



HUBUNGAN KARAKTERISTIK KLIEN TUBERKULOSIS DENGAN PENGETAHUAN TENTANG MULTY DRUGS (MDR TB) DI KABUPATEN TORAJA UTARA TAHUN 2021

Regina Reni Ranteallo¹, Tandi Palette², Agustina Palamba³
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Tana Toraja^{1,2,3}
reginareniranteallo@gmail.com

Abstrak (indonesia)

TB MDR (*Multy Drugs Resisten*) adalah mycobacterium yang resisten terhadap obat anti TB (OAT) yaitu *isoniazid* dan *rifampisin* (Depkes,2010). WHO melaporkan bahwa telah terjadi 290.000 kasus TB MDR pada tahun 2010. Prevalensi TB MDR di sulawesi selatan sekitar 1584 kasus, sedangkan di kota Makassar prevalensi TB MDR juga masih relatif tinggi, yaitu sekitar 573 kasus (Dinkes Prov. Sulsel, 2011). Kasus TB di Puskesmas kabupaten Toraja Utara pada tahun 2014 sebanyak 195 kasus dengan BTA positif. Berlanjut pada tahun 2015 sebanyak 126 kasus dengan BTA positif. Selain itu jumlah pasien yang drop out berjumlah 8 orang serta default atau gagal dalam pengobatan pada tahun 2015 berjumlah 9 orang (laporan Dinkes Toraja Utara, 2015). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik klien tuberkulosis dengan pengetahuan TB MDR

Metode penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien TB yang menjalani pengobatan di Kabupaten Toraja Utara sebanyak 126 orang dengan jumlah sampel sebanyak 56 orang, teknik pengambilan sampel secara *random sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa nilai signifikan usia $0,565 > 0,05$, jenis kelamin $0,004 < 0,05$, pendidikan $0,000 < 0,05$, pekerjaan $0,491 > 0,05$ dan penghasilan $0,099 > 0,05$. Jadi dapat diinterpretasikan bahwa jenis kelamin dan pendidikan ada hubungan dengan tingkat pengetahuan TB MDR. Sedangkan umur, pekerjaan, dan penghasilan tidak ada hubungan dengan tingkat pengetahuan TB MDR di Kabupaten Toraja Utara.

Kesimpulan penelitian ini adalah jenis kelamin dan pendidikan memiliki hubungan dengan tingkat pengetahuan TB MDR di Kabupaten Toraja Utara. Pendidikan seseorang sangat mempengaruhi tingkat pengetahuan. Saran bagi peneliti berikutnya sebaiknya menggunakan sampel yang lebih besar dan jenis pertanyaan lebih difokuskan dan lebih mendalam pada apa yang akan diteliti.

Kata Kunci : Tuberkulosis, Pengetahuan, MDR TB

Abstract (English)

MDR TB (Multy Drugs Resistant) is a mycobacterium that is resistant to anti-TB drugs, namely isoniazid and rifampin (MOH, 2010). WHO reports that there have been 290,000 cases of MDR TB in 2010. The prevalence of MDR TB in South Sulawesi is around 1584 cases, while in Makassar the prevalence of MDR TB is still relatively high, which is around 573 cases (Dinkes, South Sulawesi Province, 2011). TB cases at the North Toraja district health center in 2014 were 195 cases with positive BTA. Continued in 2015 as many as 126 cases with positive smear. In addition, the number of patients who dropped out was 8 people and defaulted or failed in treatment in 2015 amounted to 9 people (reported by the North Toraja Health Office, 2015). This study aims to determine the relationship between the characteristics of the tuberculosis client and the knowledge of MDR-TB

The research method uses a cross sectional approach. The population in this study were all TB patients undergoing treatment in North Toraja Regency as many as 126 people with a total sample of 56 people, the sampling technique was random sampling.

The results showed that the significant values were age $0.565 > 0.05$, gender $0.004 < 0.05$, education $0.000 < 0.05$, occupation $0.491 > 0.05$ and income $0.099 > 0.05$. So it can be interpreted that gender and education have a relationship with the level of knowledge of MDR TB. Meanwhile, age, occupation, and income have no relationship with the level of knowledge of MDR TB in North Toraja Regency.

The conclusion of this study is that gender and education have a relationship with the level of knowledge of MDR TB in North Toraja Regency. A person's education greatly affects the level of knowledge. Suggestions for future researchers should use a larger sample and the type of questions to be more focused and more in-depth on what will be researched

Keywords: Tuberculosis, MDR TB, Knowledge

*Correspondent Author : Regina Reni Ranteallo

Email : reginareniranteallo@gmail.com

PENDAHULUAN

Karakteristik adalah mengacu kepada karakter dan gaya hidup seseorang serta nilai-nilai yang berkembang secara teratur sehingga tingkah laku menjadi lebih konsisten dan mudah diperhatikan. Selain itu menurut, Caragih (2013) karakteristik merupakan ciri atau karakteristik secara alamiah melekat pada diri seseorang yang meliputi umur, jenis kelamin, ras/suku, pengetahuan, agama dan kepercayaan dan sebagainya.

TB MDR (*Multy Drugs Resisten*) adalah mycobacterium yang resisten terhadap obat anti TB (OAT) yaitu *isoniazid* dan *rifampisin* (Depkes,2010). WHO melaporkan bahwa telah terjadi 290.000 kasus TB MDR pada tahun 2010. Selain itu terdapat 27 negara “*high burden countries for TB MDR*” yang merepresentasikan 85% beban TB MDR dunia (WHO, 2011).

Prevalensi TB MDR di sulawesi selatan sekitar 1584 kasus, sedangkan di kota Makassar prevalensi TB MDR juga masih relatif tinggi, yaitu sekitar 573 kasus (Dinkes Prov. Sulsel, 2011). Rekam medik Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM) pada tahun 2012 dari 6 orang yang menjalani pengobatan kategori II, terdapat 1 orang yang positif TB MDR. Menurut rekam medik Rumah Sakit Labuang Baji, pada tahun 2011 terdapat 79 orang pasien TB MDR dengan default sebanyak 18 orang dan meninggal sebanyak 8 orang. Pada tahun 2012 jumlah suspek TB MDR sebanyak 103 orang dengan jumlah pasien yang menjalani pengobatan sebanyak 18 orang, default 3 orang, meninggal 3 orang dan DO (Droup out) sebanyak 6 orang (Rekam Medik, 2012).

Tahun (2006) kegagalan pengobatan TB disebabkan oleh kebiasaan pasien meminum obat. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang tidak patuh minum obat akan berisiko 41,8 kali mengalami kegagalan konversi BTA (+) dibandingkan responden yang patuh minum obat secara teratur selama periode waktu yang ditentukan sehingga dapat mempengaruhi dalam upaya penyembuhan (Aditama dalam Setyowati 2011). Risiko kejadian TB paru resisten dengan ketidak

patuhan minum obat yaitu 3,5 kali lebih besar dibandingkan penderita TB paru yang patuh minum obat (Usman, 2011).

Prevalensi TB MDR cenderung menunjukkan peningkatan. MDR TB di Indonesia disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor mikrobiologi dan program pengobatan yang tidak adekuat serta ketidakpatuhan pasien TB dalam menjalani pengobatan TB yang merupakan penyebab terbesar dalam TB MDR. Secara mikrobiologi, resistensi disebabkan oleh mutasi genetik.

Ketidakpatuhan pasien dalam menjalani pengobatan merupakan penyebab utama terbesar terjadinya resistensi obat. Alasan pasien tidak datang berobat (drop out) pada fase intensif karena rendahnya motivasi dan kurang informasi tentang penyakit diseritanya (WHO, 2008). Hasil survei prevalensi TB (2004) di Indonesia menunjukkan bahwa 96% keluarga telah merawat anggota keluarga yang menderita TB dan hanya 13% yang menyembunyikan keberadaan mereka. Meskipun 76% keluarga pernah mendengar tentang TB dan 85% mengetahui bahwa TB dapat disembuhkan, akan tetapi hanya 26% yang dapat menyebutkan dua tanda dan gejala utama TB. Cara penularan TB dapat dipahami oleh 51% keluarga dan hanya 19% yang mengetahui bahwa pemerintah telah menyediakan obat TB gratis (STRANAS, 2011).

Jumlah penderita TB di wilayah Sulawesi Selatan pada tahun 2013 ditemukan sebanyak 4.856 penderita dengan BTA (+) dari 46.817 klinis yang diperiksa (Profil kesehatan Sulsel, 2013). Kasus TB di Puskesmas kabupaten Toraja Utara pada tahun 2015 sebanyak 195 kasus dengan BTA positif. Berlanjut pada tahun 2016 sebanyak 126 kasus dengan BTA positif. Selain itu jumlah pasien yang drop out berjumlah 8 orang serta default atau gagal dalam pengobatan pada tahun 2016 berjumlah 9 orang (laporan Dinkes Toraja Utara, 2016).

Upaya untuk mengurangi kasus TB dan MDR TB adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien TB dan masyarakat umum mengenai TB. Perawat sebagai edukator perlu memperhatikan keefektifan edukasi keperawatan yang diberikan kepada masyarakat. Hal utama yang perlu dilakukan adalah dengan mengetahui tingkat pengetahuan pasien tersebut sebelum dilakukan edukasi kesehatan. Masalah ini mendorong peneliti untuk meneliti bagaimana hubungan karakteristik klien tuberkulosis dengan tingkat pengetahuan pasien TB tentang *Multi Drug Resisten Tuberkulosis* (MDR TB) sehingga hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar perencanaan pencegahan TB MDR.

METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini menggunakan metode pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) artinya setiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja.

HASIL DAN PEMBAHASAN

-spasi-

A. Hasil Penelitian

1. Umur

Usia (tahun)	Frekuensi	%
15-55 tahun	33	58,9
> 55 tahun	23	41,1
Total	56	100,0

Sumber : data primer 2021

Berdasarkan tabel di atas berdasarkan karakteristik usia yang dibagi atas dua bagian yaitu usia produktif (15-55 tahun) dan non produktif (>55 tahun). Responden yang berada pada usia produktif (15-55 tahun) berjumlah 33 orang (58,9%) dan jumlah responden pada usia non produktif (>55 tahun) berjumlah 23 orang (41,1%).

2. Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	%
Laki-laki	26	46,4
Perempuan	30	53,6
Total	56	100,0

Sumber : data primer 2021

Berdasarkan tabel di atas distribusi responden berdasarkan jenis kelamin yang menunjukkan responden jenis kelamin laki-laki 26 orang (46,4%) dan perempuan 30 orang (53,6%).

3. Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	%
Rendah	36	64,3
Tinggi	20	35,7
Total	56	100,0

Sumber : data primer 2021

Tabel di atas merupakan distribusi responden berdasarkan pendidikan yang terbagi menjadi tingkat pendidikan rendah (tidak sekolah-SMP) sebanyak 36 orang (64,3%) dan tingkat pendidikan tinggi (SMA keatas) sebanyak 20 orang (35,7 %).

4. Pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi	%
Bekerja	10	17,9
Tidak Bekerja	46	82,1
Total	56	100,0

Sumber : data primer 2021

Merupakan tabel distribusi responden berdasarkan pekerjaan dimana responden bekerja sebanyak 10 orang (17,9%) dan responden tidak bekerja sebanyak 46 orang (82,1%).

5. Penghasilan

Penghasilan	Frekuensi	%
Rendah	44	78,6
Tinggi	12	21,4
Total	56	100,0

Sumber : data primer 2021

merupakan tabel distribusi responden berdasarkan penghasilan dimana responden berpenghasilan rendah sebanyak 44 orang (78,6%) dan responden berpenghasilan tinggi sebanyak 12 orang (21,4%)

6. Pengetahuan

Pengetahuan	Frekuensi	%
Rendah	34	60,7
Tinggi	22	39,3
Total	56	100,0

Sumber : data primer 2021

merupakan tabel distribusi tingkat pengetahuan responden tuberkulosis tentang MDR TB yang diukur dengan kuesioner yang berjumlah 20 pertanyaan dengan responden pengetahuan tinggi sebanyak 22 orang (39,3%) dan rendah sebanyak 34 orang (60,7%).

7. Hubungan Usia dengan Pengetahuan MDR TB

Usia	Tingkat Pengetahuan MDR TB				Total	P
	Rendah		Tinggi			
	N	%	N	%		
15-55 thn	19	33,9	14	25,0	33	58,9
>55 thn	15	26,8	8	14,3	23	41,1
Total	34	60,7	22	39,3	56	100,0

Sumber : data primer 2021

OR : 1,382

Berdasarkan usia, responden yang berumur 15 – 55 tahun (produktif) memiliki pengetahuan tinggi jika dibandingkan dengan pasien yang berumur >55 tahun (non produktif). Responden berusia produktif memiliki tingkat pengetahuan yang rendah mencapai 19 orang (33,9%) dan tingkat pengetahuan tinggi 14 orang (25,0%). Sedangkan responden yang tidak produktif memiliki tingkat pengetahuan yang rendah mencapai 15 orang (26,8%) dan tingkat pengetahuan tinggi 8 orang (14,3%). Analisa data dalam penelitian ini menggunakan uji statistik *chi square* dengan bantuan program SPSS versi 21 dengan signifikansi 0,05. Pengambilan keputusan sebagai berikut Ha diterima jika nilai $p < 0,05$ dan Ha ditolak jika $p > 0,05$. Dari hasil uji statistik *chi square* didapatkan nilai signifikan (p) = 0,565 sehingga $p > \alpha$ dengan demikian Ha ditolak yang artinya tidak ada hubungan usia dengan tingkat pengetahuan TB MDR.

8. Hubungan Jenis Kelamin dengan Tingkat Pengetahuan MDR TB

No	Jenis Kelamin	Tingkat Pengetahuan MDR TB				Total	P
		Rendah		Tinggi			
		n	%	N	%		
1.	Laki-laki	21	37,5	5	8,9	26	46,4
2.	Perempuan	13	23,2	17	30,4	30	53,6
	Total	34	60,7	22	39,3	56	100,0

Sumber : data primer 2021

OR : 0,182

Responden Laki-laki memiliki pengetahuan yang rendah jika dibandingkan dengan Perempuan. Jumlah responden laki-laki yang berpengetahuan rendah 21 orang (37,5%) dan tinggi 5 orang (8,9%). Sedangkan jumlah responden perempuan yang berpengetahuan rendah 13 orang (23,2%) dan tinggi 17 orang (30,4%). Dari hasil uji statistik *chi square* didapatkan nilai signifikan (p) = 0,004 sehingga $p < \alpha$ dengan demikian Ha diterima yang artinya ada hubungan jenis kelamin dengan tingkat pengetahuan TB MDR.

9. Hubungan Pendidikan dengan Tingkat Pengetahuan MDR TB

	Pendidikan	Tingkat Pengetahuan MDR TB				Total	P
		Rendah		Tinggi			
		n	%	N	%		
1.	Rendah	28	50,0	8	14,3	36	64,3
2.	Tinggi	6	10,7	14	25,0	20	35,7
	Total	34	60,7	22	39,3	56	100,0

Sumber : data primer 2021

OR : 0,122

Responden yang berpendidikan rendah memiliki pengetahuan rendah sebanyak 28 orang (50,0%). Sedangkan 8 orang (14,3%) responden yang berpendidikan rendah yang memiliki pengetahuan tinggi. Responden berpendidikan tinggi memiliki pengetahuan rendah 6 orang (10,7%) dan responden yang berpendidikan tinggi yang memiliki pengetahuan tinggi 14 orang (25,0%). Dari hasil uji statistik *chi square* didapatkan nilai signifikan (p) = 0,000 sehingga $p < \alpha$ dengan demikian Ha diterima yang artinya ada hubungan pendidikan dengan tingkat pengetahuan TB MDR.

10. Hubungan Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan MDR TB

No	Pekerjaan	Tingkat Pengetahuan MDR TB				Total		P
		Rendah		Tinggi		n	%	
		n	%	N	%			
1.	Bekerja	5	8,9	5	8,9	10	17,9	0,491
2.	Tidak bekerja	29	51,8	17	30,4	46	82,1	
Total		34	60,7	22	39,3	56	100,0	

Sumber : data primer 2021

OR : 0,586

Responden yang tidak bekerja memiliki tingkat pengetahuan yang rendah 29 orang (51,8%) dan tingkat pengetahuan tinggi 17 orang (30,7%). Sedangkan dengan responden yang bekerja memiliki tingkat pengetahuan rendah 5 orang (8,9%) dan pengetahuan tinggi 5 orang (8,9%). Dari hasil uji statistik *chi square* didapatkan nilai signifikan (p) = 0,491 sehingga $p > \alpha$ dengan demikian H_0 ditolak yang artinya tidak ada hubungan pekerjaan dengan tingkat pengetahuan TB MDR.

11. Hubungan Penghasilan dengan Tingkat Pengetahuan MDR TB

No	Penghasilan	Tingkat Pengetahuan MDR TB				Total		P
		Rendah		Tinggi		n	%	
		N	%	N	%			
1.	Rendah	24	42,9	20	35,7	44	78,6	0,099
2.	Tinggi	10	17,9	2	3,6	12	21,4	
Total		34	60,7	22	39,3	56	100,0	

Sumber : data primer 2021

OR : 4,167

Responden yang berpenghasilan rendah dengan tingkat pengetahuan rendah 24 orang (42,9%) sedangkan dengan tingkat pengetahuan tinggi 20 orang (35,7%). Responden yang berpenghasilan tinggi memiliki tingkat pengetahuan rendah 10 orang (17,9%) dan yang berpengetahuan tinggi 2 orang (3,6%). Dari hasil uji statistik *chi square* didapatkan nilai signifikan (p) = 0,099 sehingga $p > \alpha$ dengan demikian H_0 ditolak artinya tidak ada hubungan penghasilan dengan tingkat pengetahuan TB MDR.

B. Pembahasan

1. Hubungan usia klien TB dengan pengetahuan MDR TB

Berdasarkan usia, responden yang berumur 15-55 tahun (produktif) memiliki pengetahuan tinggi jika dibandingkan dengan klien yang berumur > 55 tahun (non produktif). Sebanyak 15 orang (26,8%) responden yang berusia > 55 tahun memiliki pengetahuan yang rendah dan 8 orang (14,3%) memiliki pengetahuan yang tinggi. Dan pada usia 15-55 tahun (produktif) memiliki pengetahuan rendah 19 orang (33,9%) dan 14 orang (25,0%) memiliki pengetahuan tinggi.

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia produktif, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia produktif akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini.

Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup yaitu semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya dan tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain

seperti misalnya kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia (Erfandi, 2008).

Penelitian yang sama dilakukan oleh Bertin (2011) kasus klien TB paru resisten OAT lebih banyak terjadi pada usia dewasa daripada kelompok umur lanjut usia. Usia produktif mudah untuk menyerap informasi yang telah diberikan oleh petugas kesehatan. Sedangkan pada usia lanjut terjadi penurunan kognitif sehingga sulit untuk menerima dan memahami suatu informasi. Kemunduran kognitif ini sangat perlu diperhatikan.

Pada usia produktif mayoritas orang banyak menghabiskan waktu dan tenaga untuk bekerja, dimana tenaga banyak terkuras serta waktu istirahat kurang sehingga daya tahan tubuh menurun ditambah lagi dengan lingkungan kerja yang padat dan berhubungan dengan banyak orang yang kemungkinan sedang menderita TB. Kondisi kerja seperti ini memudahkan seseorang pada usia produktif lebih berpeluang terinfeksi TB

2. Hubungan jenis kelamin klien TB dengan pengetahuan MDR TB

Responden laki-laki memiliki pengetahuan yang rendah jika dibandingkan dengan perempuan. Jumlah responden laki-laki yang berpengetahuan rendah 21 orang (37,5%) dan tinggi 5 orang (8,9%). Sedangkan jumlah responden perempuan yang berpengetahuan rendah 13 orang (23,2%) dan tinggi 17 orang (30,4%).

Jenis kelamin laki-laki lebih rentan untuk terinfeksi TB paru dibandingkan dengan perempuan, namun angka kematian lebih tinggi pada perempuan. Penelitian di India menunjukkan bahwa risiko laki-laki untuk terinfeksi TB paru sebesar 2,5 kali dibandingkan dengan perempuan. Sedangkan di Indonesia laki-laki mempunyai risiko menderita TB 1,6 kali dibandingkan dengan perempuan. Data Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa kelompok laki-laki 10% lebih banyak ditemukan kasus TB dibandingkan dengan perempuan. Tidak ditemukannya hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian TB karena proporsi penderita TB pada laki-laki dan perempuan berdasarkan Riskesdas 2013 hampir sama, meskipun ditemukan perbedaan jumlah penderita TB pada laki-laki dan perempuan. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh faktor lain seperti perbedaan perilaku dimana lebih banyak laki-laki yang merokok dibandingkan dengan perempuan.

Hasil yang sama didukung oleh penelitian yang dilakukan Eastwood (2004) yang menyatakan bahwa wanita memiliki pengetahuan yang rendah tentang tuberkulosis dampak jika *droup out* dalam pengobatan. Hal ini menunjukkan bahwa pada umumnya wanita masih memiliki kepercayaan tradisional sehingga lambat dalam upaya pencarian pelayanan kesehatan.

Pendapat yang sama diungkapkan oleh Hoa *at all* (2009) yang menyatakan bahwa sebagian besar perempuan belum mengetahui tentang penyakit tuberkulosis. Banyak diantaranya menyatakan bahwa tuberkulosis adalah penyakit herediter. Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan wanita memiliki tingkat pengetahuan yang rendah. Hal ini disebabkan karena perempuan sulit untuk mendapatkan akses informasi kesehatan. Selain itu wanita terlihat saat mengisi kuisioner masih banyak belum mengetahui tentang MDR TB yang dalam bahasa sehari-hari disebut dengan TB kebal obat.

3. Hubungan pendidikan klien TB dengan pengetahuan MDR TB

Berdasarkan pendidikan responden didapatkan sebanyak 28 orang (50,0%) yang berpendidikan rendah dengan tingkat pengetahuan rendah dan 8 orang (14,3%) responden yang berpendidikan rendah dengan tingkat pengetahuan tinggi. Responden berpendidikan tinggi memiliki tingkat pengetahuan rendah 6 orang (10,7%) dan responden yang berpendidikan tinggi yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi 14 orang (25,0%).

Pendidikan seseorang sangat menunjang dalam perubahan perilaku kesehatan. Pendidikan tinggi merupakan pendukung untuk memudahkan penyerapan pengetahuan TB. Tetapi jika sebaliknya pendidikan yang rendah membuat responden tidak mengetahui tentang tuberkulosis. Banyak responden yang belum mengetahui penyebab tuberkulosis. Hal ini sangat mempengaruhi penularan TB kepada orang lain karena klien TB tidak mengetahui tentang cara menghindari penularan kepada orang lain. Selain itu klien bisa tidak patuh dalam menjalani pengobatan. Klien putus berobat dapat dikarenakan klien sudah merasa mulai sembuh dari penyakitnya. *Drop out* ini akan menimbulkan MDR TB.

Sebagian besar responden belum mengetahui MDR TB yang disebut dengan TB kebal obat. Pendidikan kesehatan yang mudah dipahami menjadi upaya yang dapat diberikan dalam meningkatkan pengetahuan klien.

P value menunjukkan 0,000 yang artinya ada hubungan. Penelitian yang dilakukan Teti (2006) mendapatkan bahwa tingkat pengetahuan TB yang rendah dipengaruhi oleh pendidikan yang rendah.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa semakin rendah pendidikan maka semakin rendah pengetahuannya. Di Puskesmas di Toraja Utara penyampaian informasi tentang MDR TB tidak dapat dilakukan ke semua klien TB berhubung keterbatasan jumlah SDM dan waktu untuk melayani klien TB berobat. Keterbatasan terlihat dari jumlah staff yang tidak seimbang dengan jumlah klien TB yang berobat setiap hari. Untuk upaya penyampaian informasi TB dan MDR TB dapat dilakukan dengan menempelkan poster ataupun memberikan penyuluhan secara bersama kepada seluruh klien TB

4. Hubungan pekerjaan klien TB dengan pengetahuan MDR TB

Berdasarkan pekerjaan responden yang tidak bekerja memiliki tingkat pengetahuan yang rendah 29 orang (51,8%) dan tingkat pengetahuan tinggi 17 orang (30,4%). Sedangkan dengan responden yang bekerja memiliki tingkat pengetahuan rendah 5 orang (8,9%) dan pengetahuan tinggi 5 orang (8,9%).

Pekerjaan adalah serangkaian tugas atau kegiatan yang harus dilaksanakan atau diselesaikan oleh seseorang sesuai dengan jabatan atau profesi masing-masing. Status pekerjaan yang rendah sering mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi merupakan cara mencari nafkah, berulang dan banyak tantangan. Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Bila pekerja bekerja di lingkungan yang berdebu paparan partikel debu di daerah terpapar akan mempengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan umumnya TB Paru. Dengan tingkat pekerjaan yang baik, maka seseorang akan berusaha untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik, berbeda dengan orang yang memiliki tingkat pekerjaan rendah yang lebih memikirkan bagaimana cara untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya. Hal ini dapat terjadi karena kebanyakan dari keluarga responden masih berpikir bahwa mereka bekerja adalah untuk mendapatkan penghasilan yang lebih banyak agar dapat memenuhi kebutuhan pokok atau kebutuhan sehari-hari.

Pekerjaan sangat mempengaruhi seseorang dalam mendapatkan informasi kesehatan. WHO (2008) menyampaikan bahwa kejadian MDR TB semakin meningkat pada masyarakat dengan penghasilan yang rendah terutama bagi yang tidak memiliki pekerjaan. Sejalan dengan hal tersebut, dalam penelitian ini sebanyak 29 orang (63,0%) yang tidak memiliki pekerjaan memiliki pengetahuan yang rendah.

5. Hubungan penghasilan klien TB dengan pengetahuan MDR TB

Responden yang berpenghasilan rendah dengan tingkat pengetahuan rendah 24 orang (42,9%) sedangkan dengan tingkat pengetahuan tinggi 20 orang (35,7%). Responden yang berpenghasilan tinggi memiliki tingkat pengetahuan rendah 10 orang (17,9%) dan tingkat pengetahuan tinggi 2 orang (3,6%).

Bagi klien yang tidak memiliki pekerjaan dan penghasilan rendah sangat mempengaruhi klien untuk datang ke pelayanan kesehatan. Banyak diantara klien harus menggunakan transportasi untuk datang mengambil OAT berhubung jarak yang jauh ke Puskesmas. Hal ini akan mengakibatkan bahwa banyak klien yang kurang mendapatkan informasi kesehatan TB sehingga pengetahuan responden tentang pencegahan TB belum optimal.

Terserang penyakit TB Paru adalah golongan masyarakat yang berpenghasilan rendah. Masyarakat dengan penghasilan tinggi lebih mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk melakukan pengobatan, sedangkan seseorang dengan tingkat

penghasilan lebih rendah kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada, mungkin oleh karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau untuk membeli yang lain. Rendahnya jumlah penghasilan keluarga juga memicu peningkatan angka kurang gizi dikalangan masyarakat miskin yang akan berdampak terhadap daya tahan tubuh dan dengan mudah timbul penyakit TB Paru. Masyarakat dengan penghasilan yang rendah sering mengalami kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik, sehingga penyakit TB Paru menjadi ancaman bagi mereka.

Semakin tinggi penghasilan seseorang, maka semakin mudah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik dan pemenuhan gizi yang baik sehingga dapat meningkatkan daya tahan tubuh. Dengan penghasilan yang tinggi pula seseorang tidak akan berfikir dua kali untuk mengeluarkan uangnya untuk melakukan pengobatan maupun pemeriksaan kesehatan. Berbeda dengan seseorang dengan penghasilan yang rendah yang akan menghabiskan sebagian besar penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, mereka akan berfikir dua kali untuk mengeluarkan uangnya demi memeriksakan kesehatannya, sehingga kebanyakan dari orang yang berpenghasilan rendah baru memeriksakan kondisinya apabila sakitnya sudah semakin parah atau tidak bisa sembuh dengan hanya meminum obat yang dijual ditoko-toko maupun jamu tradisional. Hal ini dapat terjadi karena sebagian besar responden tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya sehingga mereka terlambat untuk melakukan pengobatan sebelum penyakitnya bertambah parah.

KESIMPULAN

1. Tidak ada hubungan usia klien dengan tingkat pengetahuan tentang TB MDR di kabupaten Toraja Utara.
2. Ada hubungan jenis kelamin klien dengan tingkat pengetahuan tentang TB MDR di kabupaten Toraja Utara.
3. Ada hubungan pendidikan klien dengan tingkat pengetahuan tentang TB MDR di kabupaten Toraja Utara.
4. Tidak ada hubungan pekerjaan klien dengan tingkat pengetahuan tentang TB MDR di kabupaten Toraja Utara.
5. Tidak ada hubungan penghasilan klien dengan tingkat pengetahuan tentang TB MDR di kabupaten Toraja Utara.

BIBLIOGRAFI

- Departemen Kesehatan. (2002). *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan. (2006). *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*. Jakarta: Depkes RI.
- Hastono, Priyo.S., dan Sabri Luknis. (2010). *Statistika kesehatan*. Jakarta : PT Raja Grafindo
- Hoa NP, Thorson AE, Long NH, Diwan VK (2008). *Knowledge of tuberculosis And associated health-seeking behaviour among rural Vietnamese adults with a cough for at least three weeks*.(online). Diakses 18 juni 2016. ([http:// www.elsevier.com/locate/healthpol](http://www.elsevier.com/locate/healthpol))
- Kemenkes RI Dirjend PP & PL (2011). *Terobosan menuju akses universal strategi nasional (STARNAS)pengendalian TB di Indonesia 2010-2014*. Jakarta : Depkes
- Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 364/menkes/sk/v/2009 *tentang Pedoman penanggulangan tuberkulosis (TB)*. Jakarta : Depkes RI

- Kountur, R. (2007). *Metode Penelitian untuk Penyusunan Skripsi dan Tesis (ed2)*. Jakarta : Penerbit PPM.
- Laporan register Tuberkulosis Puskesmas Kabupaten Toraja Utara (2016).
- Mercedes, C Baccera *at al l.*(2010). *Tuberculosis burden in households of patients with multidrug-resistant and extensively drug-resistant tuberculosis : are trosspective cohort study*. (online). diakses 18 juni 2016. (<http://www.elsevier.com/locate/healthpol>).
- Nofizar, D., Nawas, Arifin., Burhan, Erliana. (2010). *Identifikasi faktor resiko tuberkulosis multi drug resistant (TB-MDR) dalam Majalah kedokteran Indonesiavol:60, No.12, Desember 2010*. Jakarta : Departemen Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam, (2009). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan (ed 2)*. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, P. & Perry,A. (2005). *Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. (4th ed.). Mosby: Year Book Inc.
- Setiadi. (2007). *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan (ed1)*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Soepandi, Z. Priyanti (2008). *Diagnosis dan faktor yang mempengaruhi terjadinya TB-MDR*. Jakarta : Departemen Pulmonologi & Ilmu kedokteran Respirasi FKUI-RS Persahabatan
- WHO (2006). *Tuberculosis, kedaruratan global*. (online). diakses pada tanggal 15 juni 2016. (<http://www.tbcindonesia.or.id>).