%) belum mengirim suspek, berpendidikan dasar, sikap petugas kesehatan tidak baik dan motivasi rendah. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan faktor-faktor ( pengetahuan, pendidikan, sikap dan motivasi ) dengan keaktifan kader kelompok masyarakat peduli tuberkulosis di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah tahun 2012. Desain yang digunakan dalam penelitian ini diskriptif korelasi dengan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah semua kader kelompok masyarakat peduli tuberkulosis di Puskesmas Rumbia yang berjumlah 56 orang. Sampel yang di gunakan total populasi. Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan *Uji Chi Square*. Hasil penelitian di peroleh  $p$ -value  $< 0,05$  yang artinya ada hubungan pengetahuan ( $p$ -value=0,032), pendidikan ( $p$ -value=0,007), sikap ( $p$ -value=0,000) dan motivasi ( $p$ -value=0,000) dengan keaktifan kelompok masyarakat peduli tuberkulosis. Disarankan agar masyarakat, kelompok masyarakat peduli tuberkulosis lebih berperan aktif dalam penjangkaran suspek, melakukan pengawasan minum obat dan penyebaran informasi terkait dengan penanggulangan tuberkulosis.

Kata Kunci : Kader KMP TB, Pengetahuan, Pendidikan, Sikap, Motivasi.

## LATAR BELAKANG

Deklarasi *Millenium Development Goals* (MDGs) dari 189 negara termasuk Indonesia menyepakati 8 tujuan untuk mencapai MDGs di tahun 2015 yaitu: memberantas kemiskinan dan kelaparan, mencapai *universal primary education*, mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, menurunkan kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, memerangi HIV/AIDS, malaria dan tuberkulosis, memastikan lingkungan yang berkelanjutan, mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan.

Tahun 2010 Indonesia menempati urutan ke 5 di dunia setelah India, China, Nigeria dan Afrika Selatan, hal ini menunjukkan masih banyaknya penderita TB paru di Indonesia. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660,000 (WHO, 2010) dan estimasi insidensi berjumlah 430,000 kasus baru per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61,000 kematian per tahun. Untuk dapat melihat kinerja petugas TB puskesmas salah satunya adalah dengan melihat cakupan penemuan kasus TB BTA positif, yaitu indikator *case detection rate* (CDR). CDR adalah: persentase jumlah penderita TB BTA positif yang ditemukan dibanding dengan jumlah penderita TB BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. CDR menggambarkan cakupan penemuan penderita TB BTA positif pada wilayah tersebut.

Beberapa faktor yang terkait dengan CDR antara lain yaitu: Jumlah suspek TBC yang berkunjung ke puskesmas. Kegiatan penyuluhan oleh petugas puskesmas, kader, PMO guna memberikan

informasi tentang TB ke masyarakat untuk meningkatkan kunjungan suspek. (Kemenkes 2011). Permasalahan program penanggulangan TB di Provinsi Lampung adalah masih rendah cakupan CDR pada tahun 2011. Diketahui bahwa CDR Provinsi Lampung sebesar 42,14%, untuk Kabupaten Lampung Tengah sebesar 42,49%, dan untuk wilayah Puskesmas Rumbia sebesar 37,14%. Hal ini menunjukkan bahwa CDR masih dibawah target nasional yaitu sebesar 70% (Dinkes Kabupaten Lampung Tengah, 2011).

Dari laporan hasil kegiatan P2 tahun 2011 di Puskesmas Rumbia dijumpai beberapa permasalahan yaitu: Keterpaduan pemberantasan TB belum optimal baik lintas program maupun lintas sektor. Keterlibatan lintas sektor masih bersifat serah, misalnya kerja sama dengan LSM lebih sering merupakan inisiatif dari dinas kesehatan sehingga akan dilakukan apabila ada ajakan untuk kegiatan tersebut. Belum semua petugas puskesmas Rumbia memprioritaskan program pemberantasan TB di wilayah tersebut dan masih menjadi tanggung jawab pemegang program TB saja. Komite TB Puskesmas Rumbia dibentuk tahun 2007 dengan nama Kelon Masyarakat Peduli TB (KMP) Kecamatan Rumbia. Anggota adalah tokoh-tokoh masyarakat tersebar di setiap dusun di wilayah Kecamatan Rumbia berjumlah 56 orang, diharapkan TB dapat berkiprah di penanggulangan TB di Kecamatan Rumbia dengan menjadi P2 melakukan penyuluhan menjangkau suspek TB dan ditindaklanjuti ke Puskesmas Rumbia. Perkiraan suspek

Puskesmas Rumbia tahun 2012 adalah 650 orang (SP2TB Puskesmas Rumbia, 2012).

Salah satu indikator keaktifan anggota KMP TB adalah dapat menjaring suspek, menjadi PMO dan melakukan penyuluhan tentang TB. Tetapi dalam perjalanannya hanya sedikit dari anggota KMP TB yang melakukan penjarangan suspek TB. Tahun 2009 hanya 24 anggota (42,86%) yang mengirimkan suspek untuk ditindaklanjuti, tahun 2010 18 anggota (32,14%), tahun 2011 16 anggota (28,57%), dan sampai dengan Agustus 2012 baru 11 anggota (19,64%) yang mengirimkan suspek ke Puskesmas Rumbia untuk ditindaklanjuti dengan jumlah BTA (+) dari bulan Januari-Oktober 2012 sebanyak 30 orang (SP2TB Puskesmas Rumbia, 2012).

Berdasarkan hasil presurvey yang dilakukan terhadap 10 orang anggota KMP TB kecamatan Rumbia, diketahui bahwa sebanyak 3 orang (30%) yang telah mengirim suspek TB Paru dengan pengetahuan baik (dapat menjelaskan pengertian penyakit TB, penyebab penyakit TB, tanda dan gejala penyakit TB, pengobatan penyakit TB, pencegahan penyakit TB), pendidikan menengah (SMA), sikap petugas kesehatan baik dan motivasi tinggi. Sedangkan 7 orang (70%) belum mengirim suspek TB, pengetahuan tidak baik, pendidikan dasar (SD/SMP), sikap petugas kesehatan tidak baik dan motivasi kurang.

Berdasarkan fenomena diatas maka penulis akan melakukan penelitian tentang "Faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan kelompok masyarakat peduli Tuberkulosis (KMP TB) di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2012".

## TINJAUAN PUSTAKA

Pengertian Kader adalah anggota masyarakat yang dipilih dari dan oleh masyarakat setempat yang disetujui oleh LPMD. Dalam melaksanakan kegiatannya dan bertanggung jawab pada masyarakat melalui LPMD, jadi kader adalah bentuk ketenagaan yang dimiliki oleh masyarakat dan bukan aparat sektor, yang mau dan mampu bekerja secara sukarela (Depkes RI, 2003). Kriteria Kader

Dalam menentukan seorang kader yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan, harus dari berbagai aspek, yaitu:

- a. Warga desa setempat.
- b. Berjiwa sosial.
- c. Berpendidikan minimal sekolah dasar atau membaca dan menulis latin.
- d. Diterima oleh masyarakat.
- e. Mempunyai penghasilan tetap.
- f. Mampu menggerakkan masyarakat. (Depkes RI, 2003).

Tugas Kader memberdayakan masyarakat dan pasien TB perlu diberdayakan melalui pemberian informasi yang memadai tentang TB, pentingnya upaya pencegahan dan pengendalian TB, serta hak dan kewajiban pasien TB sebagaimana tercantum dalam TB patient charter. Pendampingan dan pemberdayaan sosial ekonomi pasien merupakan bagian dari upaya pemenuhan kebutuhan tersebut. Upaya KIE dapat pula menunjang kebutuhan tersebut sekaligus memberdayakan masyarakat secara umum. Pemberdayaan masyarakat lebih lanjut dapat difasilitasi melalui penguatan desa siaga untuk pengendalian TB. Seluruh upaya tersebut memerlukan monitoring dan

evaluasi serta payung hukum untuk menjaga kesinambungannya. Berkembangnya wacana revitalisasi Gerdunas ataupun pembentukan komisi nasional pengendalian TB akhir-akhir ini menggarisbawahi perlunya penguatan payung kemitraan dalam pengendalian TB. Tinjauan Tentang Keaktifan Kader

Masyarakat mempunyai peranan penting dalam memelihara derajat kesehatan diri sendiri dan lingkungannya, karena kesehatan merupakan kewajiban dan tanggung jawab setiap orang. Komunikasi yang sehat antara pengembangan upaya kesehatan dengan masyarakat sangat penting, agar peranan masyarakat dapat berkesinambungan secara terus menerus (Depkes RI, 2003).

Peranan kader sangat menentukan kelancaran kegiatan di masyarakat. Mereka bekerja dengan tidak digaji dan melakukan tugas sebatas kemampuan mereka. Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan motivasi pada kader antara lain berupa pemberian pakaian seragam, sepatu, sertifikat pelatihan, dan sering dilibatkan acara tamasya oleh PKK, namun tugas kader yang cukup berat menurut keterampilan yang memadai (P. Siagin, 1998). Berikut ini beberapa faktor yang mempengaruhi keaktifan kader:

1. Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan faktor yang sangat penting untuk terbentuknya

tindakan seseorang (*over behavior*). Tanpa pengetahuan yang memadai maka kemungkinan untuk melakukan tindakan yang benar tidak akan tercapai (Bloom dan Ngatimin, 1998). Untuk meningkatkan tingkat pengetahuan seseorang Bloom mengemukakan pengetahuan yang baik meliputi hal-hal berikut: *Knowledge, Comprehension, Aplikasi, Analysis, Synthesis, dan Evaluation* (Ngatimin, 1998).

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensoris khususnya mata dan telinga terhadap obyek tertentu. Seseorang menghadapi perilaku yang ia harus tahu terlebih dahulu untuk mengetahui atau manfaat perilaku tersebut dirinya atau keluarganya, maka seseorang kader akan aktif dalam kegiatan posyandu setelah mengetahui apa tujuan dan manfaatnya program bagi kesehatan masyarakat, khususnya ibu dan anak, serta apa akibat bila tidak aktif dalam kegiatan posyandu, karena posyandu merupakan ujung tombak untuk meningkatkan kesehatan. Tidak adanya kegiatan posyandu di suatu desa merupakan salah satu faktor yang menghambat terlaksananya program kesehatan posyandu menurut Sunaryo (1998).

2. Pendidikan adalah suatu upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain secara individu atau masyarakat agar mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Tingkat pendidikan yang rendah merupakan dasar pengecilan wawasan serta sarana yang tidak memudahkan seseorang menerima pengetahuan, sehingga menimbulkan perilaku baru. Pendidikan merupakan suatu jenjang pendidikan yang terakhir yang ditempuh dan diukur oleh seorang kader dan merupakan bukti kelulusan yang dia

negara. Selain itu pendidikan adalah suatu proses yang unsur-unsurnya terdiri dari masukan (input), dan keluaran (output) didalam mencapai tujuan dari pendidikan itu sendiri yaitu merubahan perilaku (Notoatmojo, 2005).

Jenjang pendidikan formal terdiri atas jenjang pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi. Sebagai persiapan untuk memasuki pendidikan dasar diselenggarakan kelompok belajar yang disebut pendidikan prasekolah. Pendidikan prasekolah belum termasuk jenjang pendidikan formal, tetapi baru merupakan kelompok sepermainan yang menjembatani anak antara kehidupannya dalam keluarga dengan sekolah. **Tingkat Pendidikan Dasar**

Pendidikan dasar diselenggarakan untuk memberikan bekal dasar yang diperlukan untuk hidup dalam masyarakat berupa pengembangan sikap, pengetahuan, dan keterampilan menengah. Oleh karena itu pendidikan dasar menyediakan kesempatan bagi seluruh warga negara untuk memperoleh pendidikan yang bersifat dasar yang berbentuk Sekolah Dasar (SD) atau bentuk lain yang sederajat serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) atau bentuk lain yang sederajat. UU RI No. 20 Tahun 2003 menyatakan dasar dan wajib belajar pada Pasal 6 Ayat 1 bahwa, "Setiap warga negara yang berusia 7 sampai dengan 15 tahun wajib mengikuti pendidikan dasar.

Pendidikan menengah yang lamanya tiga tahun sesudah pendidikan dasar, di selenggarakan di SLTA (Sekolah Lanjutan Tingkat Atas) atau satuan pendidikan yang sederajat. **Tingkat Pendidikan**

**Tinggi.** Pendidikan tinggi merupakan kelanjutan pendidikan menengah, yang diselenggarakan untuk menyiapkan peserta didik untuk menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan akademik dan/atau profesional yang dapat menerapkan, mengembangkan dan/atau menciptakan ilmu pengetahuan, teknologi dan/atau kesenian.

3. Pengertian Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu.

Dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcomb, salah seorang ahli psikologi sosial, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup bukan merupakan reaksi terbuka tingkah laku yang terbuka. Lebih dapat dijelaskan lagi bahwa sikap merupakan reaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek (Walgito, 2001).

Salah satu cara untuk dapat mengukur atau menilai sikap seseorang dapat menggunakan skala atau kuesioner. Skala penilaian sikap mengandung serangkaian pertanyaan tentang permasalahan tertentu.

Responden yang mengisi diharapkan menentukan sikap setuju atau tidak setuju terhadap pernyataan tertentu. Skala pengukuran sikap oleh Likert dibuat dengan pilihan jawaban sangat setuju terhadap sesuatu pernyataan dan sangat tidak setuju.

Skala Likert adalah suatu skala psikometrik yang umum digunakan dalam kuesioner, dan merupakan skala yang paling banyak digunakan dalam riset berupa survei. Nama skala ini diambil dari nama Rensis Likert, yang menerbitkan suatu laporan yang menjelaskan penggunaannya.

Sewaktu menanggapi pertanyaan dalam skala Likert, responden menentukan tingkat persetujuan mereka terhadap suatu pernyataan dengan memilih salah satu dari pilihan yang tersedia. Biasanya disediakan empat pilihan skala, yaitu untuk respon pernyataan positif nilai 1. Sangat tidak setuju (STS), 2. Tidak setuju (TS), 3. Setuju (S), 4. Sangat setuju (SS) sedangkan untuk respon negatif nilai 4. Sangat tidak setuju (STS), 3. Tidak setuju (TS), 2. Setuju (S), 1. Sangat setuju (SS).

4. Motivasi berasal dari bahasa latin yaitu *movere* yang berarti dorongan atau daya penggerak. Malayu (2004) memberikan definisi motivasi sebagai berikut: "Motivasi adalah pemberian daya penggerak yang menciptakan kegairahan kerja seseorang, agar mau bekerja sama, bekerja efektif dan terintegrasi dengan segala daya upayanya untuk mencapai kepuasan". Menurut Koontz dalam Andriyani (2005), motivasi mengacu pada dorongan dan usaha untuk memuaskan kebutuhan atau suatu tujuan. Robbin (2003), mendefinisikan motivasi sebagai suatu kerelaan untuk berusaha seoptimal mungkin dalam

pencapaian tujuan org dipengaruhi oleh kemauan untuk memenuhi kebutuhan individu.

McClelland (1961, Robbin 2003 & Malayu 2006), dalam teori mengemukakan bahwa pada seseorang sangat diterpa kondisi jiwa yang mempengaruhi seseorang untuk mampu prestasi yang diinginkan. jiwa tersebut di fokuskan (tiga) dorongan kebutuhan (*Need of achievement* (kebutuhan untuk berprestasi) *Need of affiliation* (kebutuhan untuk pergaulan) dan *Need of power* (kebutuhan untuk sesuatu)).

Berdasarkan teori tersebut dapat diketahui sangat penting dibina jiwa yang mendukung untuk mengembangkan potensi melalui lingkungan kerja efektif agar tercapai produktivitas perusahaan berkualitas tinggi dan tujuan utama organisasi berprestasi dapat diartikan sebagai suatu dorongan dalam diri untuk melakukan atau menunaikan suatu kegiatan atau tugas sebaik - baiknya agar prestasi dengan predikat tinggi.

Motivasi intrinsik adalah motivasi yang berasal dari dalam diri seseorang dalam bentuk pandangannya terhadap pekerjaan sendiri. Motivasi yang dimiliki seseorang berkaitan dengan dorongan untuk memenuhi kebutuhan. Kekuatan motivasi dari individu bergantung pada pandangan tentang betapa kuatnya dorongan yang terdapat dalam dirinya yang akan dapat mencapai kel

dengan tercapainya tujuan organisasi (Siagian, 2004).

Motivasi mempersoalkan bagaimana caranya mendorong gairah kerja karyawan, agar mau bekerja keras dengan memberikan semua kemampuan dan keterampilan untuk mewujudkan tujuan perusahaan yang berdampak kepada pemenuhan kebutuhan individu karyawan itu sendiri. Apabila suatu organisasi tidak mampu menggerakkan motivasi intrinsik yang dimiliki oleh masing-masing karyawan, organisasi dalam hal ini rumah sakit bukan hanya mengalami penurunan tingkat kinerja, akan tetapi juga akan kalah bersaing di dalam peningkatan kualitas pelayanan. Pada motivasi menggunakan skala likert biasanya disediakan empat pilihan skala, yaitu untuk respon pernyataan positif nilai 1. Sangat tidak setuju (STS), 2. Tidak setuju (TS), 3. Setuju (S), 4. Sangat setuju (SS) sedangkan untuk respon negatif nilai 4. Sangat tidak setuju (STS), 3. Tidak setuju (TS), 2. Setuju (S), 1. Sangat setuju (SS).

Menurut Mangkunegara (2005), bahwa faktor yang memengaruhi kinerja yaitu: Faktor kemampuan. Secara psikologis kemampuan (*ability*) pegawai terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan realita (pendidikan). Oleh karena itu individu dalam organisasi perlu ditempatkan pada pekerjaan yang sesuai dengan keahliannya. Faktor motivasi, Motivasi terbentuk dari sikap (*attitude*) seorang pegawai dalam menghadapi situasi (*situation*) kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai terarah untuk mencapai tujuan kerja.

TB Paru ialah suatu penyakit infeksi kronik jaringan paru yang

disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar basil *Mycobacterium tuberculosis* masuk ke dalam jaringan paru melalui *airborne infection* dan selanjutnya mengalami proses yang dikenal sebagai fokus primer dari Ghon.

Penyebaran TB Paru dari pasien terjadi melalui nuklei droplet infeksius yang keluar bersama batuk, bersin dan bicara dengan memproduksi percikan yang sangat kecil berisi kuman TB. Kuman ini melayang-layang di udara yang dihirup oleh pasien lain. Faktor utama dalam perjalanan infeksi adalah kedekatan dan durasi kontak serta derajat infeksius pasien dimana semakin dekat seseorang berada dengan pasien, makin banyak kuman TB yang mungkin akan dihirupnya.

Klasifikasi Penyakit berdasarkan lokasi TB Paru diklasifikasikan menjadi 2, yaitu: Tuberkulosis Paru yaitu tuberkulosis yang menyerang jaringan paru tidak termasuk pleura. Berdasarkan pemeriksaan mikroskopis TB paru dapat dibagi, yaitu:

1. TB Paru BTA Positif yaitu:

a. Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak menunjukkan BTA positif

b. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan

kelainan radiologi menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif

c. Hasil pemeriksaan satu spesimen dahak menunjukkan BTA positif dan biakan positif

2. TB Paru BTA Negatif

a. Hasil pemeriksaan dahak 3 kali menunjukkan BTA negatif, gambaran klinis dan kelainan

radiologi menunjukkan tuberkulosis aktif

b. Hasil pemeriksaan dahak 3 kali menunjukkan BTA negatif dan biakan

menunjukkan tuberkulosis positif.

Tuberkulosis ekstra paru adalah tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru (misalnya selaput otak, kelenjar limfe, pleura, pericardium, persendian, tulang, kulit, usus, saluran kemih, ginjal, alat kelamin dll). Berdasarkan tingkat keparahannya, TB ekstra paru ini dibagi menjadi TB ekstra paru berat (*severe*) dan TB ekstra paru ringan (*not/less severe*). Contohnya adalah tuberkulosis milier dimana patogen ke seluruh paru-paru dan memberikan gambaran bintik-bintik kecil seperti mutiara.

## METODELOGI PENELITIAN

Rancangan deskriptif korelasi yang menggunakan metode pendekatan "*cross sectional*" yaitu penelusuran dilakukan sesaat, artinya subjek diamati hanya satu kali dan tidak ada perlakuan terhadap responden (Hastono, 2007). metode riset kuantitatif. Penelitian dilakukan pada tanggal 8-16 Januari 2013 di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah tahun 2012. Populasi semua kader kelompok masyarakat peduli tuberkulosis dan sampel yang digunakan total populasi berjumlah 56 kader. Alat pengumpulan data yang dipergunakan pada penelitian ini adalah kuisisioner berupa daftar pertanyaan/pernyataan. Kuisisioner adalah suatu alat pengumpulan data mengenai suatu masalah yang umumnya banyak menyangkut

kepentingan umum/orang (Notoatmodjo, 2005).

Sebelum kuesioner kepada responden terlebih dilakukan uji instrument validitas dan uji reliabilitas Puskesmas Sukobinangun K Lampung Tengah terhadap Responden diluar responden akan digunakan saat penelitian dengan karakteristik yang sama.

Analisa univariat digunakan untuk melihat distribusi data dan

Analisa Bivariat digunakan *Square*. Tarap kesalahan digunakan adalah 5%. Untuk kemaknaan perhitungan digunakan yaitu: Jika p value maka bermakna/signifikan, ada hubungan yang bermakna variabel independen dengan dependen atau hipotesis ( $H_0$ ) sedangkan jika p value  $> 0,05$  tidak bermakna/signifikan, tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel independen dengan variabel dependen, atau hipotesis ( $H_0$ ) diterima. Penelitian menggunakan OR karena metode jenis penelitian *Cross Sectional*

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisa Univariat penelitian ini untuk melihat distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan, sikap dan motivasi keaktifan kader, Hasil penelitian terhadap 56 responden didapati



### 1. Pengetahuan

**Tabel 4.7**  
**Distribusi Frekuensi**  
**Responden Berdasarkan**  
**Pengetahuan**  
**di Puskesmas Rumbia Kabupaten**  
**Lampung Tengah Tahun 2012**

| Pengetahuan | Jumlah | Persentase |
|-------------|--------|------------|
| Rendah      | 17     | 30,4       |
| Tinggi      | 39     | 69,6       |
| Jumlah      | 56     | 100,0      |

Berdasarkan Tabel 4.7 diketahui bahwa sebagian besar responden dengan pengetahuan tinggi yaitu sebanyak 39 responden (69,6%).

### 2. Pendidikan

**Tabel 4.8**  
**Distribusi Frekuensi**  
**Responden Berdasarkan**  
**Pendidikan**  
**di Puskesmas Rumbia Kabupaten**  
**Lampung Tengah Tahun 2012**

| Pendidikan | Jumlah | Persentase |
|------------|--------|------------|
| Rendah     | 36     | 64,3       |
| Menengah   | 20     | 35,7       |
| Jumlah     | 56     | 100,0      |

Berdasarkan Tabel 4.8 diketahui bahwa sebagian besar responden berpendidikan rendah yaitu sebanyak 36 responden (64,3%).

### 3. Sikap

**Tabel 4.9**  
**Distribusi Frekuensi**  
**Responden Berdasarkan Sikap**  
**di Puskesmas Rumbia Kabupaten**  
**Lampung Tengah Tahun 2012**

| Sikap      | Jumlah | Persentase |
|------------|--------|------------|
| Tidak Baik | 25     | 44,6       |
| Baik       | 31     | 55,4       |
| Jumlah     | 56     | 100,0      |

Berdasarkan Tabel 4.9 diketahui bahwa sebagian besar responden dengan sikap baik yaitu sebanyak 31 responden (55,4%).

### 4. Motivasi

**Tabel 4.10**  
**Distribusi Frekuensi**  
**Responden Berdasarkan Motivasi**  
**di Puskesmas Rumbia Kabupaten**  
**Lampung Tengah Tahun 2012**

| Motivasi | Jumlah | Persentase |
|----------|--------|------------|
| Rendah   | 25     | 44,6       |
| Tinggi   | 31     | 55,4       |
| Jumlah   | 56     | 100,0      |

Berdasarkan Tabel 4.10 diketahui bahwa sebagian besar responden dengan motivasi tinggi yaitu sebanyak 31 responden (55,4%).

### 5. Keaktifan KMP TB

**Tabel 4.11**  
**Distribusi Frekuensi**  
**Responden Berdasarkan**  
**Keaktifan KMP TB**  
**di Puskesmas Rumbia**  
**Kabupaten Lampung Tengah**  
**Tahun 2012**

| Keaktifan   | Jumlah | Persentase |
|-------------|--------|------------|
| Tidak Aktif | 29     | 51,8       |
| Aktif       | 27     | 48,2       |
| Jumlah      | 56     | 100,0      |

Berdasarkan Tabel 4.11 diketahui bahwa sebagian besar responden yang tidak aktif yaitu sebanyak 29 responden (51,8%).

Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara pengetahuan, pendidikan, sikap dan motivasi dengan keaktifan kelompok masyarakat peduli tuberkulosis di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2012

## 1. Hubungan Pengetahuan dengan Keaktifan KMP TB

**Tabel 4.12**  
Hubungan Pengetahuan dengan Keaktifan KMP TB di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2012

| Pengetahuan | Keaktifan   |      |       |      | Total | P Value | OR             |
|-------------|-------------|------|-------|------|-------|---------|----------------|
|             | Tidak Aktif |      | Aktif |      |       |         |                |
|             | n           | %    | n     | %    |       |         |                |
| Rendah      | 13          | 76,5 | 4     | 23,5 | 17    | 0,032   | 4,672          |
| Tinggi      | 16          | 41,0 | 23    | 59,0 | 39    | 2       | (1,287-16,965) |
| Total       | 29          | 51,8 | 27    | 48,2 | 56    |         |                |

Hasil penelitian diketahui bahwa dari 39 responden yang memiliki pengetahuan tinggi tentang TB, sebanyak 23 responden (59,0%) aktif dalam kegiatan kelompok masyarakat peduli TB. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *p value* 0,032, artinya lebih kecil dibandingkan dengan nilai alpha ( $0,032 < 0,05$ ). Dengan demikian dapat disimpulkan secara statistik dengan derajat kepercayaan 95%, diyakini terdapat hubungan yang signifikan antara Pengetahuan dengan Keaktifan dalam kegiatan kelompok masyarakat peduli TB.

Sedangkan hasil uji OR diperoleh nilai 4,672 (CI 95% 1,287-16,965), artinya responden dengan pengetahuan tinggi berpeluang aktif dalam kegiatan kelompok masyarakat peduli TB sebesar 4,672 kali lebih besar dibandingkan dengan yang pengetahuannya rendah.

## 2. Hubungan Pendidikan dengan Keaktifan KMP TB

**Tabel 4.13**  
Hubungan Pendidikan dengan Keaktifan KMP TB di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2012

| Pendidikan | Keaktifan   |      |       |      | Total | P Value |
|------------|-------------|------|-------|------|-------|---------|
|            | Tidak Aktif |      | Aktif |      |       |         |
|            | n           | %    | n     | %    |       |         |
| Rendah     | 24          | 66,7 | 12    | 33,3 | 36    | 0,007   |
| Menengah   | 5           | 25,0 | 15    | 75,0 | 20    |         |
| Total      | 29          | 51,8 | 27    | 48,2 | 56    |         |

Hasil penelitian diketahui dari 20 responden dengan pendidikan menengah, sebanyak 15 responden (75,0%) aktif dalam kegiatan kelompok masyarakat peduli TB. Hasil uji *chi square* didapatkan *p value* 0,007, artinya lebih kecil dibandingkan dengan nilai alpha ( $0,007 < 0,05$ ). Dengan demikian dapat disimpulkan secara statistik dengan derajat kepercayaan 95%, diyakini terdapat hubungan yang signifikan antara Pendidikan dengan Keaktifan dalam kegiatan kelompok masyarakat peduli TB.

Sedangkan hasil uji OR diperoleh nilai 6,000 (CI 95% 2,0458), artinya responden dengan pendidikan menengah berpeluang aktif dalam kegiatan kelompok masyarakat peduli TB sebesar 6 kali lebih besar dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah.

## 3. Hubungan Sikap dengan Keaktifan KMP TB

**Tabel 4.14**  
Hubungan Sikap dengan Keaktifan KMP TB di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2012

| Sikap      | Keaktifan   |      |       |      | Total | P Value |
|------------|-------------|------|-------|------|-------|---------|
|            | Tidak Aktif |      | Aktif |      |       |         |
|            | n           | %    | n     | %    |       |         |
| Tidak Baik | 31          | 84,0 | 4     | 16,0 | 35    | 0,000   |
| Baik       | 8           | 16,0 | 23    | 74,2 | 31    |         |
| Total      | 39          | 51,8 | 27    | 48,2 | 56    |         |

Hasil penelitian diketahui bahwa dari 31 responden yang memiliki sikap baik, sebanyak 23 responden (74,2%) aktif dalam kegiatan kelompok masyarakat perduli TB. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *p value* 0,000, artinya lebih kecil dibandingkan dengan nilai alpha ( $0,000 < 0,05$ ). Dengan demikian dapat disimpulkan secara statistik dengan derajat kepercayaan 95%, diyakini terdapat hubungan yang signifikan antara Sikap dengan Keaktifan dalam kegiatan kelompok masyarakat perduli TB.

Sedangkan hasil uji OR diperoleh nilai 15,094 (CI 95% 3,960 - 57,534), artinya responden dengan sikap baik berpeluang aktif dalam kegiatan kelompok masyarakat perduli TB sebesar 15,094 kali lebih besar dibandingkan dengan yang sikap tidak baik.

#### 4. Hubungan Motivasi dengan Keaktifan KMP TB

**Tabel 4.15**  
**Hubungan Motivasi dengan Keaktifan KMP TB di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2012**

| Motivasi | Keaktifan   |      |       |      | Total | P Value | OR                         |
|----------|-------------|------|-------|------|-------|---------|----------------------------|
|          | Tidak Aktif |      | Aktif |      |       |         |                            |
|          | n           | %    | n     | %    |       |         |                            |
| Rendah   | 21          | 84,0 | 4     | 16,0 | 25    | 0,000   | 15,094<br>(3,960 - 57,534) |
| Tinggi   | 8           | 25,8 | 23    | 74,2 | 31    |         |                            |
| Total    | 29          | 51,8 | 27    | 48,2 | 56    |         |                            |

Hasil penelitian diketahui bahwa dari 31 responden yang memiliki motivasi tinggi, sebanyak 23 responden (74,2%) aktif dalam kegiatan kelompok masyarakat perduli TB. Hasil uji *chi square* didapatkan nilai *p value* 0,000, artinya lebih kecil dibandingkan dengan nilai alpha ( $0,000 < 0,05$ ).

Dengan demikian dapat disimpulkan secara statistik dengan derajat kepercayaan 95%, diyakini terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi dengan keaktifan dalam kegiatan kelompok masyarakat perduli TB.

Sedangkan hasil uji OR diperoleh nilai 15,094 (CI 95% 3,960 - 57,534), artinya responden dengan motivasi tinggi berpeluang aktif dalam kegiatan kelompok masyarakat perduli TB sebesar 15,094 kali lebih besar dibandingkan dengan yang motivasinya rendah.

#### SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat ditarik kesimpulan:

1. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (51,8%) tidak aktif dalam kegiatan kelompok masyarakat perduli TB di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah 2012.
2. Diketahui distribusi frekuensi pengetahuan kader tentang TB terhadap keaktifan kelompok masyarakat perduli tuberkulosis di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah 2012.
3. Diketahui distribusi frekuensi pendidikan kader terhadap keaktifan kelompok masyarakat perduli tuberkulosis di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah 2012.
4. Diketahui distribusi frekuensi sikap terhadap keaktifan kelompok masyarakat perduli tuberkulosis di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah 2012.

5. Diketahui distribusi frekuensi motivasi kader terhadap keaktifan kelompok masyarakat peduli tuberkulosis di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah 2012.
6. Ada hubungan antara pengetahuan kader dengan keaktifan kelompok masyarakat peduli TB di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah 2012.
7. Ada hubungan antara pendidikan kader dengan keaktifan kelompok masyarakat peduli TB di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah 2012.
8. Ada hubungan antara sikap dengan keaktifan kelompok masyarakat peduli TB di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah 2012.
9. Ada hubungan antara motivasi kader dengan keaktifan kelompok masyarakat peduli TB di Puskesmas Rumbia Kabupaten Lampung Tengah 2012.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abd. Rahman. 1998. Psikologi Pendidikan, Yogyakarta: PT. Tiara Wacana.*
- Alimul H, A.Aziz. 2003. Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah. Jakarta: Salemba Medika.*
- Andriani, J. 2003. Studi Kualitatif mengenai Kriteria Menyiuri Dokumen : Kasus beberapa Mahasiswa Prodi Pascasarjana Institut Pertanian Bogor. Jurnal Perpustakaan Pertanian, Vol. 12, No. 1 Januari, 10- 19. Bogor : Perpustakaan dan Penyebarluasan Teknologi Pertanian*
- Arikunto, Suharsimi, (2002). Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek. Jakarta: PT. Rineka Cipta.*
- Azwar, Saifuddin. (2002). Statistik manusia: Teori dan pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.*
- Depkes RI, 2003. Indikator Indonesia Sehat 2010. Jakarta.*
- Depkes RI. (2003). Indonesia Cerdas dan Berkemajuan Dengan Penanggulangan Penyakit TBC. Diambil tanggal 7 Oktober 2012. <http://www.depkes.go.id/indonesia> hp*
- Depkes RI (2007), Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis. Jakarta*
- Dinkes Kabupaten Lampung Tengah 2011. Profil Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah Tahun 2011.*
- Gibson. (1997). Organisasi: Perilaku, Struktur dan Proses. Jakarta: Bina Rupa Aksara.*
- Handoko, T. H. (2001), Manajemen Personalita dan Sumber Daya Manusia. BPFE, Yogyakarta*
- Hastono, S.P. (2007). Analisis Organisasi. Jakarta : Universitas Indonesia*
- Hicks dan G Ray Gullet. (2002). Organisasi Teori dan Timbulnya Laku. Jakarta: Bumi Aksara*

- Ilyas. (2001). *Teori, Penilaian dan Penelitian Kinerja*. Cetakan Kedua. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI.
- Malayu S.P. (2005). *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Revisi. Bumi Aksara, Jakarta
- Mangkunegara. (2006). *Evaluasi Kinerja Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Refika Aditama.
- Munandar, (2001), *Psikologi Industri*, Penerbit Universitas Indonesia, Jakarta.
- Nawawi, (2003), *Manajemen Sumber Daya Manusia Untuk Bisnis yang Kompetitif*, Yogyakarta: Gajah Mada
- Notoatmodjo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan Ilmu Dan Seni*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Penerbit PT. Rineka Cipta
- Nurmaya. (2010). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keaktifan Kader Poskesdes Dalam Program Desa Siaga Di Kecamatan Petarukan Kabupaten Pemalang Tahun 2010*
- Nursalam, (2003), *Konsep Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta. Salemba Medika
- Pratomo, Hadi dan Sudarti, (2006). *Pedoman Pembuatan Usulan Penelitian Bidang Kesehatan Masyarakat dan KB/Kependudukan*. Departemen Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Rivai, Veithzal. (2003). *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. PT Rajagrafindo Persada, Jakarta
- Robbins, Stephen P. (2003). *Perilaku Organisasi*. Edisi Sembilan. PT Indeks, Jakarta.
- Roland E. (1997), *Pengantar Statistik*, Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Rosidah, (2003), *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Rikesdas (2010) *Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2010*.
- Umaningsih, (2012), *Hubungan Karakteristik Kader, Sikap, Motivasi dengan Keaktifan Kader di Kecamatan Tangen Kabupaten Sragen*
- Siagian, (2004) *Teori Motivasi dan Aplikasinya*, Rineke Cipta, Jakarta
- Simanjuntak, (2011) *Manajemen dan Evaluasi Kinerja, Lembaga Penerbit FE UI, Jakarta*
- SP2TB Puskesmas Rumbia, Tahun 2012
- Walgito. (2001). *Psikologi Sosial, Suatu Pengantar*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- World Health Organization. Key point. WHO Report 2010 : *Global Tuberculosis Control 2008 surveillance, planning, financing*. Geneva, Switzerland: WHO;2008.p.3-7.