

TESIS

PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP PENINGKATAN IMUNITAS ANGGOTA KELUARGA RISIKO TINGGI TB PARU



Oleh :

CHILYATIZ ZAHROH

NIM : 131041048

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

TESIS

PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP PENINGKATAN IMUNITAS ANGGOTA KELUARGA RISIKO TINGGI TB PARU

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep.)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh :

CHILYATIZ ZAHROH

NIM : 131041048

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Chilyatiz Zahroh

NIM : 131041048

Tanda tangan



Tanggal : 20 Juli 2012

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Chilyatiz Zahroh
NIM : 131041048
Program Studi : Magister Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Peningkatan Imunitas Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB Paru”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Tanggal : 20 Juli 2012

Yang menyatakan

(Chilyatiz Zahroh)

Lembar Pengesahan

Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Peningkatan
Imunitas Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB

Oleh:
Chilyatiz Zahroh

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 20 JULI 2012

PEMBIMBING I



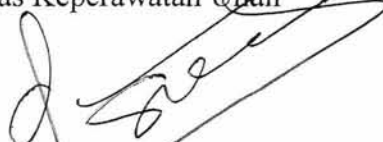
Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS.
NIP. 19480602 198103 1002

PEMBIMBING II



Abu Bakar, S.Kep., Ns., M. Kep., Sp. Kep. MB.
NIP. 19800427 200912 1 002

Mengetahui,
Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Unpar



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK, DTM&H., Sp. PD-KTI., FINASIM.
NIP. 19470812 197412 1 001

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Chilyatiz Zahroh
NIM : 131041048
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Peningkatan Imunitas Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada tanggal 20 Juli 2012

Panitia penguji,


Ketua : Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK.,
DTM&H., Sp. PD-KTI., FINASIM



(.....)

Anggota :

1. Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS.



(.....)

2. Abu Bakar, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB.



(.....)

3. Dr. Hari Basuki N., dr., M. Kes.



(.....)

4. Dr. Ah. Yusuf, S. Kp., M. Kes.



(.....)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan kasih sayang kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul “Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Peningkatan Imunitas Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB Paru”. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan penelitian tesis ini terdapat kekurangan dan keterbatasan, sehingga dalam penyelesaian tesis ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Fasichul Lisan, Apt., selaku Rektor Universitas Airlangga, atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Magister Keperawatan.
2. Purwaningsih, S. Kp., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Magister Keperawatan.
3. Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., Sp. PD-KTI., FINASIM., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga.
4. Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS., selaku Pembimbing I, yang telah memberikan motivasi, arahan, dan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan program Magister Keperawatan Universitas Airlangga

5. Abu Bakar, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. KMB., selaku Pembimbing II, yang telah memberikan motivasi, arahan, dan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan pendidikan program Magister Keperawatan Universitas Airlangga
6. Prof. Dr. Yusti Probowati, Psi., selaku pembimbing, yang telah memberikan motivasi dan arahan terkait persepsi manusia kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga
7. Responden penelitian, yang telah bersedia meluangkan waktu dan bekerjasama selama penelitian ini dilaksanakan
8. Kepala Puskesmas, perawat (Pak Amin), seluruh tenaga kesehatan dan staf Puskesmas Wonokromo Surabaya, yang telah memberikan fasilitas seluas – luasnya kepada peneliti untuk melakukan penelitian di wilayah binaan Puskesmas Wonokromo
9. Keluarga tercinta, yang memberikan dukungan secara moril, fisik, dan finansial.
10. Rekan – rekan Mahasiswa Angkatan 3 Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah memberikan dukungan baik secara fisik maupun moral
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu – persatu, yang telah memberikan bantuan dalam secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan usulan penelitian tesis ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan usulan penelitian tesis ini.

Penulis sadar bahwa penelitian tesis ini belum sempurna, tetapi penulis berharap penelitian tesis ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi dunia keperawatan.

Surabaya, Juli 2012

Penulis

ABSTRACT**EFFECT OF THERAPEUTIC COMMUNICATION ON IMMUNITY
IMPROVEMENT AMONG FAMILY MEMBERS WITH HIGH RISK
PULMONARY TUBERCULOSIS****A Pre-Experimental Study at Puskesmas Wonokromo Surabaya****Chilyatiz Zahroh**

Pulmonary tuberculosis is an infectious disease. Preventive efforts are needed so that members of the family, who live under one roof (high risk family members) of tuberculous patients, are not easily infected with the disease. Family is only involved as drug consumption controller. So far, there has been no effort to maintain and improve the health of high risk family members. The objective of this study was to elaborate the effect of therapeutic communication on immunity improvement of pulmonary tuberculosis high risk family members.

This was a pre-experimental study using one group pre test post test design. Samples obtained were 10 respondents with total sampling. The independent variable in this study was therapeutic communication (dimension of knowledge on transmission prevention and spiritual) and the dependent variable were perception (knowledge and spiritual dimensions), cortisol, and Hsp70. Data were collected using questionnaire and observation sheet and were tested with paired t test.

Results showed that after therapeutic communication there was improvement in perception ($p = 0.000$), cortisol reduction ($p = 0.0005$), and increase of Hsp70 ($p = 0.004$). There was significant difference in perception, cortisol level, and Hsp70 level before and after therapeutic communication.

In conclusion, therapeutic communication is able to improve respondents' perception and the immunity of pulmonary tuberculosis high risk family members. Recommendations to prevent Tb transmission in Puskesmas Wonokromo were 1) undergoing therapeutic communication (knowledge on transmission prevention and spiritual) in Tb high risk family members, so that their immunity will improve and become not easily being infected, and 2) providing training to the nurses in order to improve the elements of therapeutic communication capability.

Keywords: therapeutic communication, pulmonary Tb, immunity, perception, cortisol, Hsp70

SUMMARY

EFFECT OF THERAPEUTIC COMMUNICATION ON IMMUNITY IMPROVEMENT AMONG FAMILY MEMBERS WITH HIGH RISK PULMONARY TUBERCULOSIS

A Pre-Experimental Study at Puskesmas Wonokromo Surabaya

Chilyatiz Zahroh

TB (tuberculosis) is a transmittable disease caused by the bacteria of mycobacterium tuberculosis (Ministry of Health 2008). Indonesia has undertaken DOTS strategy for tuberculosis management since 1995. In Puskesmas Wonokromo, morbidity rate is originated from the family of TB patients. In other words, new TB patients are relatives who live under one roof with old TB patients.

Preventive actions have been undertaken through STOP TB program. However, the target of the program is the patients, and only involves the family as drug consumption controller. Therapeutic communication provided by health care providers is only for TB patients. So far, there has been no effort to maintain and improve the health and immunity of healthy family members (family members who take care of the patient).

Data from Puskesmas Wonokromo showed an increase of TB morbidity rate each year. In 2008 TB patients prevalence was 25 persons, in 2009 becomes 33 persons, 2010 as many as 38 persons, and 2011 was 42 persons. There were 4 new pulmonary tuberculosis patients who were family members living under one roof with the old pulmonary TB patients.

Tuberculosis transmission risk depends on inhaled bacterial count, length of exposure, bacterial aggressiveness, and individual's immunity. One factor that may affect individual's immunity is his way to manage challenging stress (TB patients). Individual's perception emerging during the challenge of stress may affect individual's health/immunity, so that there should be efforts to identify the perception and immunity (cortisol and Hsp70) of TB high risk family members.

The objective of this study was to elaborate the effect of therapeutic communication in the improvement of TB high risk family members. This study used pre-experimental one group pretest post-test design.

Population in this study was all TB patients in Puskesmas Wonokromo who had undergone treatment for more than 3 months. Samples in this study were TB high risk family members (family members living under one roof with the patient).

Sampling technique was total sampling, consisting of 10 respondents. The independent variable in this study was therapeutic communication (dimension of knowledge on transmission prevention and spiritual) and the dependent variable were perception (knowledge and spiritual dimensions), cortisol, and Hsp70. Data

were collected using questionnaire and observation sheet and were tested with paired t test.

Results showed that after therapeutic communication there was improvement in perception ($p = 0.000$), cortisol reduction ($p = 0.0005$), and increase of Hsp70 ($p = 0.004$). There was significant difference in perception, cortisol level, and Hsp70 level before and after therapeutic communication. These differences were influenced by the acceptance of respondents to take care of the TB patient.

In conclusion, therapeutic communication is able to improve respondents' perception and the immunity of pulmonary tuberculosis high risk family members. Recommendations to prevent TB transmission in Puskesmas Wonokromo were 1) undergoing therapeutic communication (knowledge on transmission prevention and spiritual) in TB high risk family members, so that their immunity will improve and become not easily being infected, and 2) providing training to the nurses in order to improve therapeutic communication capability.

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Dalam	i
Persyaratan Gelar	ii
Pernyataan Orisinilitas	iii
Persetujuan	iv
Penetapan Panitia	v
Pernyataan Persetujuan Publikasi	vi
Kata Pengantar	vii
<i>Absract</i>	x
<i>Summary</i>	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xix

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	4
1.3 Rumusan Masalah.....	5
1.4 Tujuan	6
1.4.1 Tujuan umum	6
1.4.2 Tujuan khusus	6
1.5 Manfaat	6

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Komunikasi Terapeutik	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Tujuan dan manfaat.....	8
2.1.3 Prinsip – prinsip	9
2.1.4 Perbedaan komunikasi terapeutik dan komunikasi sosial.....	10
2.1.5 Sikap komunikasi terapeutik.....	10
2.1.6 Tehnik komunikasi terapeutik.....	11
2.1.7 Tahap komunikasi terapeutik.....	15
2.1.8 Hal yang mempengaruhi kemampuan komunikasi perawat	17
2.1.8.1 kualitas pribadi.....	17
2.1.8.2 <i>therapeuticimpasses</i>	17
2.1.8.3 dimensi respon	19
2.1.8.4 dimensi tindakan	20
2.2 Persepsi	22
2.2.1 Pengertian	22
2.2.2 Proses Persepsi.....	22
2.3 Spiritual.....	23
2.3.1 Dimensi komitmen religi	24
2.3.2 Spiritualitas islam.....	25
2.3.3 Sabar	28

2.3.3.1 pengertian.....	28
2.3.3.2 jenis sabar.....	29
2.4 Stres dan <i>HPA Axis</i>	29
2.4.1 Stres.....	29
2.4.2 Konsep stres dalam psikoneuroimunologi.....	30
2.4.2 <i>HPA axis</i>	31
2.5 Kortisol	31
2.6 Imunitas.....	32
2.7 Hsp70	33
2.7.1 Sejarah.....	33
2.7.2 Struktur	34
2.7.3 Fungsi.....	34
2.7.4 Imunitas.....	34
2.8 Konsep Tuberkulosis	35
2.8.1 TB dan kejadiannya	35
2.8.2 Cara penularan	35
2.8.3 Risiko penularan	36
2.8.4 Cara mencegah penularan.....	36
2.8.5 Risiko menjadi sakit TB.....	36
2.8.6 Strategi penanggulangan TB.....	38
2.8.7 Pencegahan dan pengendalian TB	40
2.9 Teori Interaksi King.....	40
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	
3.1 Kerangka Konseptual.....	44
3.2 Hipotesis	46
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	47
4.2 Unit Eksperimen dan Replikasi	47
4.2.1 Unit eksperimen.....	47
4.2.2 Replikasi	47
4.3 Variabel Penelitian.....	48
4.3.1 Variabel penelitian.....	48
4.3.2 Definisi operasional	48
4.4 Responden dan Bahan Penelitian.....	49
4.5 Instrumen Penelitian	50
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	50
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	51
4.8 Cara Analisis Data	55
4.9 Kerangka Operasional.....	57
BAB 5 ANALISIS HASIL PENELITIAN	
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	58
5.2 Hasil Penelitian	59
5.2.1 Data umum.....	59
5.2.2 Data khusus responden	62
5.2.2.1 skor persepsi responden.....	62

5.2.2.2 kadar kortisol responden	63
5.2.2.3 kadar hsp70 responden.....	64
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Perubahan Persepsi Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB.....	66
6.2 Perubahan Kortisol Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB	69
6.3 Perubahan Hsp70 Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB.....	70
6.4 Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Peningkatan Imunitas Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB	72
6.5 Keterbatasan Penelitian.....	74
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	75
7.2 Saran	75
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN.....	80

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbedaan Komunikasi Terapeutik dan Komunikasi Sosial.....	10
Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian	48
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia.....	59
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	59
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan.....	60
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Merawat Penderita TB	60
Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan Rumah: Jendela/Sirkulasi Udara	61
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan Rumah: Sinar Matahari.....	61
Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan Rumah: Kelembaban	62
Tabel 5.8 Skor Persepsi Responden di Puskesmas Wonokromo	62
Tabel 5.9 Kadar Kortisol Responden di Puskesmas Wonokromo	63
Tabel 5.10 Kadar Hsp70 Responden di Puskesmas Wonokromo.....	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Proses Persepsi.....	22
Gambar 2.2 Religiusitas dan Spiritualitas.....	28
Gambar 2.3 Mekanisme Stres melalui Jalur HPA Axis.....	30
Gambar 2.4 Faktor Risiko Kejadian TB.....	37
Gambar 2.5 Sistem Transaksi King.....	41
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	44
Gambar 4.1 Penelitian <i>Pra Experiment</i>	47
Gambar 4.2 Kerangka Operasional.....	57

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Ijin Penelitian.....	80
Lampiran 2 Lembar Laik Etik.....	81
Lampiran 3 Lembar Penjelasan	82
Lampiran 3 Lembar <i>Informed Consent</i>	84
Lampiran 4 Format Pengumpulan Data Demografi.....	85
Lampiran 5 Angket Persepsi.....	88
Lampiran 6 SAP Komunikasi Terapeutik.....	89
Lampiran 7 Booklet Preventif Penularan TB dan Spiritual.....	96
Lampiran 8 Uji Normalitas	101
Lampiran 9 Uji <i>Paired T Test</i>	102
Lampiran 10 Transkrip Responden.....	105

DAFTAR SINGKATAN

ACTH	: <i>Adenocorticotropin Hormone</i>
AKMS	: Advokasi, Komunikasi, Mobilisasi Sosial
CRF	: <i>Cortico Releasing Factor</i>
CRH	: <i>Cortico Releasing Hormone</i>
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment, Short-course</i>
HPA	: <i>Hipotalamus Pituitari Adrenal</i>
HSF	: <i>Heat Shock Factor</i>
HSP	: <i>Heat Shock Protein</i>
TB	: Tuberkulosis
TDC Unair	: <i>Tropic Disease Centre Universitas Airlangga</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

TB (tuberkulosis) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis* (Depkes, 2008). Indonesia telah melaksanakan strategi DOTS untuk penatalaksanaan Tuberkulosis sejak tahun 1995 dengan strategi AKMS TB (Advokasi, Komunikasi, dan Mobilisasi Sosial untuk Tuberkulosis). Dengan strategi tersebut pemerintah berharap angka kesembuhan akan meningkat dan TB tidak lagi menjadi masalah kesehatan di Indonesia (Depkes, 2008). Namun kenyataannya angka kesakitan penderita TB masih tinggi. Risiko penularan TB bergantung pada jumlah bakteri yang terhisap, lama paparan, daya serang kuman, dan ketahanan atau kekebalan tubuh seseorang (International Council of Nurses, 2011). Individu sehat diharapkan mampu mempertahankan kekebalan tubuh agar tidak mudah tertular TB. Di Puskesmas Wonokromo, angka kesakitan berasal dari keluarga penderita TB, dengan kata lain penderita TB baru adalah kerabat yang tinggal satu rumah dengan penderita TB lama.

Upaya pencegahan telah dilakukan melalui program *STOP TB*, namun sasaran program tersebut adalah penderita dan hanya melibatkan keluarga dalam rangka pengawasan minum obat. Komunikasi terapeutik yang diberikan petugas hanya untuk penderita TB. Sejauh ini belum ada upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan atau kekebalan tubuh untuk anggota keluarga yang sehat (anggota keluarga yang merawat penderita). Diperlukan juga komunikasi

terapeutik untuk anggota keluarga yang merawat penderita TB agar anggota keluarga risiko tinggi TB tidak mudah tertular. Namun sampai saat ini pengaruh komunikasi terapeutik terhadap perubahan kadar kortisol dan HSP70 anggota keluarga risiko tinggi TB belum dapat dijelaskan.

Sepertiga penduduk dunia terinfeksi basil Tuberkulosis (TB) yang mana satu orang sakit TB setiap empat detik serta terdapat satu orang meninggal karena TB setiap 10 detiknya. Terdapat sekitar 9.2 juta kasus baru TB dan kira-kira 1.7 juta kematian karena TB pada tahun 2006 (Depkes RI, 2008). Dan terjadi peningkatan 440.000 kasus baru akibat *multidrug-resistant tuberculosis* (MDR-TB) setiap tahun dan menyebabkan sekurang-kurangnya 150.000 kasus kematian per tahun. Indonesia menduduki peringkat ke-delapan dari 27 negara dengan beban MDR tinggi. Kasus Tuberkulosis di Indonesia pada tahun 2009 mencapai 528.063 kasus, dan jumlah kematian akibat tuberkulosis mencapai 91.369 kasus (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2010). Data Puskesmas Wonokromo menunjukkan peningkatan kesakitan TB setiap tahun, tahun 2008 prevalensi penderita TB adalah 25 orang, tahun 2009 menjadi 33 orang, tahun 2010 sebanyak 38 orang, dan tahun 2011 sebanyak 42 orang. Terdapat 4 orang penderita TB baru merupakan anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita TB lama.

TB merupakan penyakit yang dapat menular dengan mudah. Penularan TB terjadi secara *droplet*, yaitu melalui udara yang mengandung kuman *Mycobacterium TB* akibat batuk/bersin dari penderita TB. Hal ini merupakan stressor tersendiri bagi keluarga yang memiliki penderita TB sebagai anggota keluarga. Anggota keluarga yang sering kontak atau sering terpapar dengan

penderita TB memiliki risiko yang lebih tinggi untuk tertular, sehingga disebut anggota keluarga risiko tinggi. Jika anggota keluarga yang memiliki risiko tinggi untuk tertular salah dalam mengolah *stressor* tersebut, maka mengakibatkan persepsi yang salah pula. Persepsi yang salah tersebut akan diolah oleh otak dalam pusat persepsi dan emosi, yaitu sistem limbik. Oleh sistem limbik sinyal tersebut dijalarkan ke hipotalamus sehingga mempengaruhi CRH (*Corticotropin releasing hormon*). CRH yang terstimuli akan mempengaruhi ACTH untuk memproduksi kortisol sebagai hormon stres. Stres fisik atau stress mental dalam waktu beberapa menit saja dapat meningkatkan sekresi ACTH, sehingga sekresi kortisol juga meningkat dua puluh kali lipat (Guyton, 2012). Chrousos (2009), peneliti tentang stres, melaporkan bahwa ketidakseimbangan kortisol sangat berkaitan erat dengan masalah kesehatan (sakit). Dengan demikian diketahui bahwa kortisol dapat menekan sistem kekebalan tubuh sehingga seseorang akan rentan terhadap infeksi. Demikian pula pada anggota keluarga yang sering terpapar dengan penderita TB yang salah mengolah persepsi, kadar kortisol akan meningkat dan menyebabkan keluarga risiko tinggi rentan tertular infeksi TB. Hal tersebut jika tidak ditangani akan menyebabkan peningkatan angka kesakitan TB setiap tahun.

Perawat mempunyai kewajiban untuk mengubah persepsi yang salah yang dimiliki oleh anggota keluarga dengan penderita TB. Salah satu cara yang dapat dilakukan perawat adalah dengan komunikasi terapeutik terhadap anggota keluarga risiko tinggi dengan pendekatan teori Interaksi King. Teori interaksi King menjelaskan bahwa dengan interaksi (komunikasi terapeutik) antara perawat dan klien diharapkan mampu mengubah persepsi dan menghasilkan pemaknaan

yang positif, sehingga memunculkan tindakan yang positif pula (Alligod, 2006). Demikian pula interaksi perawat dan anggota keluarga risiko tinggi TB diharapkan mampu mengubah persepsi dan memberikan pemaknaan yang positif kepada anggota keluarga risiko tinggi TB. Persepsi dan pemaknaan tersebut akan mempengaruhi tindakan anggota keluarga risiko tinggi dalam upaya meningkatkan kekebalan tubuh. Komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat berisi: dimensi pengetahuan mengenai cara pencegahan penularan penyakit TB dan dimensi spiritual. Diharapkan dengan komunikasi terapeutik perawat kepada anggota keluarga risiko tinggi dapat mengubah persepsi anggota keluarga risiko tinggi, yang semula salah (negatif) menjadi positif. Sehingga otak akan mengolah persepsi positif tersebut dalam sistem limbik, dan meneruskan impuls ke hipotalamus. Hal tersebut dapat menghambat CRF (*Corticotropin Releasing Factor*) dan ACTH untuk memproduksi kortisol. Dengan demikian sistem kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi tidak terganggu sehingga tidak mudah tertular dan dapat merawat anggota keluarga yang sakit dengan maksimal. Persepsi atau pikiran positif dapat meningkatkan kesehatan (Elfiky, 2011).

Berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk meneliti tentang penerapan komunikasi terapeutik untuk meningkatkan kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi.

1.2 Identifikasi Masalah

Penularan TB secara *droplet nuclei*, menyebabkan TB menjadi penyakit yang dapat menular dengan mudah. Pemerintah telah melakukan upaya penanggulangan atau perawatan penderita TB, namun sampai sekarang angka

kesakitan TB, terutama pada keluarga penderita TB masih tinggi. Penderita TB dapat menjadi *stressor* anggota keluarga (yang tinggal satu rumah dan yang merawat penderita). Sehingga diperlukan upaya *preventif* (pencegahan) agar keluarga risiko tinggi tidak mudah tertular dan dapat merawat penderita TB dengan maksimal. Risiko penularan TB bergantung pada jumlah bakteri yang terhisap, lama paparan, daya serang kuman, dan ketahanan atau kekebalan tubuh seseorang. Salah satu hal yang dapat mempengaruhi kekebalan tubuh seseorang adalah cara seseorang dalam mengelola stres yang dihadapi (penderita TB). Persepsi seseorang yang muncul saat menghadapi stres mempengaruhi kesehatan/kekebalan tubuh seseorang, sehingga perlu dilakukan upaya untuk mengetahui persepsi dan kekebalan tubuh (kortisol dan Hsp70) anggota keluarga risiko tinggi TB.

1.3 Rumusan masalah

1. Apakah ada perubahan persepsi (dimensi pengetahuan preventif penularan TB dan dimensi religi) anggota keluarga risiko tinggi TB setelah diberikan komunikasi terapeutik?
2. Apakah ada perubahan kadar kortisol anggota keluarga risiko tinggi TB setelah diberikan komunikasi terapeutik?
3. Apakah ada perubahan kadar Hsp70 anggota keluarga risiko tinggi TB setelah diberikan komunikasi terapeutik?
4. Apakah komunikasi terapeutik dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi TB?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh komunikasi terapeutik terhadap peningkatan sistem kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi TB

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menjelaskan perubahan persepsi (dimensi pengetahuan preventif penularan TB dan dimensi religi) anggota keluarga risiko tinggi TB
2. Menjelaskan perubahan kadar kortisol anggota keluarga risiko tinggi TB
3. Menjelaskan perubahan Hsp70 anggota keluarga risiko tinggi TB
4. Menjelaskan komunikasi terapeutik dapat meningkatkan sistem kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi TB

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat memperkaya Ilmu Keperawatan khususnya upaya meningkatkan imunitas anggota keluarga risiko tinggi TB dengan menggunakan komunikasi terapeutik dengan pendekatan Teori Interaksi King.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Dapat meningkatkan peran perawat dalam upaya pencegahan penularan TB terhadap anggota keluarga risiko tinggi, dan menurunkan angka kesakitan TB di Puskesmas Wonokromo.

2. Bagi Responden

Dapat meningkatkan imunitas atau kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi TB sehingga tidak mudah tertular

3. Bagi Puskesmas

Sebagai acuan untuk meningkatkan upaya promotif dan preventif penularan Tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Wonokromo.

4. Bagi Masyarakat

Sebagai langkah partisipasi aktif masyarakat dalam menunjang program perawatan penderita Tuberkulosis.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.1.1 Pengertian komunikasi terapeutik

Komunikasi merupakan proses penyampaian informasi, makna dan pemahaman dari pengirim pesan kepada penerima pesan (Burgerss, 1988 dalam Damaiyanti, 2008). Sedangkan terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Sehingga komunikasi terapeutik dapat diartikan sebagai proses penyampaian informasi, makna dan pemahaman dari pengirim pesan kepada penerima pesan, yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan/pemulihan klien.

2.1.2 Tujuan dan manfaat komunikasi terapeutik

Tujuan komunikasi terapeutik adalah:

- 1) Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan
- 2) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya
- 3) Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan dirinya sendiri

Manfaat komunikasi terapeutik

- 1) Mendorong dan menganjurkan kerjasama antar perawat dengan klien melalui hubungan perawat – klien

- 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan, dan mengkaji masalah dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat (Christina, 2003).

2.1.3 Prinsip – prinsip komunikasi terapeutik

Prinsip komunikasi terapeutik menurut Carl Rogers

- 1) Perawat harus mengenal dirinya sendiri yang berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut
- 2) Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai
- 3) Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental
- 4) Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut
- 5) Perawat harus dapat menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap, tingkah laku sehingga dapat memecahkan masalah yang dihadapi
- 6) Perawat harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi
- 7) Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya
- 8) Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik
- 9) Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik
- 10) Mampu berperan sebagai role model agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu perawat perlu

mempertahankan suatu keadaan sehat fisik dan mental, spiritual, dan gaya hidup

- 11) Disarankan untuk mengekspresikan perasaan dianggap mengganggu
- 12) Altruisme untuk mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi
- 13) Berpegang pada etika dengan cara sehingga dapat mengambil keputusan dengan cara yang benar
- 14) Bertanggung jawab dalam dua dimensi, yaitu tanggung jawab terhadap diri sendiri atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain.

2.1.4 Perbedaan komunikasi terapeutik dengan komunikasi sosial

Tabel 2.1 Perbedaan komunikasi terapeutik dengan komunikasi sosial

Komunikasi terapeutik	Komunikasi sosial
1. Terjadi antara perawat – klien atau anggota tim kesehatan lain	1. Terjadi setiap hari baik dalam pergaulan maupun lingkungan kerja
2. Bertujuan dan berfokus pada pasien yang membutuhkan bantuan	2. Komunikasi bersifat dangkal karena tidak mempunyai tujuan
3. Perawat secara aktif mendengarkan dan memberi respon kepada klien dengan menunjukkan sikap mau menerima dan memahami klien	3. Pembicaraan tidak mempunyai fokus tertentu tetapi lebih mengarah kebersamaan
4. Membantu klien melihat dan memperhatikan apa yang tidak disadari sebelumnya	4. Dapat direncanakan tetapi dapat juga tidak direncanakan

Sumber: Damaiyanti, 2008.

2.1.5 Sikap komunikasi terapeutik

Sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi terapeutik, yaitu:

- 1) Berhadapan, memberikan arti “Saya siap untuk Anda”
- 2) Mempertahankan kontak mata, berarti menghargai klien
- 3) Membungkuk kearah klien, menunjukkan keinginan untuk mendengarkan

- 4) Memperlihatkan sikap terbuka, menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi dan siap membantu
- 5) Tetap rileks, berarti dapat mengendalikan kesinambungan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respons kepada pasien, meskipun dalam situasi kurang menyenangkan

2.1.6 Teknik komunikasi terapeutik

Teknik komunikasi terapeutik, antara lain:

- 1) Mendengarkan dengan penuh perhatian

Kesan pertama ketika perawat mau mendengarkan keluhan klien dengan seksama adalah perawat akan memperhatikan klien. Hal ini meningkatkan kepercayaan klien terhadap kapasitas dan kemampuan perawat. Keluhan yang disampaikan klien akan lebih lengkap, rinci dan sistematis sehingga memudahkan perawat dalam melakukan pengelompokan data. Mendengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian akan menciptakan kondisi keterlibatan emosi dalam hubungan interpersonal antara klien dan perawat.

Komunikasi tidak hanya dilakukan secara verbal tapi juga secara non verbal. Keduanya menjadi rujukan dalam mempersepsikan isi pesan. Nilai yang ditampilkan menimbulkan kesan bahwa apa yang disampaikan dan yang ditampilkan mempunyai makna penting dan harus ditindaklanjuti (Nasir, 2011).

- 2) Menunjukkan penerimaan

Perawat tidak perlu menampakkan penolakan maupun keraguan terhadap apa yang disampaikan klien. Perawat mendengarkan semua ide dan perasaan

yang disampaikan klien, selanjutnya perawat melakukan verifikasi dan validasi. Unsur yang harus dihindari dalam menunjukkan penerimaan adalah mengubah pikiran klien, sebaiknya tidak ada unsur menilai, berdebat, dan mengkritik. Penerimaan adalah mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai (Nurjannah, 2001). Sikap perawat yang menunjukkan penerimaan antara lain: mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan, memberikan umpan balik verbal yang menampilkan pengertian, memastikan bahwa isyarat non verbal sesuai dengan verbal, menghindari perdebatan, ekspresi keraguan atau mencoba untuk mengubah pikiran klien (Nasir, 2011).

3) Menanyakan pertanyaan yang berkaitan dengan pertanyaan terbuka

Pertanyaan terbuka digunakan untuk mendapatkan informasi mengenai kondisi yang sebenarnya. Pertanyaan terbuka memberikan peluang maupun kesempatan kepada klien untuk menyusun dan mengorganisir pikirannya dalam mengungkapkan keluhan yang dirasakan. Pertanyaan terbuka juga mendorong klien untuk menentukan topik pembicaraan (Machfoedz, 2009).

4) Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata – kata sendiri

Tujuan pengulangan adalah memberikan penguatan dan memperjelas pokok bahasan atau isi pesan yang disampaikan klien. Mengulang ucapan klien harus dilanjutkan dengan teknik klarifikasi.

5) Mengklarifikasi

Klarifikasi adalah menanyakan kepada klien terhadap apa yang belum dimengerti agar pesan yang disampaikan menjadi lebih jelas. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahpahaman (Nasir, 2011)

6) Memfokuskan

Tehnik ini dilakukan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik, sehingga informasi yang diterima oleh perawat mengerucut pada satu masalah dan tidak menyimpang dari topik pembicaraan.

7) Menyatakan hasil observasi

Perawat perlu memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengan benar.

8) Menawarkan informasi

Menyampaikan informasi merupakan suatu tindakan penyuluhan kesehatan yang ditujukan kepada klien dan keluarga. Hal ini untuk membantu klien dalam mengambil keputusan (Mahfoedz, 2009). Perawat harus menguasai ilmu pengetahuan yang memadai (Nasir, 2011).

9) Diam (memelihara ketenangan)

Penggunaan tehnik diam memerlukan keterampilan dan ketepatan waktu, jika tidak akan menimbulkan perasaan tidak enak. Tehnik ini digunakan pada saat klien perlu mengekspresikan ide tetapi tidak tahu bagaimana melakukan/ menyampaikan hal tersebut (Nurjannah, 2001).

10) Meringkas

Meringkas adalah pengulangan ide utama yang telah dikomunikasikan secara singkat dalam rangka meningkatkan pemahaman. Menurut Nurjannah (2001), meringkas berarti memberi kesempatan untuk mengklarifikasi komunikasi agar sama ide dalam pikiran. Tehnik ini dipilih ketika perawat akan mengganti topik pembicaraan.

11) Memberikan penguatkan

Penguatan positif atas hal yang mampu dilakukan klien dengan baik dan benar merupakan bentuk pemberian penghargaan. Penghargaan dalam pelayanan keperawatan tidak berbentuk materi, akan tetapi berbentuk dorongan psikologis untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan.

12) Menawarkan diri

Menawarkan diri merupakan kegiatan untuk memberikan respon agar seseorang menyadari perilakunya yang merugikan baik untuk dirinya maupun orang lain tanpa menimbulkan rasa permusuhan.

13) Memberikan kesempatan pada klien untuk memulai pembicaraan

Klien diberi kesempatan untuk memilih topik pembicaraan. Perawat dapat melakukan stimulasi untuk mengambil inisiatif dan merasakan bahwa ia (perawat) diharapkan untuk membuka pembicaraan.

14) Mengajukan untuk meneruskan pembicaraan

Teknik ini mengajukan klien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan yang mengindikasikan bahwa klien sedang mengikuti pembicaraan dan tertarik dengan pembicaraan tersebut.

15) Menempatkan kejadian secara berurutan

Kelanjutan dari suatu kejadian secara teratur akan menolong perawat dan klien untuk melihat masalah dari satu perspektif. Hal tersebut juga akan menolong perawat dan klien melihat kejadian berikutnya sebagai akibat kejadian yang pertama.

16) Memberikan kesempatan kepada klien untuk menguraikan persepsinya

Apabila perawat ingin mengerti klien, maka ia harus melihat segala sesuatunya dari perspektif klien. Klien harus merasa bebas untuk menguraikan persepsinya kepada perawat.

17) Refleksi

Refleksi menganjurkan klien untuk megemukakan dan menerima ide serta perasaan sebagai bagian dari dirinya sendiri. Ketika klien bertanya “apa yang harus ia pikirkan, kerjakan, atau rasakan?”, maka perawat akan menjawab “bagaimana menurut Anda?” atau “bagaimana perasaan Anda?”.

Tehnik refleksi yang dilakukan perawat bukan untuk menilai pikiran dan perasaan klien tetapi mengembalikan lagi pikiran dan perasaan klien yang merupakan bagian dari dirinya sendiri sehingga klien mencoba untuk menilai lagi pikiran dan perasaan yang telah ada sebagai upaya untuk mengevaluasi dan menimbang – nimbang keputusan yang akan diambil.

2.1.7 Tahap – tahap komunikasi terapeutik perawat – klien

1) Fase Prainteraksi

Prainteraksi merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan klien. Pada fase ini perawat perlu membuat rencana interaksi dengan klien, antara lain:

- a) Evaluasi diri
- b) Penetapan tahapan komunikasi/interaksi
- c) Rencana interaksi

2) Fase Perkenalan/Orientasi

a) Fase perkenalan

Meliputi memberi salam, memperkenalkan diri perawat, menanyakan nama klien, menyepakati pertemuan, menghadapi kontrak, memulai percakapan awal, menyepakati masalah klien, dan mengakhiri perkenalan.

b) Fase orientasi

Fase orientasi dilaksanakan pada awal pertemuan kedua dan seterusnya. Tujuan fase orientasi adalah memvalidasi kekurangan data, rencana yang telah dibuat dengan keadaan klien saat ini dan mengevaluasi hasil tindakan yang lalu. Tindakan dalam fase ini meliputi: memberi salam, memvalidasi keadaan klien, dan mengingat kontrak yang telah disepakati.

3) Fase Kerja

Merupakan fase inti hubungan perawat – klien yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan. Tindakan dalam fase ini dapat berupa: meningkatkan pengertian dan pengetahuan klien akan dirinya, perilaku, perasaan dan pikirannya; mengembangkan, mempertahankan dan meningkatkan

4) Fase Terminasi

Merupakan akhir dari setiap pertemuan perawat – klien. Terminasi dibagi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat – klien, dimana perawat akan bertemu dengan klien lagi pada waktu yang telah ditentukan. Sedangkan terminasi akhir terjadi jika perawat/klien tidak akan bertemu lagi untuk proses komunikasi terapeutik.

2.1.8 Hal – hal yang mempengaruhi kemampuan komunikasi perawat

2.1.8.1 kualitas pribadi

1) Kesadaran diri

Kesadaran diri diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk memahami diri sendiri baik perilaku, perasaan maupun pikirannya sendiri.

2) Klarifikasi nilai

Nilai adalah konsep dimana seseorang memiliki standar mengenai hal – hal yang pantas dilakukan (Stuart & Sundeen, 1995). Nilai yang telah dimiliki seseorang dapat berubah dan diubah, oleh karena itu perawat perlu melakukan klarifikasi nilai.

3) Eksplorasi perasaan

Eksplorasi perasaan perlu dilakukan agar perawat terbuka dan sadar terhadap perasaannya sehingga dapat mengontrol diri untuk menciptakan terapeutik.

4) Role model

Perawat sebagai model untuk masalah kesehatan dan kesejahteraan harus merawat kesehatan diri sendiri agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang efektif kepada orang lain.

5) Altruisme

Altruisme merupakan suatu kepedulian terhadap kesejahteraan orang lain.

6) Etik dan tanggung jawab (Nurjannah, 2001)

2.1.8.2 *therapeutic impasses*

Therapeutic impasses atau kebuntuan terapeutik merupakan hambatan kemajuan hubungan perawat – klien yang terdiri dari:

1) *Resistance*

Konsep resistensi meliputi menarik diri, bermusuhan, agresif, manipulasi, sikap yang tidak terpengaruh, dan sangat tergantung. Bentuk resistensi antara lain lupa, diam atau mengantuk; pembicaraan yang bersifat dangkal; penghayatan intelektual (klien paham dan mengerti tetapi tetap berperilaku maladaptif); dan perilaku amuk atau tidak rasional.

2) *Transference*

Transference merupakan penugasan yang tidak disadari terhadap orang lain yang berasal dari perasaan dan perilaku yang pada dasarnya berhubungan dengan figur yang penting misalnya orang tua atau saudara. Bentuk dari transferen antara lain keinginan untuk dicintai, dihormati dan kepuasan bila kebutuhan ketergantungan terpenuhi

3) *Countertransference*

Merupakan kebuntuan terapeutik yang dibuat oleh perawat bukan klien. Kemungkinan reaksi *countertransference* antara lain pikiran menyimpang-perasaan terlepas, perasaan tidak sabar atau tidak sensitif terhadap klien, perasaan iri, terlalu perhatian kepada klien, perebutan kekuatan dengan klien, menjadi mencampuri atau mengontrol klien, ketidakmampuan berempati kepada klien, dan kecerobohan dalam implementasi.

4) *Boundary violation*

Pelanggaran batas terjadi jika perawat melampaui batas hubungan terapeutik dan membina hubungan sosial, ekonomi, atau personal dengan klien. Batas hubungan perawat – klien menurut Stuart & Sundeen adalah batas peran, batas waktu, batas tempat dan ruang, batas uang, batas pemberian hadiah dan

pelayanan, batas pakaian, batas bahasa, batas pengungkapan diri secara personal, dan batas kontak fisik (Nurjannah, 2001).

2.1.8.3 dimensi respon

Dimensi respon yang harus dimiliki oleh perawat ada empat, yaitu:

1) Kesejatian/keikhlasan

Bekerja dengan ikhlas merupakan kegiatan yang dilandasi sikap jujur, tulus, dan berperan aktif dalam berhubungan dengan klien. Pelayanan keperawatan harus menghilangkan rasa pamrih. Kesejatian dipengaruhi oleh:

- a) Kepercayaan diri
- b) Persepsi terhadap orang lain
- c) Lingkungan

2) Empati

Mengerti perasaan klien saat menghadapi masalah tanpa larut di dalamnya. Perawat sebatas mengerti perasaan klien tanpa menunjukkan respon emosional yang berlebihan ketika melihat klien dalam masalah pribadi.

- a) Aspek mental
- b) Verbal (keakuratan, kejelasan, kealiamahan, dan klarifikasi)
- c) Aspek non verbal (ekspresi wajah, postur/sikap, dan kesejatian)

3) Respek (melihat kearah klien, memberikan perhatian yang tidak terbagi, memelihara kontak mata, senyum pada saat yang tidak tepat, bergerak kearah klien, menentukan sapaan yang disukai, jabat tangan atau sentuhan).

4) Konkret

Konkret berarti perkataan yang jelas, akurat, tidak membingungkan, dan mudah dimengerti. perawat menggunakan terminologi yang spesifik dan bukan abstrak.

2.1.8.4 dimensi tindakan

Dimensi tindakan meliputi:

1) Konfrontasi (klarifikasi, artikulasi, permintaan, dan memberikan dukungan)

Konfrontasi merupakan pengekspresian perawat terhadap perilaku klien yang merusak agar klien sadar akan perilakunya guna memperluas kesadaran diri klien. Konfrontasi dilakukan apabila terdapat tingkah laku tidak produktif, tingkah laku merusak, dan ketika melanggar hak kita/orang lain.

2) Kesegeraan

Kesegeraan merupakan perasaan sensitif terhadap orang lain, kepedulian perawat akan masalah yang menimpa klien. Dimensi kesegeraan berarti kesediaan perawat bertindak secepat mungkin dan saat itu juga untuk mengatasi segala sesuatu yang mungkin merugikan klien. Perawat harus peka terhadap perasaan dan permasalahan klien.

3) Membuka diri

Keterbukaan perawat bertujuan membuat klien lebih tahu tentang pikiran, perasaan, dan permasalahan pribadinya. Membuka diri dilakukan untuk keuntungan klien, menunjukkan seberapa banyak perawat mengerti klien karena adanya persamaan pikiran, perasaan, dan pengalaman (Nurjannah, 2001).

4) Emosional katarsis

Klien didorong untuk membicarakan hal – hal yang sangat mengganggu untuk mendapatkan efek terapeutik. Klien akan bersedia membicarakan kaluhannya apabila sudah terbentuk hubungan saling percaya.

5) Bermain peran

Kegiatan bermain peran pada tatanan pelayanan keperawatan memerlukan pemahaman klien, perawat perlu mendemonstrasikan terlebih dahulu lalu meminta klien untuk mencoba.

2.1.9 Elemen komunikasi terapeutik

Elemen dalam komunikasi terapeutik, yaitu

1. Empati

Empati adalah kemampuan untuk menempatkan diri pada situasi atau kondisi yang dihadapi orang lain, termasuk merasakan apa yang orang lain rasakan

2. Kepercayaan

Keyakinan klien atau pasien terhadap kemampuan dan kompetensi perawat untuk memenuhi kebutuhan klien atau pasien

3. Kejujuran

Kemampuan untuk selalu mengatakan yang sebenarnya, berterus terang dan bersungguh – sungguh

4. Validasi

Mendengarkan dan memberikan respon yang sesuai sehingga mencerminkan pemahaman yang sama antara perawat – klien/pasien

5. Caring

Tingkatan emosional antara perawat dan klien selama perawatan

6. Pendengar aktif

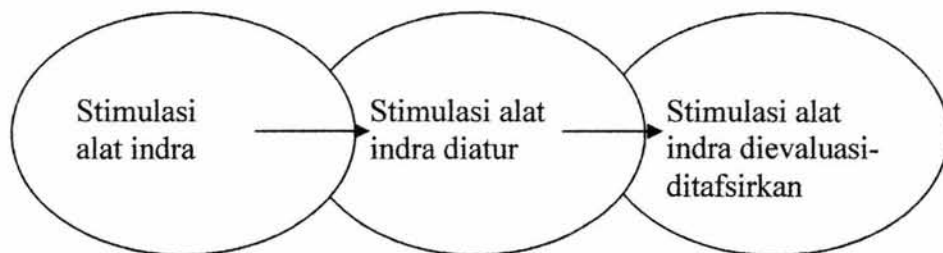
Mendengarkan dan menafsirkan, memperhatikan ekspresi non verbal dan verbal, serta mengidentifikasi perasaan klien (Daniels, 2004).

2.2 Persepsi

2.2.1 Pengertian persepsi

Persepsi berasal dari bahasa latin *perceptio*; dari *percipere*, yang berarti menerima atau mengambil. Menurut Leavitt (1978) dalam Sobur (2011), persepsi dalam arti sempit ialah penglihatan, bagaimana cara seseorang melihat sesuatu; sedangkan dalam arti luas ialah pandangan atau pengertian, yaitu bagaimana seseorang memandang atau mengartikan sesuatu. Yusuf (1991) menyebutkan persepsi sebagai pemaknaan hasil pengamatan. Sedangkan Pareek (1996) mendefinisikan persepsi sebagai proses menerima, menyeleksi, mengorganisasikan, mengartikan, menguji, dan memberikan reaksi kepada rangsangan pancaindra atau data.

2.2.2 Proses persepsi



Gambar 2.1 Proses Persepsi (Sumber De Vito, 1997, dalam Sobur, 2011)

Tiga tahap yang terlibat dalam proses persepsi, adalah stimulasi alat indra, stimulasi alat indra diatur, dan stimulasi alat indra dievaluasi-ditafsirkan. Tahap tersebut tidak saling terpisah, ketiganya bersifat kontinyu, bercampur baur, dan tumpang tindih satu sama lain.

Pareek (1996), persepsi mencakup beberapa tahap proses persepsi

1. Proses menerima rangsangan

Rangsangan diterima melalui pancaindra (melihat, mendengar, mencium, merasakan, atau sentuhan).

2. Proses menyeleksi rangsangan

Terdapat faktor intern (kebutuhan psikologis, latar belakang, pengalaman, kepribadian, sikap dan kepercayaan umum, serta penerimaan diri) dan estern (intensitas, ukuran, kontras, gerakan, ulangan, keakraban, dan sesuatu yang baru).

3. Proses pengorganisasian

Ada tiga dimensi utama dalam pengorganisasian rangsangan, yakni pegelompokan; bentuk timbul dan latar; dan kemantapan persepsi

4. Proses penafsiran

5. Proses pengecekan

6. Proses reaksi

Tahap terakhir dari proses perseptual ialah bertindak sehubungan dengan apa yang telah diserap (Sobur, 2011).

2.3 Spiritual

Spiritualitas berasal dari bahasa latin “spiritus” atau “bernapas”, merupakan aspek penting dari setiap manusia. Spiritualitas berhubungan dengan pencarian makna dalam hidup dan mempengaruhi nilai dan keputusan (Sheldon, 2010). Dimensi spiritual merupakan dimensi yang tak terpisahkan dari setiap orang, sehingga akan mempengaruhi respon terhadap kesehatan dan penyakit. Aspek

kemanusiaan ini sering diabaikan dalam keperawatan karena ada kebutuhan pasien yang lebih mendesak atau karena ketidaknyamanan perawat terhadap hal tersebut.

Spiritualitas mencakup aspek yang lebih luas dan merupakan kebutuhan seseorang akan makna dan tujuan dalam hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai, dan kebutuhan akan harapan dan kreativitas. Definisi spiritualitas mencakup hubungan seseorang dengan Tuhan atau sesuatu yang lebih tinggi atau suatu konsep ketuhanan.

Kesehatan dan spiritualitas sangat berhubungan erat. Latar belakang spiritual dan/ atau religi mempengaruhi nilai – nilai dan kepercayaan, komunikasi dan pengambilan keputusan (Sheldon, 2010). Stark dan Glock (1970) berpendapat bahwa spiritualitas tidak lain adalah suatu komitmen religius, suatu tekad dan itikad yang berkaitan dengan hidup keagamaan.

2.3.1 Dimensi komitmen religius

Stark dan Glock menyebutkan adanya 5 dimensi dari komitmen religius, yaitu:

1. Dimensi kepercayaan (*belief*), *the ideological dimension*, yaitu keyakinan akan kebenaran dari pokok-pokok ajaran iman. Tanpa keyakinan akan kebenaran dari pokok-pokok ajaran iman, tentu seseorang tidak akan menjadi bagian dari komunitas orang beriman.
2. Dimensi praktis, *the ritual dimension*, terdiri dari dua aspek yaitu ritual dan devosional. Ritual diuraikan sebagai suatu ibadah yang formal. Secara asasi ritual adalah bentuk pengulangan sebuah pengalaman agama yang pernah terjadi pada masa awal pembentukan agama itu sendiri. Sedangkan yang

dimaksudkan dengan devotional adalah ibadah yang dilakukan secara pribadi dan informal, seperti misalnya berdoa, berpuasa.

3. Dimensi pengalaman (*experience*), *the experiential dimension*, yaitu pengalaman berjumpa secara langsung dan subyektif dengan Tuhan. Atau dengan kata lain, mengalami kehadiran dan karya Tuhan dalam kehidupan. Pengalaman keagamaan ini (*religious experience*) bisa menjadi awal dari keimanan seseorang, tetapi juga bisa terjadi setelah seseorang mengimani suatu agama tertentu. Pengalaman ini berfungsi untuk semakin meneguhkan iman seseorang.
4. Dimensi pengetahuan (*knowledge*), *the intellectual dimension*, yaitu pengetahuan tentang elemen-elemen pokok dalam iman, sering disebut dogma, doktrin atau ajaran. Hal ini tentu saja sangat berkaitan dengan dimensi pertama (kepercayaan). Seseorang akan terbantu untuk menjadi semakin yakin dan percaya apabila ia mengetahui apa yang dipercayainya.
5. Dimensi efek, *the consequential dimension*, dimana umat mewujudkan tindakan iman (*act of faith*) dalam kehidupan sehari-hari. Dimensi efek mencakup perilaku, tutur kata, sikap dan orientasi hidup yang dilandasi pada pengenalan atau pengetahuan tentang ajaran agama dan percaya bahwa apa yang diajarkan oleh agama adalah benar.

2.3.2 Spiritualitas islam

1) Iman

Iman menurut pengertian bahasa Arab ialah *at-tashdiq bil qalbi*, membenarkan dengan (dalam) hati., menurut syara' iman adalah mengucapkan dengan lidah, membenarkan dengan hati dan mengerjakan

dengan anggota tubuh. Iman dapat bertambah dan berkurang, maka seseorang yang membenarkan dengan hati tapi tidak terlihat pada perilaku hidup tidak bisa dikatakan mukmin mutlak.

Amal adalah bagian dari iman. Tidak sempurna iman tanpa amal. Amal dan iman adalah saudara kembar. Tidak sah yang satu tanpa yang satu lagi. Keduanya bersama – sama juga tidak sah tanpa meniadakan kufur yang menjadi lawannya. Tuhan mensyaratkan amal saleh untuk iman dan tidak berguna iman kecuali dengan adanya amal. Syarat iman ialah amal dan takwa.

2) Islam

Islam mempunyai dua pengertian, (1) mengikrarkan dengan lidah, baik ucapan itu dibenarkan oleh hati ataupun tidak, (2) mengikrarkan dengan lidah, membenarkan dengan hati, dan mengamalkannya dengan sempurna dalam perilaku hidup serta menyerahkan diri kepada Allah dalam segala ketetapan-Nya, baik qada maupun qadar-Nya.

3) Ihsan

Ihsan menurut arti bahasa Arab mempunyai dua makna, (1) memberikan nikmat (berbuat bijak) dari orang lain, (2) menguasai dengan baik suatu pengetahuan, dan atau mengerjakan dengan baik suatu perbuatan. Ar-Raghib dalam *Ash Shiddieqy*, 1998, menjelaskan pula bahwa ihsan lebih lengkap dari hanya sekedar memberikan nikmat. Allah memerintahkan kita berbuat adil dan ihsan, yang jika dilihat pada urutan penyebutannya dapat ditarik kesimpulan bahwa ihsan lebih tinggi dari adil. Adil ialah memberikan hak bagi yang empunya menurut haknya dan ihsan adalah memnerikan kepada

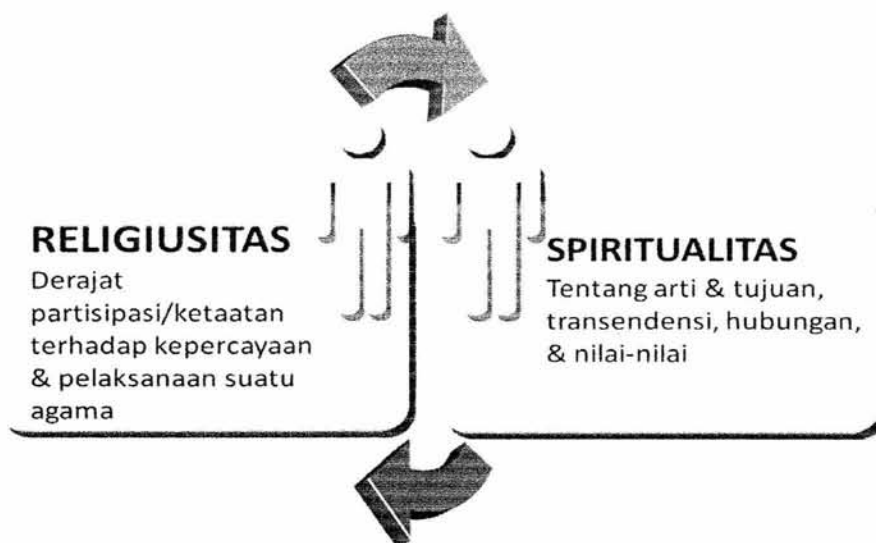
orang lain lebih banyak dari semestinya dan mengambil (hak) untuk diri sendiri lebih sedikit dari yang menjadi haknya. Ihsan yang dimaksud dalam Hadis Jibril ialah beribadat kepada Allah dengan perasaan seakan melihat-Nya. Jika perasaan seperti tidak dapat ditumbuhkan, maka hendaklah diyakini bahwa Allah melihat semua gerak – gerak dan perilaku kita. Tidak ada yang luput dari penglihatan-Nya.

Hadis yang diriwayatkan oleh Muslim menyatakan bahwasannya Allah mewajibkan (kita) berlaku ihsan terhadap segala sesuatu yang dikerjakan. Nabi Muhammad menjelaskan bahwa ihsan adalah jiwa iman dan islam, dan iman & islam itu diterima Allah jika berdasarkan ikhlas. Jadi modal ihsan adalah ikhlas. Semua amal baik batiniyah maupun lahiriyah akan diterima jika dilandasi oleh ikhlas, dan ikhlas adalah unsur paling pokok untuk bangunan *ad-din*.

Cara mewujudkan ikhlas ialah dengan menumbuhkan perasaan di kala sedang beribadat bahwa kita sedang beriri berhadap – hadapan dengan Allah, seakan melihat-Nya, dan dapat mendengarkan ucapan-Nya. Dengan demikian kita akan berupaya sekuat diri untuk khusyuk dan membaguskan semua pekerjaan dengan mengerahkan semua kecakapan dan kepandaian yang dimiliki. Jika cara seperti ini tidak dapat dicapai maka sekurang – kurangnya kita menumbuhkan perasaan bahwa Allah melihat semua gerak – gerak kita.

Iman, Islam, dan Ihsan ibarat ruh dengan tubuh. Iman ditamsilkan sebagai watak (*ghara-iz*), Islam sebagai tubuh (*jawarih*), maka Ihsan ialah ruh yang mendinamiskan *ghara-iz* dan menggerakkan *jawarih* (Ash Shiddieqy, 1998).

Spiritualitas meliputi aspek tentang arti dan tujuan, transendensi, hubungan dan nilai-nilai (Hawari, 2002 dalam Pasiak, 2012).



Gambar 2.2 Religiusitas dan spiritualitas (Mueller, 2001 dalam Pasiak, 2012)

2.3.3 Sabar

2.3.3.1 pengertian sabar

Sabar ialah tahan menderita atas yang tidak disenangi dengan rela dan menyerahkan diri kepada Allah. Sabar yang sempurna ialah sabar atas mengerjakan sesuatu syariat dengan terus menerus, baik di kala senang maupun susah, maka ketika berhembus badai syahwat menggoncang itikad hanya sabar sajalah yang dapat menetapkan iman dengan memaksakan diri supaya berhenti di perbatasan syara'.

Sabar adalah suatu malaikat jiwa. Dengan kekuatan malaikat itu, kita mudah memikul beban yang berat dan rela menanggung akibat yang tidak disenangi selama kita di jalan kebenaran. Jadi sabar adalah suatu budi pekerti yang merupakan perangai utama dari yang lain, oleh karena itu tidak ada kerugian yang lebih besar dari pada kerugian kehilangan kesabaran.

2.3.3.2 jenis sabar

Ada tiga macam sabar:

- 1) Sabar menahan diri dari berbuat jahat dan menuruti hawa nafsu angkara murka, dan dari melakukan perbuatan yang dapat menghinakan diri atau mencemarkan nama baik.
- 2) Sabar menahan kesusahan, kepedihan, dan kesengsaraan dalam menjalankan suatu kewajiban.
- 3) Sabar menahan diri dari sudut ke belakang di tempat – tempat yang tidak patut dan tidak layak kita mengundurkan diri, seperti saat menegakkan kebenaran, menyebarkan kemaslahatan, menjaga dan memelihara kemuliaan diri, bangsa dan agama. Sabar yang ke tiga ini disebut berani (*syaja'ah*), maka berani di tempat – tempat yang seharusnya termasuk dalam sabar.

2.4 Stres dan HPA aksis

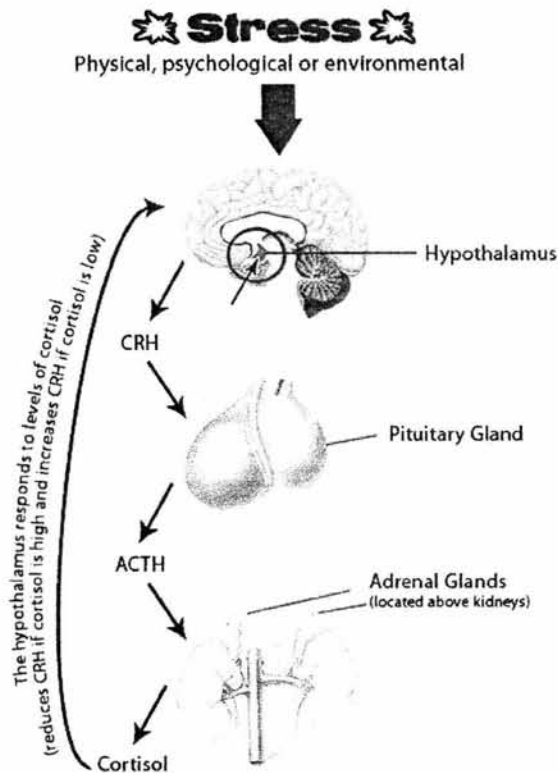
2.4.1 Stres

Stress is psychological state involving cognition and emotion (Caplan dalam Putra, 2011). Berbeda dengan konsep stres menurut Hans Selye yang bersifat biologis, stres didefinisikan sebagai respon tubuh non – spesifik terhadap berbagai kebutuhan. Sehingga dapat dikatakan bahwa konsep stres terdiri dari konsep psikis dan konsep biologis. Namun perlu dipahami bahwa stres tidak harus mempunyai konsekuensi kondisi patologis. Individu merespon sumber stres secara psikologis dan fisiologis sebagai suatu pengalaman yang menyenangkan dan tidak mengganggu batas keseimbangan (Putra, 2011).

2.4.2 Konsep stres dalam psikoneuroimunologi

Konsep stres menurut Hans Selye merupakan konsep stres yang sesuai untuk paradigma psikoneuroimunologi. Hal mengingat imunoregulasi merupakan perubahan biologis, namun demikian penggambaran sindrom spesifik yang didasari oleh perubahan biologis dari sistem imun belum teraktualisasi dengan jelas. Menurut Weiten dalam Putra, 2011, konsep psikologi yang merupakan penyempurnaan konsep perilaku, yang dikemukakan oleh Watson, adalah ilmu yang mempelajari perilaku dan semua perubahan yang mendasari (perubahan kognisi dan fisiologis), dan menurut Cox dalam Putra, 2011, bahwa proses pembelajaran akan menghasilkan persepsi maka manusia sebagai individu yang berakal dan beremosi memiliki keunikan yang variatif. Penyempurnaan konsep stres oleh Dabbar-McEwen menyatakan bahwa stres terdiri dari stress perception dan stress response. Stres persepsi adalah hasil dari proses pembelajaran untuk menyeleksi, mengorganisasi, menginterpretasi dan mengartikan stressor secara benar. Stres persepsi selain melibatkan akal, pengalaman juga emosi. Berdasarkan hal demikian maka ketepatan persepsi ini akan membuat stres respon menjadi tepat pula. Konsep stres ini sesuai dengan konsep psikologi saat ini, stres persepsi dianggap dapat mencerminkan perubahan dari kognisi dan stres respons mencerminkan perubahan fisiologis dan biologis. Dengan demikian setiap stressor yang diterima individu akan dipelajari dengan seksama sehingga menghasilkan persepsi yang benar yang akhirnya akan direspon dengan benar pula (Putra, 2011).

2.4.3 HPA axis



Stress & the HPA axis

Gambar 2.3 Mekanisme stres melalui jalur HPA aksis (Sherwood, 2001)

Kondisi stres yang dialami seseorang, baik secara fisik maupun emosional akan direspon oleh otak pada hipotalamus. Hubungan otak dengan sistem imun melalui hipotalamo – pituitary – adrenal (HPA) axis. Stres fisik maupun psikis diproses oleh hipotalamus sehingga mensekresi CRH. Sinyal dikirim ke hipofise sehingga menstimulus sekresi ACTH. ACTH ditangkap oleh sel di korteks kelenjar adrenal untuk mensekresi kortisol (Guyton, 2012).

2.5 Kortisol

Kortisol merupakan bentuk aktif glukokortikoid dalam peredaran darah. Glukokortikoid merupakan kortikosteroid utama yang dihasilkan oleh korteks

adrenal. Sekresi ini dikontrol oleh kelenjar hipofise melalui Adreno Corticotropin Hormon (ACTH). ACTH sendiri dikontrol melalui Corticotropin releasing factor (Guyton, 2008). Kortisol memberikan umpan balik ke hipofise dan hipotalamus. Kortisol mempengaruhi pengaturan tubuh terhadap metabolisme lemak, protein, dan karbohidrat, tekanan darah serta merupakan sistem imun. Sekresi kortisol memiliki ritual sirkadian yang diatur melalui sekresi CRH (Mastorakes, 2003). Sekresi kortisol mencapai puncak pada jam 7.00 dan titik paling rendah pada jam 23.00 – 03.00. Nilai normal kortisol jam 09.00 adalah 170 – 720 nmol/l (6 – 26 µg/100 ml). Kadar kortisol tengah malam 24.00 adalah kurang dari 220 nmol/l (< 8 µg/100 ml).

Stres akan memicu peningkatan kadar kortisol dalam darah. Schwertz mengatakan bahwa kortisol akan memblokir reseptor IL 2 dan menekan produksi IL 2 serta IFN γ yang merupakan sitokin Th1. Disisi lain Stanius (1997) mengemukakan bahwa dalam jumlah sedikit, kortisol akan memacu produksi sitokin Th2 yaitu IL 4 dan IL 10.

2.6 Imunitas

Imunitas mengacu pada kemampuan tubuh menahan atau mengeleminasi benda asing atau sel abnormal yang potensial berbahaya, dengan melibatkan peran sel – sel imunitas tubuh. Imunitas natural ada di dalam tubuh sejak seseorang lahir. Imunitas ini membuat tubuh terlindung dari kuman-kuman yang dapat menyerang makhluk lain. Imunitas adaptif adalah imunitas yang berkembang seumur hidup karena tubuh terkena serangan penyakit atau mendapat vaksinasi.

Perkembangan imunitas mulai mengarah pada imunitas molekuler, dengan Hsp70 sebagai salah satu indikator. Diceritakan bahwa Hsp70 berperan dalam pencegahan nekrosis pada suatu sel dan selain itu Hsp70 memiliki domain N- dan C-terminal yang memberikan ekspresi yang relevan terhadap kehadiran antigen sistem kekebalan tubuh. Oleh karena itu Hsp70 dapat digunakan sebagai indikator molekuler sistem kekebalan tubuh.

2.7 HSP70

Heat shock protein adalah kelas protein yang terlibat dalam pelipatan protein. Ekspresi hsp meningkat ketika sel terpapar suhu tinggi atau stres lain. Peningkatan regulasi hsp merupakan bagian dari heat shock response yang terinduksi oleh *heat shock factor* (HSF). Penamaan hsp berdasarkan berat molekulernya, seperti Hsp60, Hsp70, dan Hsp90, mengacu pada 60,70, dan 90 kilodaltons.

2.7.1 Sejarah

Pada tahun 1962, Ritossa melaporkan bahwa panas dan metabolisme dinitrophenol menginduksi pola karakter dari kromosom drosophila. Penemuan ini mengawali identifikasi hsp. Peningkatan sintesis protein tertentu pada sel drosophila mengikuti stres seperti head shock yang dilaporkan pertama tahun 1974. Di awal tahun 1980-an, peneliti menemukan banyak Hsp berfungsi sebagai molekuler chaperon, yang berperan penting dalam pelipatan protein, lalu lintas protein di intraseluler, pertahanan diri terhadap denaturasi protein akibat panas dan stres lainnya.

2.7.2 Struktur

Protein Hsp70 secara umum mempunyai struktur yang sama. Hsp70 tersusun atas nukleotida actin-like N- terminal terikat pada domain ATPase 45 kDa, *substrat binding domain* (SBD) kira – kira 15 kDa dan domain C-terminal kira-kira 10 kDa yang berada pada ikatan chaperon. Domain N- dan C-terminal memberikan ekspresi yang relevan terhadap kehadiran antigen. Hal tersebut merupakan bagian terpenting bahwa Hsp70 berperan pada sistem kekebalan tubuh (Heck, 2011).

2.7.3 Fungsi

Produksi hsp level tinggi dapat menjadi pertanda adanya kondisi stres, seperti infeksi, inflamasi, latihan fisik, keracunan (alkohol, arsenik, logam berat, sinar ultraviolet, dan sebagainya), dan hipoksia. Sebagai konsekuensi, hsp sebagai pertanda stres protein dan peningkatannya dijelaskan secara umum sebagai stres respon. Hsp70 berfungsi sebagai molekul chaperones intraseluler yang memfasilitasi transpor protein, mencegah kerusakan protein selama pelipatan, dan menjaga pembentukan rantai polipeptida dengan cara melawan kesalahan lipatan dan denaturasi protein (Heck, 2011).

2.7.4 Imunitas

Hsp dikeluarkan dengan cepat ($0.1 \text{ ng}/10^6 \text{ sel/jam}$) di 2 jam pertama dan berkurang pada 24 jam ($<0.025 \text{ ng}/10^6 \text{ sel/jam}$) (Lavin, 2004). Hsp70 mempunyai 2 efek pada leukosit, tergantung letak pada sel, menjadi anti-inflamatory ketika intraseluler dan pro-inflamasi berperan pada ekstraseluler. Dengan demikian, sel-sel imun sangat rentan terhadap induksi hsp70, sehingga hsp70 dapat dianggap sebagai molekul target untuk mengobati penyakit terkait kekebalan tubuh (Heck,

2011). Hsp70 terlibat pula dalam pengikatan antigen, sehingga terlibat dalam sistem kekebalan tubuh.

2.8 Konsep Tuberkulosis

2.8.1 Tuberkulosis dan kejadiannya

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lain.

2.8.2 Cara penularan

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

2.8.3 Risiko penularan

- 1) Risiko tertular tergantung dari tingkat pajanan dengan percikan dahak. Pasien TB paru BTA positif memberikan kemungkinan risiko penularan lebih besar dari pasien paru BTA negatif
- 2) Risiko penularan setiap tahunnya ditentukan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection* (ARTI) yaitu proporsi penduduk berisiko terinfeksi TB selama satu tahun. ARTI sebesar 1%, berarti 10 orang diantara 1000 penduduk terinfeksi setiap tahun.
- 3) ARTI di Indonesia bervariasi antara 1-3%
- 4) Infeksi TB dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberkulin negatif menjadi positif

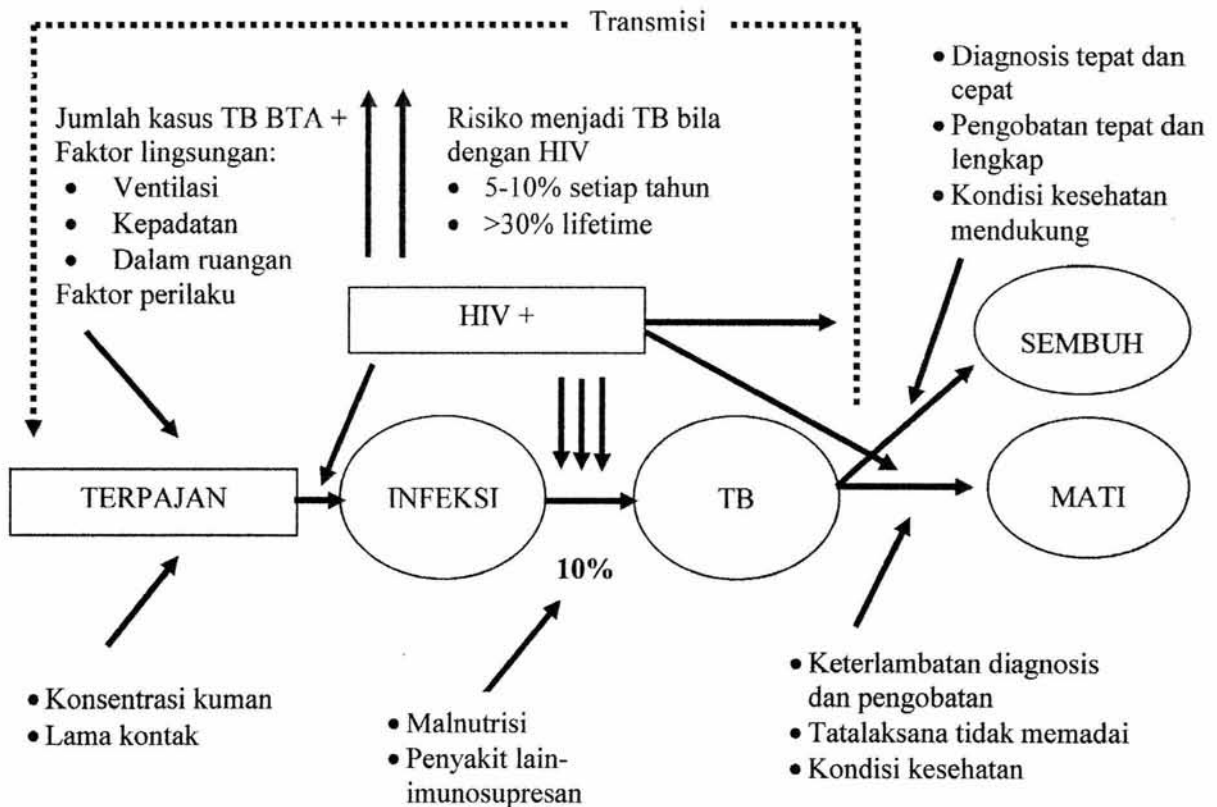
2.8.4 Cara mencegah penularan

- 1) Menutup mulut dan hidung saat batuk atau bersin dengan menggunakan tisu/tangan
- 2) Membakar tisu yang telah digunakan menutup mulut saat dahak
- 3) Mencuci tangan dengan menggunakan sabun
- 4) Membuang dahak dengan cara yang benar, yaitu berdahak pada tisu kemudian tisu dibuang di dalam kantong plastik dan dibakar atau dikubur
- 5) Membuka jendela/ventilasi rumah pada pagi – siang hari

2.8.5 Risiko menjadi sakit TB

- 1) Hanya sekitar 10% yang terinfeksi TB akan menjadi sakit TB
- 2) Dengan ARTI 1%, diperkirakan diantara 100.000 penduduk rata-rata terjadi 1000 terinfeksi TB dan 10% diantaranya (100 orang) akan menjadi sakit TB setiap tahun. Sekitar 50 diantaranya adalah pasien TB BTA positif

- 3) Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi sakit TB adalah daya tahan tubuh rendah, diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk).
- 4) HIV merupakan faktor paling kuat bagi yang terinfeksi TB menjadi sakit TB. Infeksi HIV mengakibatkan kerusakan luas sistem daya tahan tubuh seluler (celluler immunity), sehingga jika terjadi infeksi penyerta (*oportunistic*), seperti tuberkulosis, maka yang bersangkutan akan menjadi sakit parah bahkan bisa mengakibatkan kematian. Bila jumlah orang yang terinfeksi HIV meningkat, maka jumlah pasien TB akan meningkat, dengan demikian penularan TB di masyarakat akan meningkat pula.



Gambar 2.4 Faktor risiko kejadian TB (Depkes, 2008)

2.8.6 Strategi penanggulangan tuberkulosis

Strategi Penanggulangan Tuberkulosis disebut AKMS TB (Advokasi, Komunikasi, dan Mobilisasi Sosial Tuberkulosis). AKMS TB adalah suatu konsep dan kerangka kerja terpadu untuk mempengaruhi dan mengubah kebijakan publik, perilaku, dan memberdayakan masyarakat dalam pelaksanaan penanggulangan TB, yang tersusun secara sistematis dan dinamis (Depkes, 2008). Dalam pelaksanaan tiga strategi tersebut tidak berdiri sendiri, antara satu strategi dengan strategi lain saling keterkaitan.

1. Advokasi

Advokasi adalah upaya secara sistematis untuk mempengaruhi pimpinan, pembuat/penentu kebijakan dan keputusan, dalam penyelenggaraan penanggulangan tuberkulosis. Langkah yang perlu dipersiapkan untuk merencanakan kegiatan advokasi, yaitu: analisis situasi, memilih strategi yang tepat, mengembangkan bahan – bahan yang perlu disajikan kepada sasaran, dan mobilisasi sumber daya.

2. Komunikasi

Komunikasi merupakan proses penyampaian pesan (informasi) atau gagasan (ide) yang disampaikan secara lisan dan atau tertulis dari sumber pesan kepada penerima pesan melalui media dengan harapan adanya pengaruh timbal balik. Komponen komunikasi adalah sumber pesan (komunikator), pesan, penerima pesan, dan umpan balik.

3. Mobilisasi sosial

Mobilisasi sosial dalam konteks nasional dan regional merupakan proses membangkitkan keinginan masyarakat. Mobilisasi sosial berarti melibatkan

semua unsur masyarakat, sehingga memungkinkan masyarakat untuk melakukan kegiatan secara kolektif dengan mengumpulkan sumber daya dan membangun solidaritas untuk mengatasi masalah bersama. Prinsip mobilisasi sosial: memahami kemampuan lembaga yang ada di masyarakat (analisis kemampuan lembaga dan hambatan); bersandar pada pemahaman dalam konteks sosial dan kultural termasuk situasi politik dan ekonomi masyarakat setempat; memenuhi permintaan masyarakat; mengembangkan kemampuan masyarakat untuk berpartisipasi; memerlukan sumber daya dalam organisasi penggerak; berdasar rencana rasional dalam rumusan tujuan, sasaran, pesan, indikator, dan umpan balik mobilisasi. Bentuk – bentuk mobilisasi sosial penanggulangan TB, antara lain: kampanye, penyuluhan kelompok, diskusi kelompok, kunjungan rumah, dan konseling.

Kampanye, digunakan dalam rangka mensosialisasi isu strategis yang telah dikembangkan kepada berbagai sasaran (masyarakat, organisasi profesi, lintas sektor, lintas program, dunia usaha, LSM, dll) dengan tujuan menumbuhkan kesadaran dan rasa memiliki serta terpanggil untuk terlibat sesuai dengan perannya dalam penanggulangan isu tersebut.

Penyuluhan kelompok, digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap dan kelompok masyarakat melalui berbagai metode dan media penyuluhan.

Diskusi kelompok, digunakan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap kelompok masyarakat untuk menanggulangi masalah TB melalui diskusi kelompok.

Kunjungan rumah, digunakan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap agar keluarga mau berubah perilakunya sehubungan dengan TB.

Konseling, digunakan untuk membantu menggali alternatif pemecahan masalah TB dalam satu keluarga.

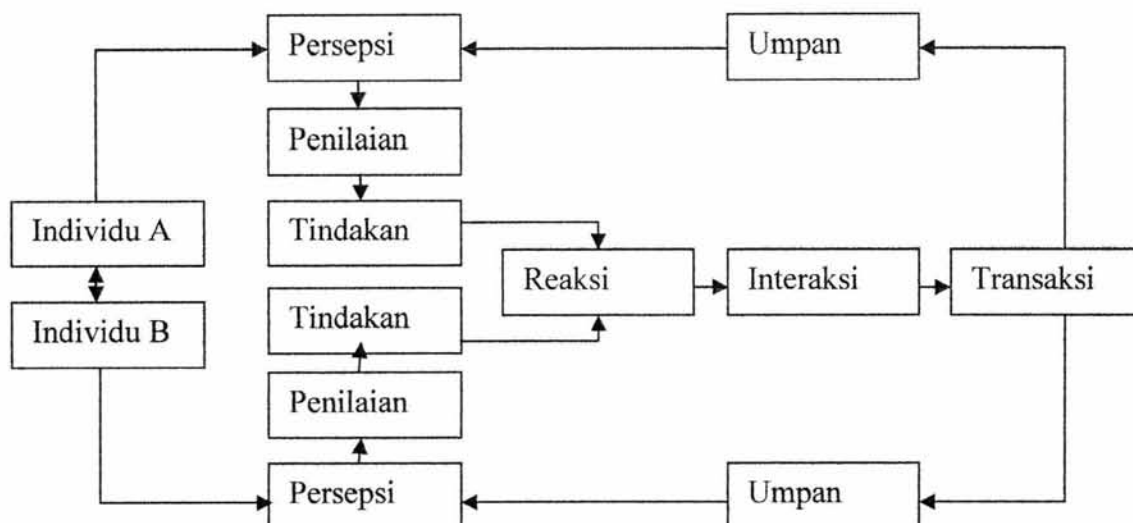
2.8.7 Pencegahan dan pengendalian

Penapisan kelompok risiko tinggi adalah tugas penting petugas kesehatan. Tujuan mendeteksi dini seseorang dengan infeksi TB adalah untuk mengidentifikasi siapa saja yang akan memperoleh keuntungan dari terapi pencegahan untuk menghentikan perkembangan TB yang aktif secara klinis. Program pencegahan ini memberikan keuntungan tidak hanya bagi penderita TB namun juga untuk masyarakat pada umumnya. Eradikasi TB meliputi penggabungan identifikasi kontak dan kasus serta tindak lanjut yang tepat, penanganan orang yang terpajan pada penderita TB infeksius dan terapi profilaktik pada kelompok – kelompok populasi yang berisiko tinggi (Price, 2005).

2.9 Teori Interaksi King

Imogene King mulai membuat teori realisasi tujuan 1964. Hal ini diikuti dengan serangkaian publikasi pada beberapa tahun berikutnya (King 1971,1981,1986), ia membuat model konseptual secara lebih rinci. Dalam model ini, interaksi antara perawat dan pasien merupakan salah satu unsur intinya. King menempatkan interaksi ini dan teori realisasi tujuan yang sangat berkaitan erat, dalam sebuah pendekatan sistem terbuka. Dalam teori King, terdapat tiga sistem

interaktif yang penting bagi keperawatan. Sistem-sistem tersebut adalah sistem personal, Interpersonal dan sosial.



Gambar 2.5. Sistem Transaksi King (Alligood, 2006)

Konsep-konsep utama dalam teori pencapaian tujuan adalah sebagai berikut :

1. Interaksi sebagai proses persepsi dan komunikasi antara orang dan lingkungan dan orang dengan orang, di representasikan oleh perilaku verbal dan nonverbal yang di arahkan untuk mencapai tujuan.
2. Persepsi sebagai representasi setiap orang tentang realitas.
Persepsi adalah gambaran seseorang tentang objek, orang dan kejadian-kejadian. Persepsi berbeda dari satu orang dan orang lain dan hal ini tergantung dengan pengalaman masa lalu, latar belakang, pengetahuan dan status emosi. Karakteristik persepsi adalah universal atau dialami oleh semua, selektif untuk semua orang, subjektif atau personal
3. Komunikasi sebagai proses pemberian informasi dari satu orang ke orang berikutnya, baik secara langsung atau tidak langsung.

4. Transaksi sebagai maksud tujuan interaksi yang membawa kepada pencapaian tujuan.
5. Peran sebagai seperangkat tingkah laku yang diharapkan dari orang yang memiliki posisi dalam system sosial, peraturan-peraturan yang menjelaskan hak-hak dan kewajiban-kewajiban.
6. Stres adalah suatu keadaan yang dinamis dimanapun manusia berinteraksi dengan lingkungannya untuk memelihara keseimbangan pertumbuhan, perkembangan dan perbuatan yang melibatkan pertukaran energi dan informasi antara seseorang dengan lingkungannya untuk mengatur stressor.
7. Pertumbuhan dan pengembangan sebagai perubahan terus-menerus dalam diri individu secara selular, molekular, dan tingkat-tingkat aktivitas perilaku kondusif untuk menolong individu-individu bergerak menuju kedewasaan.
8. Waktu sebagai tahapan kejadian- kejadian bergerak menuju ke masa depan.
9. Tempat sebagai keberadaan di seluruh jarak dan di tempat yang sama. Waktu merupakan durasi antara kejadian dan yang lain sebagai pengalaman unik setiap manusia.

King menurunkan tujuh hipotesis teori pencapaian tujuan:

1. *Perceptual accuracy* antara interaksi perawat-pasien meningkatkan mutual goal setting.
2. Komunikasi meningkatkan mutual goal setting antara perawat dan pasien membawa pada kepuasan.
3. Kepuasan perawat dan pasien karena meningkatnya peraihian tujuan.

4. Pencapaian tujuan mengurangi stres dan kecemasan dalam situasi keperawatan.
5. Pencapaian tujuan meningkatkan belajar pasien dan kemampuan meniru situasi keperawatan.
6. Konflik peran di alami oleh pasien, perawat, atau keduanya, menurunkan transaksi interaksi perawat pasien.
7. Kesamaan kepuasan peran dan performa peran meningkatkan transaksi dalam interaksi perawat pasien.

Hubungan atau interaksi tidak hanya dapat dilakukan antar perawat – pasien, namun juga dapat diterapkan antara perawat – keluarga terkait dengan upaya preventif dan perawatan pasien (Alligood, 2006).

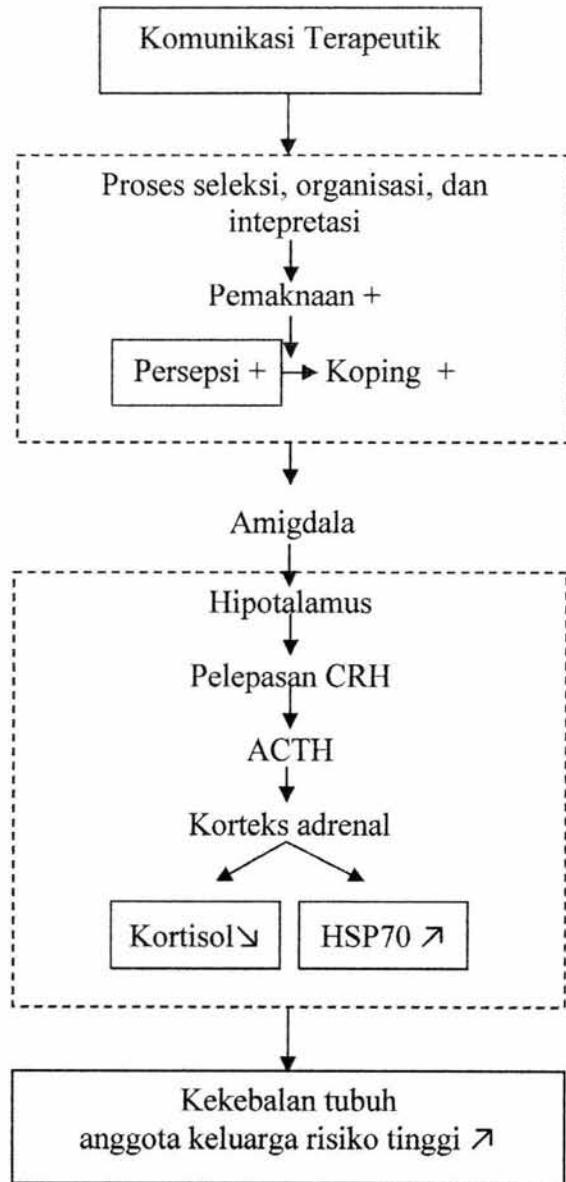
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual

P
e
r
s
e
p
t
i
o
n

R
e
s
p
o
n
s
e



Keterangan :

— Diukur

---- Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian pengaruh komunikasi terapeutik terhadap peningkatan kekebalan tubuh anggota keluarga risiko TB

Kerangka konseptual yang dibangun dalam penelitian ini adalah berdasarkan konsep stres yang dikemukakan oleh Dhabhar & Mc. Ewen (1997) menyatakan bahwa stres adalah kumpulan dari beberapa kejadian, terdiri dari stimulus (*stressor*) yang memberikan reaksi terhadap otak (*stress perception*) dan aktivitas sistem fisiologis (*stress response*) (Ader, 2007). Komunikasi terapeutik pada penelitian ini diberikan untuk membentuk persepsi anggota keluarga risiko tinggi TB, dimana komunikasi terapeutik (dimensi pengetahuan preventif penularan TB dan dimensi spiritual) akan diterima oleh panca indra, kemudian terjadi proses seleksi, organisasi, dan interpretasi. Selanjutnya terjadi proses pemaknaan oleh individu (Sobur, 2011). Hal tersebut disebut sebagai stres persepsi. Membentuk komunikasi terapeutik menjadi bermakna positif bagi anggota keluarga risiko tinggi TB merupakan tugas perawat. Stres persepsi akan membentuk *stress response*, dimana persepsi positif anggota keluarga risiko tinggi TB akan diproses dalam otak. Amygdala sebagai pusat persepsi dan emosi (Guyton, 2008). Melalui jalur *HPA axis* sinyal diteruskan ke hipotalamus. Sistem CRH – ACTH – Kortisol, CRH merangsang hipofise anterior untuk mengeluarkan ACTH (*hormone adenocorticotropin*), yang kemudian merangsang korteks adrenal untuk mengeluarkan kortisol (Sherwood, 2001).

Sinyal (persepsi positif) mempengaruhi hipotalamus dengan menurunkan pengeluaran CRF (*Corticotropin Releasing Factor*) yang mempengaruhi kelenjar hipofisis anterior, sehingga sekresi ACTH juga menurun. Penurunan ACTH dapat mempengaruhi korteks adrenal sehingga sekresi kortisol juga mengalami penurunan. Sedangkan Hsp70 adalah kelas protein yang terlibat dalam pelipatan protein. Ekspresi Hsp70 meningkat ketika sel terpapar suhu tinggi atau stres lain.

Dengan pengelolaan stres yang baik maka kondisi sel juga membaik, sehingga Hsp70 anggota keluarga risiko tinggi menjadi turun atau dalam batas normal. Dengan demikian kadar kortisol yang rendah dan Hsp70 reguler (normal) dapat menjadi indikator peningkatan sistem kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi.

3.2 Hipotesis

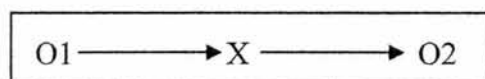
1. Ada perubahan persepsi (dimensi pengetahuan preventif penularan TB dan dimensi religi) anggota keluarga risiko tinggi TB setelah diberikan komunikasi terapeutik
2. Ada penurunan kadar kortisol anggota keluarga risiko tinggi TB setelah diberikan komunikasi terapeutik
3. Ada peningkatan kadar Hsp70 anggota keluarga risiko tinggi TB setelah diberikan komunikasi terapeutik
4. Ada pengaruh komunikasi terapeutik terhadap peningkatan sistem kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi TB

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah *pra experiment* dengan pendekatan *one group pre test post test design*, dimana sebelum dan sesudah perlakuan diukur persepsi anggota keluarga risiko tinggi, kadar kortisol dan HSP70.



Keterangan: O1 : Kelompok responden sebelum diberi perlakuan
 X : Perlakuan oleh peneliti
 O2 : Kelompok responden setelah diberi perlakuan

Gambar 4.1 Penelitian *pra experimental* dengan pendekatan *pre post test design* (Nursalam, 2010)

4.2 Unit Eksperimen dan replikasi

4.2.1 Unit Eksperimen

Unit eksperimen dan replikasi pada penelitian ini adalah anggota keluarga TB risiko tinggi di wilayah kerja Puskesmas Wonokromo, sebanyak 10 orang (pada 7 keluarga).

4.2.2 Replikasi

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Beragama Islam karena pendekatan komunikasi dengan spiritual islam
- b. Memiliki anggota keluarga penderita TB dengan BTA positif
- c. Bersedia menjadi responden penelitian, yang dinyatakan dengan mengisi surat persetujuan menjadi responden penelitian

- d. Berada dalam kondisi sehat, yang dinyatakan dengan pemeriksaan fisik oleh peneliti dan dikuatkan dengan surat keterangan sehat dari dokter puskesmas Wonokromo
 - e. Pendidikan minimal responden SMP atau sederajat
- Sedangkan kriteria eksklusi ditentukan sebagai berikut
- a. Mengonsumsi obat-obat immunosupresif

Teknik *sampling* yang digunakan pada penelitian ini adalah *total sampling*.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel Penelitian

Variabel independen pada penelitian ini adalah komunikasi terapeutik. Variabel dependen pada penelitian ini adalah persepsi anggota keluarga risiko tinggi (dimensi pengetahuan pencegahan penularan TB) sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik. Kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi TB yang ditandai dengan kadar kortisol dan HSP70 sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik.

4.3.2 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional “Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Perubahan Kadar Kortisol dan Hsp70 Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB”

No	Variabel	DO	Parameter	Alat Ukur	Skor	Skala
1	Komunikasi terapeutik	Interaksi verbal dan non verbal yang disampaikan perawat dengan tujuan meningkatkan upaya preventif penularan TB dan spiritualitas anggota keluarga risiko tinggi TB	Dimensi pengetahuan preventif penularan TB Dimensi spiritual (<i>Religius belief</i> <i>Religius practice</i>)	SAP Dilakukan 3 hari berturut – turut @ 30 – 45 menit	-	-

			<i>Religius feeling</i> <i>Religius knowledge</i> <i>Religius effect)</i>			
2	Persepsi	Proses pemaknaan terhadap informasi yang diterima oleh indra manusia.	Dimensi pengetahuan preventif penularan TB Dimensi spiritual	Angket preventif Penularan TB <i>Religius belief</i> <i>Religius practice</i> <i>Religius feeling</i> <i>Religius knowledge</i> <i>Religius effect</i>		Interval
3	Peningkatan Imunitas	Suatu upaya tubuh untuk mempertahankan homeostasis, didmana seseorang terhindar dari pembentukan penyakit sehingga dapat menghasilkan kekebalan tubuh, yang diukur melalui kadar kortisol dan Hsp70	Kortisol HSP70	Pemeriksaan laboratorium (darah) Pemeriksaan laboratorium (darah)	-	Rasio Rasio

4.4 Responden dan Bahan Penelitian

Responden penelitian ini adalah anggota keluarga risiko tinggi TB, artinya anggota keluarga penderita TB yang sering terpapar atau berinteraksi dengan penderita. Bahan penelitian ini adalah persepsi anggota keluarga risiko tinggi

terkait dengan dimensi pengetahuan preventif penularan TB dan spiritual dan item kekebalan tubuh yang diukur melalui kortisol dan Hsp70 (pemeriksaan darah).

4.5 Instrumen Penelitian

Persepsi anggota keluarga risiko tinggi TB diukur dengan menggunakan angket atau kuisisioner meliputi dimensi pengetahuan preventif penularan TB dan dimensi spiritual (*Religious belief, Religious practice, Religious feeling, Religious knowledge, Religious effect*) menurut Glock dan Stark. Dimensi pengetahuan preventif penularan TB terdiri atas 7 (delapan) pernyataan, sedangkan dimensi spiritual terdiri atas 13 pernyataan. Sebelum digunakan peneliti, angket terlebih dahulu diuji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 20 orang dan terdapat 4 item pernyataan yang tidak valid karena pernyataan tersebut memiliki makna yang sama, sehingga pada kuisisioner hanya terdapat 20 pernyataan. Skor maksimal yang bisa diperoleh responden adalah 80.

Kortisol dan HSP70 diukur dengan pengambilan sampel darah (pemeriksaan laboratorium). Keduanya sebagai indikator peningkatan kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi TB. Pengambilan darah 2 ml dilakukan oleh peneliti sebanyak 2 kali (sebelum dan sesudah komunikasi terapeutik) dan pemeriksaan sampel darah dilakukan oleh tim laboratorium TDC (*Tropical Disease Centre*) Unair dan selanjutnya dicatat pada lembar observasi penelitian.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan wilayah binaan Puskesmas Wonokromo dan dilaksanakan pada bulan Mei 2012.

4.7 Prosedur Pengambilan/Pengumpulan Data

Pengambilan atau pengumpulan data dilakukan setelah responden secara sukarela mengisi dan menandatangani formulir kesediaan menjadi responden penelitian setelah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, dan resiko penelitian. Selain itu responden telah dinyatakan sehat oleh Puskesmas (mendapat surat keterangan sehat). Selanjutnya responden mengisi format pengumpulan data umum (demografi). Selanjutnya kontrak waktu besok pagi (sebelum jam 9.00 wib) untuk pengambilan darah pertama (sebelum dilakukan komunikasi terapeutik).

Pengumpulan data mengenai persepsi responden dilakukan dengan menggunakan angket yang diberikan sebelum dan sesudah komunikasi terapeutik. Kuisisioner tersebut kemudian di skor dengan nilai terendah 20 dan tertinggi 80. Komunikasi terapeutik dilakukan selama 3 hari berturut – turut, 30 – 45 menit setiap kali komunikasi. Komunikasi dilakukan di rumah responden dengan waktu yang telah disepaki sebelumnya.

Komunikasi terapeutik dimulai dengan tahap prainteraksi (persiapan perawat), meliputi: SAP Komunikasi terapeutik, LPSP, dan booklet. Tahap kedua adalah orientasi, yaitu mengidentifikasi masalah responden. Selanjutnya setelah masalah responden ditemukan maka komunikasi terapeutik langsung masuk tahap kerja untuk mendiskusikan penyebab dan solusi mengatasi masalah tersebut. Upaya mencegah kebosanan saat komunikasi terapeutik adalah dengan cara komunikasi yang tidak terlalu lama (30 – 45 menit). Komunikasi terapeutik berakhir pada tahap terminasi dengan kesimpulan dan kontrak waktu pertemuan berikutnya. Pada pertemuan kedua, persiapan perawat (tahap prainteraksi),

dilakukan review mengenai bahan komunikasi sebelumnya (tahap orientasi), usaha untuk meningkatkan pengertian/pemahaman, perilaku, perasaan dan pikiran tentang perawatan penderita TB (fase kerja), penarikan kesimpulan dan kontrak waktu (tahap terminasi). Pada pertemuan ketiga, persiapan perawat (tahap pra-interaksi), review permasalahan dan solusi pemecahan masalah pada pertemuan kedua (tahap orientasi), mempertahankan pengetahuan, perilaku, perasaan dan pikiran (tahap kerja), bagian akhir pada pertemuan terakhir adalah menarik kesimpulan setelah komunikasi terapeutik dilakukan selama 3 hari berturut-turut dan pengisian kuisioner setelah dilakukan komunikasi terapeutik serta kontrak waktu besok pagi untuk pengambilan darah ke dua (tahap terminasi).

Pengukuran kadar kortisol dan Hsp70 dilakukan pengambilan darah sebelum dan sesudah komunikasi terapeutik. Waktu pengambilan sampel darah didasarkan atas pertimbangan waktu sekresi sirkadian kortisol dan Hsp70 yaitu sebelum pukul 09.00 wib. Pengambilan darah dilakukan oleh peneliti, diberi kode dan dibawa ke laboratorium TDC untuk pemisahan serum darah dan disimpan dalam lemari pembeku pada suhu -2°C di laboratorium TDC sampai seluruh sampel darah diambil. Selanjutnya, tim laboratorium TDC Unair melakukan pemeriksaan ELISA untuk mengetahui kadar kortisol dan Hsp70 anggota keluarga risiko tinggi TB. Setelah didapatkan data kortisol dan Hsp70 selanjutnya dilakukan analisis data.

4.7.1 Prosedur pemeriksaan kortisol

1. Alat : *Immulite*

2. Prinsip :

Sampel responden dan reagen berupa kortisol yang dikonjugasi dengan enzim alkali fosfatase secara bersamaan dimasukkan ke dalam tes unit yang berisi manik – manik berlapis antibodi monoklonal spesifik terhadap kortisol dan diinkubasi selama 30 menit pada suhu 37⁰C dengan pengguncangan secara berkala. Selama waktu inkubasi ini kortisol dalam sampel berkompetisi dengan kortisol yang dilabel dengan enzim untuk mendapatkan tempat berikatan yang terbatas pada antibodi yang dilekatkan pada manik – manik. Laju konjugat enzim yang tidak berikatan disingkirkan dengan pencucian secara pemusingan, setelah itu ditambahkan substrat dan tes unit diinkubasi lagi selama 10 menit. Substrat *chemiluminescent*, suatu ester fosfat dari *adamantly dioxetan* dengan adanya alkali fosfatase mengalami hidrolisa menghasilkan suatu senyawa yang tidak stabil. Terbentuknya senyawa ini secara terus – menerus menghasilkan emisi sinar yang berlangsung cukup lama, dengan demikian jumlah proton yang dipancarkan diukur dengan luminometer berbanding terbalik dengan konsentrasi kortisol dalam sampel.

3. Sampel

a. Jenis : Serum

b. Jumlah : 500 μ l (300 μ l)

c. Stabilitas : 2 – 8⁰C (7 hari), -20⁰C (3 bulan)

d. Catatan : sampel lipemik

4. Prosedur

- a. Masukkan *wedge reagent* ke dalam *carousel reagent* dan tekan *GO* pada alat untuk membaca *barcode reagent*. Cek status reagen pada layar monitor
- b. Urutkan sampel sesuai lembar kerja dengan cara urutan dari kiri ke kanan dengan lubang nomor 1 dikosongkan
- c. Tuang serum ke dalam sampel *cup holder*, setelah dituang serum diletakkan di lubang yang kosong, begitu seterusnya
- d. Masukkan sampel *cup holder* diikuti tes unit kortisol ke alat *immulite* dan untuk selanjutnya program pemeriksaan sampel penderita

5. Pembacaan hasil

Secara otomatis hasil tampak di layar komputer dan akan dicetak pada printer. Hasil dinyatakan dalam satuan $\mu\text{g/dl}$

4.7.2 Prosedur pengukuran Hsp70

1. Persiapan pelarut dan sample standar (untuk membentuk kurva standar) dengan cara pengenceran 480 pg/ml, 240 pg/ml, 120 pg/ml, 60 pg/ml, dan 30 pg/ml.
2. Pesiapan sampel, diamkan sampel pada suhu kamar sampai sampel benar – benar cair. Masukkan 10 μl sampel (serum) dalam masing – masing lubang reagen, tambahkan larutan pengencer 40 μl , tutup wadah reagen dengan plastik yang tersedia.
3. Inkubasi selama 1 jam dalam suhu 37°C
4. Lakukan pencucian dengan menggunakan *ELISA washer* sebanyak 5 kali

5. Tambahkan enzim HRP-Conjugated 5 μ l pada masing – masing lubang, tutup kembali dengan plastik yang tersedia
6. Inkubasi selama 30 menit dalam suhu 37⁰C
7. Lakukan pencucian dengan menggunakan *ELISA washer* sebanyak 5 kali
8. Lakukan pewarnaan dengan Chromogen A dan Chromogen B pada masing – masing lubang, tutup dengan plastik yang tersedia
9. Inkubasi selama 30 menit dalam suhu 37⁰C (sampel berubah warna menjadi biru)
10. Tambahkan stop solution 50 μ l pada masing – masing lubang, reaksi terhenti (sampel berubah warna dari biru menjadi kuning)
11. Msukkan sampel pada ELISA reader, pada mesin muncul kurva dan kadar Hsp70 pada masing – masing lubang.

4.8 Cara Analisis Data

Data umum responden diolah dalam bentuk distribusi frekuensi. Skor persepsi, kadar kortisol, dan kadar Hsp70 diuji statistik dengan menggunakan uji *paired t test* karena data berdistribusi normal dengan membandingkan ketiga indikator (ersepsi, kortiso, dan Hsp70) sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik.

Adapun tahap analisis data adalah sebagai berikut:

a. Persiapan

Langkah persiapan dimaksudkan untuk merapikan data agar rapi sehingga dapat dengan mudah dilakukan pengolahan atau analisis data (Arikunto, 2002). Kegiatan yang dilakukan dalam tahap ini adalah:

- 1) Mengecek kode identitas responden untuk menghindari kesalahan atau kekurangan data identitas responden
- 2) Mengecek kelengkapan data dengan cara memeriksa kesesuaian isi instrumen pengumpulan data dengan data yang didapat.
- 3) Mengecek macam isian data untuk menghindari ketidaktepatan *entry* data.

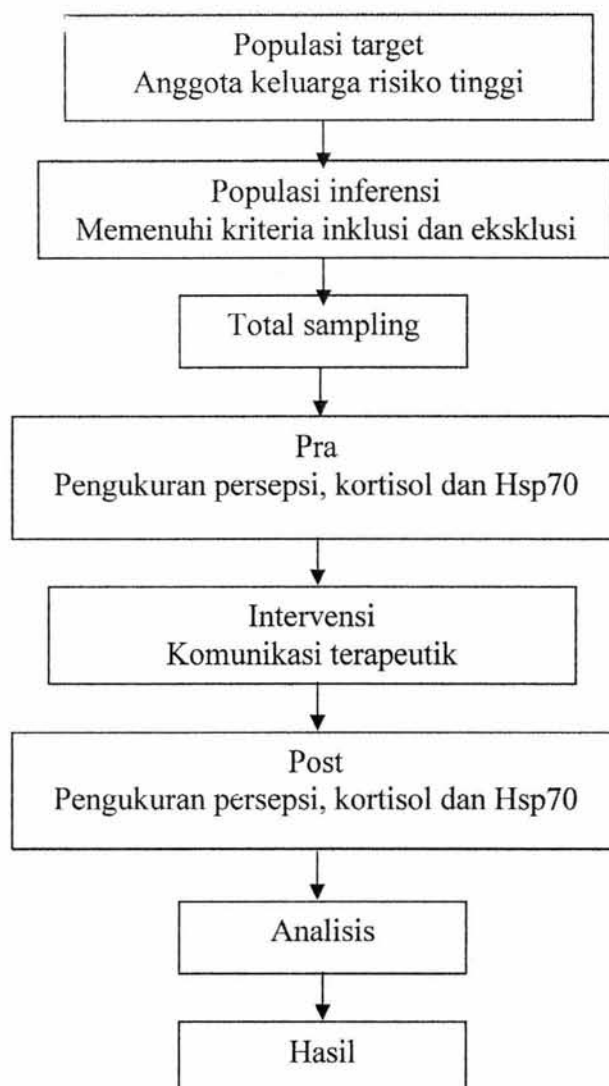
b. Tabulasi data

Tabulasi data merupakan suatu kegiatan untuk mengelompokkan data sesuai dengan item yang ditentukan oleh peneliti (Arikunto, 2002).

Langkah yang dilakukan dalam tabulasi data adalah:

- 1) Memberikan skoring terhadap item – item yang perlu diberi skor sesuai definisi operasional
- 2) Mengubah jenis data bila diperlukan dan disesuaikan atau dimodifikasi berdasarkan teknis analisis yang akan digunakan
- 3) Analisis data sesuai dengan pendekatan penelitian. Semua data yang telah terkumpul dianalisis untuk dapat diambil suatu kesimpulan. Dasar pengambilan keputusan dengan uji statistik analitik adalah jika nilai $p < \alpha = 0,05$, maka H_0 ditolak, namun jika nilai $p > \alpha$, maka H_0 diterima.

4.9 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka operasional penelitian pengaruh komunikasi terapeutik terhadap peningkatan kekebalan tubuh anggota keluarga risiko TB

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Wonokromo merupakan satu dari tiga puskesmas yang ada di Kecamatan Wonokromo. Puskesmas Wonokromo terletak di Jalan Karangrejo Gang IV No. 4 Surabaya. Wilayah kerja Puskesmas Wonokromo meliputi seluruh daerah di Kelurahan Wonokromo (seluas 40 hektar), yaitu terdiri dari 8 RW dan 87 RT, dengan batas wilayah sebelah utara, berbatasan dengan Sungai Kali Mas Surabaya, sebelah selatan berbatasan dengan Jalan Ketintang, setelah barat, berbatasan dengan Jalan Ketintang dan Karah, dan sebelah timur, berbatasan dengan Jalan Raya Wonokromo.

Bentuk pelayanan Puskesmas Wonokromo dikelompokkan menjadi dua program utama puskesmas, yaitu Program Kesehatan Dasar (Program Promosi Kesehatan, Program Kesehatan Lingkungan, Program Pemberantasan Penyakit Menular, Program Kesehatan Ibu dan Anak, serta Program Keluarga Berencana) dan Program Kesehatan Pengembangan (Program Pelayanan Keluarga Miskin, Program Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut, dan Program Pelayanan Kesehatan Jiwa). Terkait dengan penanganan penyakit TB, petugas sangat aktif menghubungi dan mencari penderita TB, disediakan pula bilik konsultasi di lantai dua gedung puskesmas yang dilakukan oleh petugas (dokter), namun sarana ini belum optimal karena keterbatasan tenaga yang dimiliki oleh puskesmas.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1 Data umum

Data umum pada penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, lama merawat penderita TB, dan lingkungan rumah.

5.2.1.1 distribusi responden berdasarkan usia

Usia mempengaruhi kematangan seseorang dalam bersikap dan mengambil keputusan sehingga pada penelitian ini diperlukan data usia responden.

Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia pada Keluarga Risiko Tinggi TB di Puskesmas Wonokromo, Juli 2012

Usia (tahun)	Frekuensi n = 10
26 – 40	4
41 – 55	3
56 – 70	3

Keluarga risiko tinggi TB di Puskesmas Wonokromo sebagian besar berusia 26 – 40 tahun (40%).

5.2.1.2 distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Keluarga Risiko Tinggi TB di Puskesmas Wonokromo, Juli 2012

Jenis Kelamin	Frekuensi n = 10
Laki – laki	6
Perempuan	4

Jenis kelamin responden (anggota keluarga risiko tinggi TB sebagian besar perempuan (60%).

5.2.1.3 distribusi responden berdasarkan pendidikan

Pendidikan responden mempengaruhi kemampuan mengisi dan memahami kuisioner yang digunakan pada penelitian ini.

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan pada Keluarga Risiko Tinggi TB di Puskesmas Wonokromo, Juli 2012

Pendidikan	Frekuensi n = 10
SMP	1
SMA	7
S1	2

Pendidikan responden (anggota keluarga risiko tinggi TB) sebagian besar SMA (Sekolah Menengah Atas) sebanyak 70% (7 orang). Pendidikan terendah responden adalah SMP (Sekolah Menengah Pertama) dan tertinggi adalah S1. Responden dengan pendidikan terendah (SMP) memberikan respon penerimaan yang lebih baik kepada peneliti.

5.2.1.4 distribusi responden berdasarkan lama merawat penderita TB

Perawatan penderita TB membutuhkan waktu lama yaitu 6 bulan. Hal tersebut terkait dengan pengobatan yang diterima penderita.

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Merawat Penderita pada Keluarga Risiko Tinggi TB di Puskesmas Wonokromo, Juli 2012

Lama merawat penderita (bulan)	Frekuensi n = 10
3	2
4	1
5	4
6	3

Lama rawat penderita TB oleh anggota keluarga risiko tinggi bervariasi namun sebagian besar adalah 5 bulan.

5.2.1.5 distribusi responden berdasarkan lingkungan rumah

1) Jendela/sirkulasi udara

Sirkulasi udara pada suatu rumah bermanfaat untuk pergantian udara, agar udara dalam rumah dapat berganti dengan udara yang lebih segar.

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan Rumah: Jendela/Sirkulasi Udara pada Rumah Keluarga Risiko Tinggi TB di Puskesmas Wonokromo, Juli 2012

Jendela/Sirkulasi udara	Frekuensi n = 10
Cukup	2
kurang	8

Rumah anggota keluarga risiko tinggi TB di Puskesmas Wonokromo sebagian besar (80%) memiliki sirkulasi udara yang kurang ditandai dengan jumlah jendela yang dimiliki, sehingga sirkulasi udara kurang baik.

2) Sinar matahari

Sinar matahari yang dapat masuk ke dalam rumah merupakan alat alami untuk membunuh kuman *Mycobacterium tuberculosis*.

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan Rumah: Sinar Matahari pada Rumah Keluarga Risiko Tinggi TB di Puskesmas Wonokromo, Juli 2012

Sinar Matahari	Frekuensi
Masuk	3
Tidak masuk	7

70% rumah anggota keluarga risiko tinggi TB di Puskesmas Wonokromo tidak mendapat sinar matahari (sinar matahari tidak dapat masuk ke rumah) dan hanya 3 rumah yang mendapat sinar matahari karena memiliki genteng kaca. Sinar matahari yang masuk melalui genteng kaca hanya menyinari area tertentu sehingga kurang maksimal dalam upaya membunuh bakteri TB.

3) Kelembaban

Tempat lembab merupakan area yang paling diserangi oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* untuk tumbuh dan berkembang.

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Lingkungan Rumah: Jendela/ Sirkulasi Udara pada Rumah Keluarga Risiko Tinggi TB di Puskesmas Wonokromo, Juli 2012

Kelembaban	Frekuensi
Lembab	8
Kering	2

Rumah anggota keluarga risiko tinggi TB di Puskesmas Wonokromo 80% lembab yang merupakan media pertumbuhan bakteri TB.

5.2.2 Data khusus responden

5.2.2.1 skor persepsi responden

Skor persepsi responden diperoleh dari kuisioner yang telah diisi oleh responden sebelum dan sesudah komunikasi terapeutik.

Tabel 5.8 Skor Persepsi Responden (Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB) di Puskesmas Wonokromo, Juli 2012

No. Responden	Persepsi	
	Pre	Post
1	56	77
2	53	74
3	60	80
4	51	74
5	51	75
6	57	77
7	57	77
8	50	74
9	51	65
10	57	67
Mean	54,3	74
SD	3,1	6,8

t	-10,025
p (1 ekor)	0,000

Skor rata – rata persepsi responden mengalami kenaikan, yaitu skor rata – rata sebelum komunikasi terapeutik sebesar 54,3 dan sesudah komunikasi terapeutik mengalami kenaikan sebesar 19,7 (delta) sehingga skor rata – rata sesudah komunikasi terapeutik sebesar 74. Skor tertinggi (sesudah komunikasi terapeutik) didapatkan oleh responden yang berpendidikan SMP dan skor terendah dengan pendidikan responden SMA. Data skor persepsi berdistribusi normal, sehingga diuji dengan menggunakan uji paired t test dan didapatkan nilai $p=0,00$ sehingga $p<0,05$; maka dapat diartikan terdapat perbedaan skor persepsi yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik

5.2.2.2 kadar kortisol responden

Kadar kortisol responden diperoleh melalui pemeriksaan darah, dimana responden diambil darahnya sebanyak dua kali, yaitu sebelum dan sesudah komunikasi terapeutik (pengambilan darah dilakukan sebelum pukul 8.00 wib).

Tabel 5.9 Kadar Kortisol Responden (Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB) di Puskesmas Wonokromo, Juli 2012

No. Responden	Kortisol	
	Sebelum	Sesudah
1	17,4	9,9
2	10,7	10,2
3	15,3	12,3
4	18,1	14
5	6,1	5,6
6	8,1	6,2
7	6,3	5,6
8	13,2	8,5
9	12,3	9,3
10	13,1	12,1

Mean	12,06	9,37
SD	4.3	3.3
t	5.118	
p (1 ekor)	0,0005	

Kadar kortisol responden mengalami penurunan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik, kadar sebelum dilakukan komunikasi terapeutik adalah 12,06 $\mu\text{g/dl}$ dan sesudah dilakukan komunikasi turun menjadi 9,37 $\mu\text{g/dl}$, sehingga terdapat penurunan (delta) sebesar 2,69 $\mu\text{g/dl}$ sesudah dilakukan komunikasi terapeutik. Uji kadar kortisol dengan menggunakan uji *paired t test* (data berdistribusi normal) didapatkan nilai $p=0,0005$ sehingga $p<0,05$; maka dapat diartikan terdapat perbedaan kadar kortisol yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik.

5.2.2.3 Kadar Hsp70 responden

Hsp70 responden diperoleh melalui pemeriksaan darah, dimana responden diambil darahnya sebanyak dua kali, yaitu sebelum dan sesudah komunikasi terapeutik (pengambilan darah dilakukan sebelum pukul 8.00 woib).

Tabel 5.10 Kadar Hsp70 Responden (Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB) di Puskesmas Wonokromo, Juli 2012

No. Responden	Hsp70	
	Sebelum	Sesudah
1	257	328
2	274	327
3	247	250
4	208	329
5	169	234
6	170	187
7	168	182
8	214	238
9	192	200

10	302	326
Mean	220,1	260,1
SD	47,7	61,9
t	-3.404	
p (1 ekor)	0,004	

Kadar Hsp70 responden mengalami peningkatan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik, kadar sebelum dilakukan komunikasi terapeutik adalah 220,1 $\mu\text{g/dl}$ dan sesudah dilakukan komunikasi naik menjadi 260,1 $\mu\text{g/dl}$, sehingga terdapat peningkatan (delta) sebesar 40 $\mu\text{g/dl}$ sesudah dilakukan komunikasi terapeutik. Uji kadar Hsp70 dengan menggunakan uji t test didapatkan nilai $p=0,004$ sehingga $p<0,05$; maka dapat diartikan terdapat perbedaan kadar Hsp70 yang bermakna antara sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Perubahan Persepsi Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB

Hasil penelitian pada tabel 5.1 menunjukkan peningkatan skor rata – rata persepsi responden antara sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik. Sebelum dilakukan komunikasi terapeutik, skor rata – rata persepsi anggota keluarga risiko tinggi TB adalah 54,3 dan setelah dilakukan komunikasi terapeutik skor rata – rata meningkat 19,7 sehingga skor rata – rata sesudah komunikasi terapeutik adalah 74.

Perubahan persepsi (dimensi pengetahuan) pada responden terjadi secara verbal seperti pada petikan kalimat berikut ini: sebelum komunikasi responden mengatakan

”selama ini kalau batuk ya batuk saja, kalau bersin ya bersin saja, malah kalau buang ludah kadang – kadang di halaman depan rumah,,, ya saya biarkan”

“saya dan anak sampai capek memberitau Bapak, terutama itu lho,,, kalau buang dahak suka disembarang tempat.”

Sesudah komunikasi terapeutik

“jadi harus diajari cara batuk dan bersin yang seperti di buku hijau itu ya.”

“iya sekarang saya sediakan tisu, jadi kalau bapak batuk atau bersin atau membuang ludah langsung di tisu itu”

Perubahan persepsi pada dimensi spiritual tampak pada kalimat berikut: sebelum komunikasi terapeutik

“setiap mau diajak kontrol atau mengambil obat ke Puskesmas selalu marah – marah.”

Sesudah komunikasi terapeutik

“marah – marah membuat saya capek, ya,, sekarang kalau obat suami saya habis, saya yang mengambil obat di Puskesmas, karena saya ingin suami saya sembuh.”

“awalnya ya terpaksa tapi akhirnya saya ikhlas karena saya ingin suami saya sembuh, ya sudah saya mengalah”

Perubahan persepsi responden secara verbal menunjukkan peningkatan persepsi responden, baik pada dimensi pengetahuan dan spiritual setelah dilakukan komunikasi terapeutik.

Chrousos dan Gold (1992) mengatakan bahwa respon stres yang nyata dalam tindakan, baik motoris maupun sensoris, dikatakan sebagai fight and flight. Kondisi tubuh akibat adaptasi baik yang positif maupun negatif disebut sebagai biologi persepsi. Jika tubuh berhadapan dengan stressor secara persisten dan tubuh gagal untuk mempertahankan keseimbangan maka persepsi biologis yang muncul adalah keadaan patologis atau sakit (Putra, 2011). Komunikasi terapeutik yang diberikan kepada responden diharapkan dapat memunculkan persepsi biologis yang positif dari dimensi pengetahuan dan spiritualitas sehingga keseimbangan tubuh terjaga dan responden tidak jatuh dalam kondisi sakit.

Pareek (1996) mengatakan persepsi dapat didefinisikan sebagai proses menerima, menyeleksi, mengorganisasikan, mengartikan, menguji, dan memberikan reaksi kepada rangsangan pancaindra atau data (Atkinson, 2002). Proses penyeleksian stimulus atau rangsangan dipengaruhi dua faktor, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang mempengaruhi antara lain: kebutuhan psikologis, latar belakang (pendidikan), pengalaman, kepribadian, kepercayaan umum dan penerimaan diri. Faktor eksternal yang mempengaruhi

persepsi adalah intensitas, kontras, gerakan, ulangan, keakraban, dan sesuatu yang baru (Sobur, 2003).

Data demografi responden yaitu, usia, pendidikan, dan pengalaman merawat (lama merawat penderita TB). Faktor usia terkait dengan kedewasaan dan pengambilan keputusan, faktor pendidikan dan pengalaman terkait dengan kemampuan seseorang menerima, mengolah, dan menyeleksi informasi dari luar. Sedangkan faktor eksternal yang tampak adalah keakraban, yang dapat diartikan sebagai hubungan kerabat atau keluarga, selain itu faktor ulangan juga dapat mempengaruhi, mengingat pengobatan dan perawatan penderita membutuhkan waktu yang lama (minimal 6 bulan pengobatan). Pemberian informasi secara berulang – ulang juga dapat mempengaruhi persepsi seseorang. Faktor penerimaan diri tercakup dalam dimensi spiritualitas, oleh karena itu pendekatan yang digunakan peneliti tidak hanya secara kognitif tapi juga pendekatan spiritual untuk meningkatkan penerimaan diri responden.

Data responden mengenai pendidikan tampak bahwa responden dengan pendidikan paling rendah mendapatkan skor akhir yang tertinggi. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh faktor lain yaitu pengalaman merawat penderita (lama merawat penderita), keakraban (hubungan dalam keluarga), ulangan (dalam hal menerima informasi dari petugas kesehatan secara berulang – ulang), dan penerimaan diri (responden dapat menerima kondisi penderita TB dan dengan ikhlas merawat penderita).

6.2 Perubahan Kortisol Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB

Hasil penelitian pada tabel 5.2 menunjukkan kadar kortisol responden mengalami penurunan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik, kadar sebelum dilakukan komunikasi terapeutik adalah 12,06 $\mu\text{g/dl}$ dan sesudah dilakukan komunikasi turun menjadi 9,37 $\mu\text{g/dl}$, sehingga terdapat penurunan (delta) sebesar 2,69 $\mu\text{g/dl}$ sesudah dilakukan komunikasi terapeutik.

Respon fisiologis tubuh yang paling menonjol terhadap stres adalah peningkatan kortisol (Skosnik, 1999; Ebrecht, 2003). Kortisol merupakan bentuk aktif glukokortikoid dalam peredaran darah. Glukokortikoid merupakan kortikosteroid utama yang dihasilkan oleh korteks adrenal. Sekresi ini dikontrol oleh kelenjar hipofise melalui *Adreno Corticotropin Hormon* (ACTH). ACTH sendiri dikontrol melalui *Corticotropin relising factor* (Guyton, 2008). Stres akan memicu peningkatan kadar kortisol dalam darah. Schwertz mengatakan bahwa kortisol akan memblokir reseptor IL 2 dan menekan produksi IL 2 serta IFN γ yang merupakan sitokin Th1. Disisi lain Stanius (1997) mengemukakan bahwa dalam jumlah sedikit, kortisol akan memacu produksi sitokin Th2 yaitu IL 4 dan IL 10. Nilai normal kortisol jam 09.00 adalah 170 – 720 nmol/l (6 – 26 $\mu\text{g}/100$ ml). Kadar kortisol tengah malam 24.00 adalah kurang dari 220 nmol/l (< 8 $\mu\text{g}/100$ ml).

Stress fisik atau stress mental dalam waktu beberapa menit saja dapat meningkatkan sekresi ACTH, sehingga sekresi kortisol juga meningkat dua puluh kali lipat (Guyton, 2012). Kondisi stres yang dialami seseorang, baik secara fisik maupun emosional akan direspon oleh otak pada hipotalamus. Hubungan otak dengan sistem imun melalui hipotalamo – pituitary – adrenal (HPA) axis. Stres

fisik maupun psikis diproses oleh hipotalamus sehingga mensekresi CRH. Sinyal dikirim ke hipofise sehingga menstimulus sekresi ACTH. ACTH ditangkap oleh sel di korteks kelenjar adrenal untuk mensekresi kortisol (Guyton, 2012). Chrousos (2009), peneliti tentang stres, melaporkan bahwa ketidakseimbangan kortisol sangat berkaitan erat dengan masalah kesehatan (sakit). Kortisol (glukocortikoid) berperan dalam mengontrol produksi *cytokine* dan mekanisme ini mampu menghentikan proses inflamasi untuk melindungi kerusakan organ pada aktivitas imun yang memanjang (Ebrecht, 2003). Dengan demikian diketahui bahwa peningkatan kortisol dapat menekan sistem kekebalan tubuh sehingga seseorang akan rentan terhadap infeksi. Seluruh responden menunjukkan penurunan kadar kortisol setelah dilakukan komunikasi terapeutik. Hal ini menunjukkan terdapat penurunan stres yang dirasakan oleh responden sehingga tidak terjadi penekanan pada sistem kekebalan tubuh dan responden dapat mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya meskipun tinggal satu rumah dan merawat anggota keluarganya yang sakit TB.

6.3 Perubahan Hsp70 Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB

Hasil penelitian tabel 5.3 menunjukkan kadar Hsp70 responden mengalami peningkatan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik, kadar sebelum dilakukan komunikasi terapeutik adalah 220,1 $\mu\text{g/dl}$ dan sesudah dilakukan komunikasi naik menjadi 260,1 $\mu\text{g/dl}$, sehingga terdapat peningkatan (delta) sebesar 40 $\mu\text{g/dl}$ sesudah dilakukan komunikasi terapeutik.

Ahli biologi molekuler menyatakan respon *heat shock protein* merupakan contoh yang tepat untuk menggambarkan ekspresi gen (Morimoto, 2003). Hsp70

berfungsi sebagai molekul chaperones intraseluler yang memfasilitasi transpor protein, mencegah kerusakan protein selama pelipatan, dan menjaga pembentukan rantai polipeptida dengan cara melawan kesalahan lipatan dan denaturasi protein (Heck, 2011). Asea, 2005, menyatakan bahwa Hsp70 juga berfungsi sebagai inisiator respon imun. Hsp70 diproduksi tidak hanya pada orang sakit atau yang terpapar stres, namun juga tampak pada serum manusia normal. Penelitian mengenai Hsp70 selalu dikaitkan dengan sistem kekebalan tubuh karena lebih terekspresi pada sel nekrotik daripada sel apoptosis (Asea, 2005). Hsp70 menginduksi respon imun, mengaktivasi sel, meningkatkan regulasi dan sekresi cytokine. Meskipun penelitian tentang Hsp70 terfokus pada sistem kekebalan tubuh, perlu diperhatikan bahwa Hsp70 pertama teridentifikasi sebagai chaperon pelindung. Hsp70 ekstraseluler berperan dalam melindungi sel, yaitu melindungi permukaan dan masuk ke dalam sel.

Stres baik fisik maupun psikologis akan menstimuli pelepasan Hsp70 dengan mekanisme yang belum diketahui dengan jelas (Asea, 2005). Responden yang baru 3 bulan merawat penderita TB memiliki kadar Hsp70 paling rendah. Hal tersebut disebabkan penerimaan responden yang kurang ikhlas dalam merawat penderita TB. Meskipun demikian, skor akhir responden (setelah komunikasi terapeutik) mengalami peningkatan. Responden (anggota keluarga risiko tinggi TB) mempunyai peluang besar untuk tertular TB. Hsp70 merupakan protein terkecil dalam tubuh dan sangat peka, sehingga apa yang difikirkan seseorang mampu menstimulus ekspresi Hsp70. Jadi Hsp70 yang beredar pada tubuh responden berperan sebagai protein pelindung sel dari invasi kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Jadi meskipun terdapat invasi kuman TB ke dalam

tubuh responden, hal tersebut tidak menimbulkan manifestasi klinis karena sel – sel dalam tubuh mampu menga*asi serangan kuman tersebut.

6.4 Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Peningkatan Imunitas Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB

Komunikasi terapeutik dengan dimensi pengetahuan dan spiritual yang diberikan kepada responden dapat merubah persepsi responden menjadi lebih positif. Persepsi yang positif akan mempengaruhi stres sirkuit (*HPA Axis*). Hubungan otak dengan sistem imun melalui *hipothalamo – pituitary – adrenal (HPA) axis*. Respon fisiologis tubuh terhadap stres adalah peningkatan aktivitas *HPA axis* (Ebrecht, 2003) dan stres juga mempengaruhi sistem imun (Abraham, 1991). Stres fisik maupun psikis diproses oleh hipotalamus sehingga mensekresi CRH. Sinyal dikirim ke hipofise sehingga menstimulus sekresi ACTH. ACTH ditangkap oleh sel di korteks kelenjar adrenal untuk mensekresi kortisol sebagai hormon stress (Guyton, 2012). Stress fisik atau stress mental dalam waktu beberapa menit saja dapat meningkatkan sekresi ACTH, sehingga sekresi kortisol juga meningkat dua puluh kali lipat (Guyton, 2012). Chrousos (2009), peneliti tentang stres, melaporkan bahwa ketidakseimbangan kortisol sangat berkaitan erat dengan masalah kesehatan (sakit). Dengan demikian diketahui bahwa kortisol dapat menekan sistem kekebalan tubuh sehingga seseorang akan rentan terhadap infeksi. Respon imun terhadap kondisi stres merupakan bagian dari respon adaptif tubuh dalam menghadapi situasi yang dialami (Segerstrom, 2006).

Kortisol dan Hsp70 menjadi indikator sistem imun. Kadar kortisol responden sebelum dilakukan komunikasi terapeutik lebih tinggi daripada sesudah

komunikasi terapeutik, meskipun masih dalam batas normal. Hal ini disebabkan oleh persepsi dalam diri responden sudah mengalami perubahan menjadi lebih positif. Penurunan kadar kortisol (dalam batas normal) diharapkan mampu meningkatkan imunitas responden. Keberadaan kadar kortisol yang tinggi dalam serum mengakibatkan penurunan kualitas dan kuantitas limfosit, serta pengecilan timus (Putra, 2011).

Sikap dan tehnik perawat dalam komunikasi terapeutik juga sangat mempengaruhi penerimaan klien. Sikap berhadapan dan mempertahankan kontak mata berarti siap dan menghargai responden. Mendengarkan responden dengan penuh perhatian, memberikan pertanyaan terbuka, dan mengklarifikasi merupakan sedikit dari tehnik yang sering digunakan oleh peneliti saat melakukan komunikasi terapeutik terhadap responden. Namun selain kemampuan komunikasi terapeutik secara *verbal*, peneliti harus mampu memahami bahasa *non verbal* responden sehingga dapat memilih tehnik komunikasi yang sesuai. Sikap dan tehnik komunikasi terapeutik yang tepat sangat membantu dalam upaya membina hubungan saling percaya dan memudahkan implementasi kepada responden.

Komunikasi terapeutik (dimensi spiritual) yang diberikan kepada responden meningkatkan kesabaran dan keikhlasan responden dalam merawat penderita TB, karena menurut Ash Shiddieqy, 1998, ikhlas merupakan syarat untuk diterimanya suatu amal oleh Allah, baik amal batiniyah maupun lahiriyah. Responden harus berusaha untuk sabar dalam menerima dan menjalani ujian yang diberikan Allah, yaitu berupa merawat penderita TB. Responden yang lebih

sabar dan ikhlas menghadapi ujian (penderita TB) dan kesulitan akan sanggup berfikir jauh mencari solusi untuk mengatasi masalah atau kesulitan yang dihadapi.

Persepsi seseorang dapat diubah, dari persepsi yang tidak baik atau negatif mengenai pengetahuan pencegahan penularan penyakit TB dan spiritual menjadi persepsi yang baik atau positif. Tujuan dari komunikasi terapeutik ini adalah untuk mengubah dan meningkatkan persepsi responden tentang pengetahuan pencegahan penularan penyakit TB dan spiritualitas dalam merawat anggota keluarga yang sakit TB. Perubahan persepsi yang lebih positif setelah dilakukan komunikasi terapeutik juga meningkatkan kadar Hsp70. Hal ini terjadi karena Hsp70 merupakan molekul protein yang kecil dan sangat peka sehingga dapat dengan cepat terekspresi terhadap perubahan situasi yang dialami tubuh baik secara fisik maupun mental. Peningkatan Hsp70 (dalam batas normal) akan memberi pengaruh yang baik bagi responden, yaitu berperan dalam melindungi sel, yaitu melindungi permukaan dan masuk ke dalam sel.

6.5 Keterbatasan Penelitian

1. Pengendalian stressor responden di luar kunjungan peneliti sangat kurang sehingga, sehingga memungkinkan stres yang dialami responden berasal dari yang lain (bukan hanya anggota keluarga penderita TB).
2. Karakteristik budaya responden yang berbeda – beda menuntut kemampuan perawat untuk memodifikasi situasi dan cara berkomunikasi dengan responden.

BAB 7**SIMPULAN DAN SARAN****7.1. Simpulan**

1. Komunikasi terapeutik meningkatkan persepsi anggota keluarga risiko tinggi TB di Puskesmas Wonokromo, hal ini disebabkan pengetahuan yang dimiliki responden menjadi lebih baik setelah komunikasi terapeutik.
2. Komunikasi terapeutik menurunkan kadar kortisol anggota keluarga risiko tinggi TB di Puskesmas Wonokromo, hal ini menunjukkan penurunan tingkat stres yang dialami responden.
3. Komunikasi terapeutik meningkatkan kadar Hsp70 anggota keluarga risiko tinggi TB di Puskesmas Wonokromo, hal tersebut sebagai upaya tubuh untuk melindungi sel.
4. Komunikasi terapeutik meningkatkan sistem kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi TB di Puskesmas Wonokromo, ditandai dengan penurunan kadar kortisol dan peningkatan Hsp70.

7.2. Saran

1. Perawat perlu melakukan komunikasi terapeutik kepada anggota keluarga risiko tinggi TB sebagai upaya meningkatkan sistem kekebalan tubuh sehingga upaya promotif dan preventif TB dapat meningkat.
2. Perawat perlu meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik dengan cara memperkuat elemen komunikasi yang telah dimiliki sehingga pelayanan asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan optimal.

3. Perlu prosedur tetap untuk acuan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat baik di Puskesmas maupun di pelayanan kesehatan yang lain sebagai upaya promotif dan preventif penularan TB.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, Martha Raile., dan Tomey, Ann Marriner, 2006, *Nursing theorists and their work*, Missouri: Mosby Elsevier
- Abrahan, E., 1991, *Effect of stress on cytokine production*, Methods achievement explanation pathology, volume 14; 45 – 62
- Asea, Alexander, 2007, Stress proteins and initiation of immune response: chaperokine activity of Hsp 72, *National Institutes of Health Public Access*; 11: 34 – 35
- Asea, AAA dan Maio, Antonio De, 2007, *Heat shock proteins: potent mediators of inflammation & immunity*, USA: Springer
- Asca, AAA dan Pederson, Bente K., 2010, *Heat shock proteins and whole body physiology*, USA: Springer
- Ash Shiddieqy, Teungku Muhammad Hasbi, 1998, *Al Islam*, jilid 1, Semarang: Pustaka Rizki Putra
- Atkinson, Rita L., Akinson, Richard C., Smith, Edward E., Bem, Daryl J., 2002, *Pengantar psikologi*, Batam: Interaksara
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2010, *Riset kesehatan dasar (Riskesdes) 2010*, Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Cahyadi, Hartini., Tyasrini, Endah., Lucianus, Johan., 2004, Peranan heat shock protein pada patogenesis penyakit infeksi penyakit autoimun, *Jurnal Kesehatan Masyarakat* volume 3 nomor 2
- Chrousos, George, 2009, The stress response, <http://www.improve-mental-health.com/stress-response.html>, diakses tanggal 1 Maret 2012 pukul 14.53 wib
- Dahlan, Sopiudin, 2008, *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan: deskriptif, bivariat, dan multivariate dilengkapi dengan aplikasi dengan menggunakan SPSS*, Jakarta: Salemba
- Damaiyanti, Mukhrifah, 2008, *Komunikasi terapeutik dalam praktik keperawatan*, Bandung: PT Refika Aditama
- Daniels, Rick., Grendell, Ruth N., Wilkins, Frederick R., 2004, *Nursing fundamental: caring and clinical decision making*, Edisi 2, New York: Delmar Cengage Learning

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008, *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*, Jakarta: Depkes RI
- Dharma, Kelana Kusuma, 2011, *Metode penelitian keperawatan (pedoman melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian)*, Jakarta: CV Trans Info Media
- Ebrecht, Sabine R. Kunz., Ali, Vidya Mohamed., Feldmen, Pamela J., Kirschbaum, Clemens., dan Steptoe, Andrew., 2003, Cortisol responses to mild psychological stress inversely associated with proinflammatory cytokines, *Science direct: brain, behavior, and immunity*, volume 17: 373 – 383
- Elfiky, Ibrahim, 2011, *Terapi berfikir positif: biarkan mukjizat dalam diri anda melesat, agar hidup lebih sukses dan lebih bahagia*, Jakarta: PT Ikrar Mandiri Abadi
- Guyton, Arthur C., dan Hall, John E., 2008, *Buku ajar fisiologi kedokteran*, edisi 11, Jakarta: EGC
- Guyton, Arthur C., dan Hall, John E., 2012, *Fisiologi manusia dan mekanisme penyakit*, Edisi 3, Jakarta: EGC
- Hawari, Dadang, 2009, *Psikometri: alat ukur (skala) kesehatan jiwa*, Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Heck, Thiago Gomes., Scholer, Cinthia Maria., Bittencourt, Paulo I.H., 2011, 'HDP70 expression: does it a novel fatigue signalling factor from immun system to the brain?', *Cell Biochemistry and Function*, 10.1002/cbf.1739
- Kozier, Barbara., Erb, Glenora., Berman, Audrey, dan Synder, ShirleeJ., 2004, *Fundamental of nursing: concept, process, and practice*, New Jersey: Pearson Education
- Machfoedz, Mahmud., 2009, *Komunikasi keperawatan (komunikasi terapeutik)*, Yogyakarta: Ganbika
- Mastorakos G., dan Ilias I., 2003, CRH and inflammation in adrenal physiology ang disease, <http://www.endotext.com>, diakses tanggal 7 Maret 2012 pukul 8.43 wib
- Morimoto, Richard I., 1993, Cells in stress: transcriptional activation of heat shock genes, *Journal of Science (JSTOR)*, volume 259, No. 5100
- Mundakir, 2006, *Komunikasi keperawatan aplikasi dalam pelayanan*, Yogyakarta: Graha Ilmu

- Murti, Bhisma, 2010, *Desain dan ukuran sampel untuk penelitian kuantitatif dan kualitatif di bidang kesehatan*, Edisi 2, Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Nasir, Abdul., Muhith, Abdul., Sajidin, Muhammad., dan Mubarak, Wahid Iqbal., 2009, *Komunikasi dalam keperawatan: teori dan aplikasi*, Jakarta: Salemba Medika
- Nurjanah, Intansari., 2001, *Hubungan terapeutik perawat dan klien: kualitas pribadi sebagai sarana*, Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada
- Pasiak, Taufiq, 2012, *Tuhan empirik dan kesehatan spiritual: pengembangan pemikiran Musa Asy'arie dalam bidang kesehatan dan kedokteran*, Yogyakarta: C-NET UIN Sunan kalijaga
- Sa'adu, Abdul Aziz., 2011, *Tips jitu menguasai ilmu ikhlas*, Jakarta: Transmedia
- Segerstrom, Suzanne C., dan Miller, Gregory E., 2006, Psychological stress and the human immunity system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry, *National Institutes of Health Science*, volume 130 (4); 601 – 630
- Sheldon, Lisa Kennedy., 2010, *Komunikasi untuk keperawatan: berbicara dengan pasien*, Edisi 2, Jakarta: Penerbit Elangga
- Sherwood, Lauralee, 2001, *Fisiologi manusia: dari sel ke sistem*, Edisi 2, Jakarta: EGC
- Skosnik, Patrick D., Junior, Robert T. Cahatterton., Swisher, Tara., dan Park, Sohee., Modulation of attentional inhibition by norepinephrin and cortisol after psychological stress, *International Journal of Psychophysiology*, volume 36; 59 – 68
- Sobur, Alex., 2011, *Psikologi umum*, Bandung: CV Pustaka Setia
- Putra, Suhartono Taat., 2011, *Psikoneuroimunologi kedokteran*, edisi 2, Surabaya: Airlangga University Press
- Yayasan Penyelenggara Penterjemah/Pentafsir Al Qur'an, 1971, *Al Qur'an dan terjemahnya*, Jakarta: Yayasan Penyelenggara Penterjemah/Pentafsir Al Qur'an
- (.....), Cortisol test, <http://www.fags.org/health/topics/16/cortisol-test>, diakses tanggal 28 Februari 2012, pukul 12.50



PERHUSKATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN

Jl. Jemursari No. 197 Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8473728
SURABAYA (60243)
Website : www.surabaya-ehealth.org

SURAT IJIN
SURVEY / PENELITIAN
Nomor : 072 / 19916 / 436.6.3 / 2012

Memperhatikan Surat

Dari : Dekan Program Studi Magister Keperawatan Fakultas
Keperawatan Universitas Airlangga
Tanggal : 16 April 2012
Hal : Penelitian
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :

Nama : **Chilyatiz Zahroh, S.Kep.Ns**
NIM : 131041048
Pekerjaan : Mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya
Alamat : Pondok Maritim Indah RR-24 Kel. Balas Klumprik Wiyung
Tujuan Penelitian : Menyusun Proposal Penelitian
Tema Penelitian : Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Peningkatan
Imunitas Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB Paru
Lamanya Penelitian : Bulan April s/d Bulan Juni Tahun 2012
Daerah / tempat penelitian : **Puskesmas Wonokromo**

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan – ketentuan /peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey / penelitian
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey / penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya .
4. Surat ijin ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat – syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan Kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan , pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 19 April 2012
Kepala Dinas
Sekretaris,

Nani Sukristina, S.KM
Pejabat Tk. I
NIP. 197001171994032008



**KOMISI ETIKA PENELITIAN
KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 17-498./H3.13/PPd/2012

Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa proposal yang berjudul :

**“Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap
Perubahan Kadar Kortisol dan HSP70 Anggota Keluarga
Risiko Tinggi TB Paru”**

Peneliti Utama : Chilyatiz Zahroh, S.Kep.Ns.
Program Studi / Fakultas : Magister Keperawatan – FKp Universitas Airlangga
Unit/Lab. Tempat Penelitian : Puskesmas Wonokromo Surabaya.

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 23 April 2012

Ketua Komisi Etik Penelitian LPPM UNAIR

Ketua

Prof.Dr.G.N. Astika, Apt.
NIP. 19430524 197302 1 001

LEMBAR PENJELASAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Chilyatiz Zahroh, S.Kep, Ns
NIM : 131 041 048
Mahasiswa : Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Saat ini sedang melakukan penelitian tentang **“Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Peningkatan Sistem Kekebalan Tubuh Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB.”**

Berikut adalah beberapa hal yang perlu saya informasikan terkait dengan keikutsertaan Anggota Keluarga sebagai responden dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian adalah menjelaskan pengaruh komunikasi terapeutik terhadap peningkatan sistem kekebalan tubuh anggota keluarga risiko tinggi TB
2. Manfaat penelitian adalah mengembangkan ilmu keperawatan khususnya upaya preventif dan promotif TB. Manfaat untuk responden adalah meningkatkan kekebalan tubuh sehingga tidak mudah tertular dan sebelum penelitian dimulai responden mendapat pemeriksaan kesehatan dari puskesmas
3. Komunikasi terapeutik (preventif TB dan spiritual) akan diberikan kepada responden selama 3 hari berturut – turut dengan waktu yang disepakati, selama 30 – 45 menit sekali pertemuan, dimana sebelum dan sesudah diberikan komunikasi terapeutik, responden mengisi angket persepsi dan diambil darahnya untuk pemeriksaan kortisol dan Hsp70. Darah responden diambil sebanyak 2 kali masing – masing 2 ml oleh petugas laboratorium TDC (*Tropic Disease Centre*) dan disimpan di TDC.
4. Pengambilan darah mungkin akan menyebabkan bengkak (5 – 6 jam setelah pengambilan darah) di area pengambilan darah (lengan), oleh karena itu responden akan diberi salep.

5. Efek samping yang dirasakan responden setelah pengambilan darah adalah nyeri, bengkak dan kemungkinan pingsan, jika terjadi pingsan maka keluarga responden dapat menghubungi dr. Era Kartikawati (081332171970) dan seluruh biaya ditanggung oleh peneliti
 6. Apabila dalam jalannya penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan terapi (komunikasi terapeutik) yang diberikan maka responden dapat mengundurkan diri dari partisipasi sebagai responden dan bila ada pertanyaan lebih lanjut dapat menghubungi saya (Chilyatiz Zahroh) di 08123544902 dengan alamat Pondok Maritim Indah RR-24 Surabaya
 7. Pada akhir penelitian, responden mendapatkan penghargaan berupa cinderamata dari peneliti
 8. Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bukan merupakan suatu paksaan, melainkan atas dasar sukarela. Oleh karena itu, Bapak/Ibu/Saudara berhak memutuskan untuk melanjutkan ataupun menghentikan keikutsertaan karena alasan tertentu yang dikomunikasikan kepada peneliti.
 9. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan.
 10. Semua responden akan mendapat perlindungan dan perlakuan yang sama
- Dengan penjelasan tersebut di atas, kami berharap Bapak/Ibu/Saudara bersedia menjadi responden penelitian ini. Atas kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Surabaya,2012

Yang Menerima Penjelasan

Peneliti,

.....

Chilyatiz Zahroh, S.Kep, Ns

Saksi

INFORMED CONSENT
(PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN)

Setelah mendapatkan penjelasan yang telah saya mengerti dan pahami dengan baik,
saya

Nama :
 Alamat :
 Status :
 Usia :

Bahwa saya menyatakan setuju dengan sukarela ikut berperan sebagai subyek dalam penelitian yang berjudul **“Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Peningkatan Sistem Kekebalan Tubuh Anggota Keluarga Risiko Tinggi TB.”**
Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran.

Surabaya,2012

Yang Membuat Pernyataan

Mengetahui
Peneliti,

.....

Chilyatiz Zahroh, S.Kep, Ns.

Format Pengumpulan Data

Judul : Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Peningkatan Sistem Kekebalan Tubuh Anggota Keluarga Resiko Tinggi TB

Tanggal :
No. Responden :
Peneliti : Chilyatiz Zahroh

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama
2. Berikanlah tanda (√) dalam sesuai pilihan Anda
3. Dalam penilaian ini tidak ada salah atau benar
4. Setelah terisi semua, formulir moho diserahkan kembali

DATA DEMOGRAFI

1. Usia

- 26 – 40 tahun
 41 - 55 tahun
 56 – 70 tahun

2. Pendidikan

- SMP
 SMA
 Diploma
 Sarjana

3. Lama merawat Penderita

- 3 bulan
 4 bulan
 5 bulan
 6 bulan

Lembar Observasi

Lingkungan Rumah

1. Sirkulasi udara / Jendela

- Baik
- Cukup
- Kurang

2. Sinar matahari

- Masuk
- Tidak masuk

3. Kelembaban

- Lembab
- Kering

Kisi – kisi angket persepsi

Variable penelitian	Sub Variable/ dimensi	Indikator	Sub Indikator	Jumlah Pertanyaan
Persepsi	Spiritual	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Religious belief</i> • <i>Religious practice</i> • <i>Religious feeling</i> • <i>Religious knowledge</i> • <i>Religious effect</i> 	<p>Keyakinan terhadap Allah</p> <p>Tindakan yang dilakukan (berdoa)</p> <p>Pengalaman yang semakin meningkatkan keimanan</p> <p>Pengetahuan tentang elemen pokok iman/agama</p> <p>Mewujudkan tindakan iman (<i>act of faith</i>) dalam kehidupan sehari-hari</p>	<p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p>
	Pengetahuan preventif penularan TB	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menutup mulut dan hidung saat batuk atau bersin dengan menggunakan tisu/tangan 2) Membakar tisu yang telah digunakan menutup mulut saat dahak 3) Mencuci tangan dengan menggunakan sabun 4) Membuang dahak dengan cara yang benar, yaitu berdahak pada tisu kemudian tisu dibuang di dalam kantong plastik dan dibakar setelah beberapa hari 5) Membuka jendela/ventilasi rumah pada pagi – siang hari 		7

Angket

Tanggal :

No. Responden :

Berilah tanda (√) pada kolom yang telah tersedia

Keterangan:

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	TB ditularkan melalui batuk/bersin penderita				
2	Saya bercakap – cakap dengan penderita dengan cara berhadapan				
3	Saya mengingatkan keluarga saya untuk menutup mulut ketika batuk/bersin dengan tangan/tisu				
4	Saya mengingatkan keluarga saya untuk segera mencuci tangan dengan sabun setelah batuk/bersin				
5	Saya mengingatkan keluarga saya untuk membuang dahak dengan benar				
6	Saya takut tertular jika berdekatan dengan keluarga saya yang sakit				
7	Saya selalu membuka jendela rumah setiap pagi – sore hari				
8	Saya terpaksa merawat keluarga saya yang sakit TB (5)				
9	Saya selalu mendoakan kesembuhan saudara dan keluarga saya (2)				
10	Saya yakin Allah selalu bersama orang – orang yang sabar (1)				
11	Saya merasa enggan merawat keluarga saya yang sakit (5)				
12	Saya tidak malu melakukan aktivitas bersama keluarga saya yang sakit TB (3)				
13	Saya cenderung menjauhi/menghindari keluarga saya yang sakit (3)				
14	Saya selalu mendoakan kesembuhan keluarga saya (2) Saya selalu berdoa untuk kesehatan saya (1)				
15	Saya selalu mengingatkan jadwal berobat keluarga saya (2)				
16	Saya yakin Allah menguji saya dengan memberikan keluarga saya yang sakit (3)				
17	Saya mendukung program perawatan untuk keluarga saya (4)				
18	Saya yakin Allah melindungi dan menjaga saya (1)				
19	Saya menerima keluarga saya (penderita TB) dengan lapang dada (5)				
20	Saya menjadi semakin sabar dalam menghadapi ujian dari Allah (sakit pada anggota keluarga) (4)				

**SAP (Satuan Acara Pelaksanaan)
Komunikasi Terapeutik**

Materi : Dimensi Preventif Penularan TB dan Dimensi Spiritual
 Sasaran : Anggota Keluarga Resiko Tinggi TB
 Waktu : 30 – 45 menit

A. Tujuan instruksional

Anggota keluarga resiko tinggi TB dapat mencegah penularan dan tidak mudah tertular

B. Media

Booklet dan Panduan Fase Komunikasi

C. Metode

Tanya Jawab

D. Langkah kegiatan

No	Fase Komunikasi	Kegiatan	Waktu	Kegiatan Perawat	Kegiatan Responden
1	Pra Interaksi	a) Evaluasi diri Perawat mempersiapkan diri dengan: <ul style="list-style-type: none"> - Berpenampilan rapi - Mengatur emosi diri - Memancarkan keikhlasan/ketulusan dalam merawat klien b) Mempersiapkan data/informasi yang dibutuhkan: <ul style="list-style-type: none"> - Nama klien 	3 menit	Persiapan diri	-

		<ul style="list-style-type: none"> - Riwayat penyakit sekarang - Berdiskusi dengan perawat lain yang pernah merawat klien <p>c) Mempersiapkan tempat yang nyaman untuk melakukan komunikasi terapeutik</p>			
2	Perkenalan/orientasi	<p>a) Fase perkenalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Assalamu'alaikum/ selamat pagi Bpk/Ibu X, saya Chilyatiz sering dipanggil Titiz. Saya adalah perawat disini 2) Apakah saya boleh tahu nama Bapak/Ibu? Biasanya dipanggil apa Pak/Bu? 3) Apa kabar Bapak/Ibu? 4) Apakah kita boleh berbincang – bincang dengan Bapak/Ibu tentang kondisi Bapak/Ibu dan keluarga? <p>b) Membangun Kepercayaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bagaimana kondisi Bapak/Ibu sekarang? 2) Disini saya menjalankan program pencegahan dan pengendalian penyakit Tuberkulosis 3) Bapak/Ibu tidak perlu khawatir, segala informasi Bapak/Ibu akan menjadi rahasia kita berdua saja <p>c) Mengidentifikasi masalah klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah yang Bapak/Ibu ketahui mengenai penyakit TB? 2) Sudah berapa lama Bapak/Ibu merawat penderita TB? 3) Bagaimana perasaan Bapak/Ibu saat merawat penderita TB? 	5 menit	<p>Memberi salam Berjabat tangan</p> <p>Bertanya</p> <p>Mengklarifikasi</p> <p>Menanyakan pertanyaan terkait</p> <p>Pertanyaan terbuka</p>	<p>Menjawab salam Berjabat tangan</p> <p>Menjawab pertanyaan</p> <p>Menjawab dan menunjukkan penerimaan</p> <p>Menjawab pertanyaan</p> <p>Menjawab pertanyaan</p>

3	Kerja	<p>a) Karena TB adalah penyakit yang menular melalui batuk dan bersin penderita, maka ada beberapa hal yang perlu Bapak/Ibu perhatikan dalam mencegah penularan TB , yang pertama, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengajarkan dan mengingatkan cara bersin/batuk yang benar 2) Cara membuang dahak 3) Cara mencuci tangan 4) Lingkungan Rumah <p>b) Dengan demikian Bapak/Ibu turut berpartisipasi dalam upaya pencegahan dan penularan TB.</p> <p>c) Saya harap Bapak/Ibu tidak bosan untuk mengingatkan penderita.</p> <p>d) Pencegahan yang kedua berasal dari dalam diri kita sendiri sebagai orang yang merawat penderita.</p> <p>e) Bapak/Ibu, kita akan mudah sakit jika kita tidak bisa mengatur emosi dan kondisi.</p> <p>f) Penyakit TB akan mudah menular kepada kita jika kita tidak mampu mengelola pikiran dan emosi kita dalam merawat penderita TB</p> <p>g) Untuk mengelola pikiran dan emosi saat merawat penderita TB dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Yakin bahwa Sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar. (Q.S. 8 : Al Anfaal : 46), 2) Mendoakan kesehatan penderita, diri sendiri, dan seluruh anggota keluarga dengan sepenuh hati, serta hanya kepada Allah-lah tempat meinta pertolongan 	25 menit	Memberikan informasi	Mendengarkan,
---	-------	--	----------	----------------------	---------------

		<p>3) Allah akan menolong hamba-Nya, selama hamba itu menolong saudaranya (H. R. Bukhori)</p> <p>4) Sangat menakjubkan orang mu'min, segala urusannya dianggap baik. Hal itu tidak akan terjadi, kecuali pada orang mu'min. jika mnendapatkan kesenangan, ia bersyukur, itu adalah baik baginya. Dan jika ditimpa kesulitan, ia bersabar, maka itupun lebih baik baginya (H. R. Muslim)</p> <p>5) Merawat penderita dengan ikhlas dan sabar, serta mendukung program perawatan penderita</p>			
4	Terminasi	<p>a) Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah berbincang-bincang dengan saya?</p> <p>b) Setelah ini apa yang akan Bapak/Ibu lakukan untuk dapat mencegah penularan dan tidak mudah tertular penyakit TB?</p> <p>c) Hikmah apa yang bisa Bapak/Ibu ambil dari perbincangan kita ini?</p> <p>d) Saya berharap perbincangan kita ada manfaatnya untuk Bapak/Ibu maupun untuk saya</p> <p>e) Besok pagi saya akan berkunjung ke rumah Bapak/Ibu untuk pemeriksaan darah Bapak/Ibu, jam berapa saya bisa menemui Bapak/Ibu?</p> <p>f) Sampai bertemu besok, Semangat Pak/Bu!!!</p> <p>g) Assalamu'alaikum</p>	7 menit	<p>Pertanyaan terbuka, diam, memberikan kesempatan klien untuk menguraikan persepsi</p> <p>Membuat janji untuk pertemuan selanjutnya</p> <p>Mengucap salam</p>	<p>Menjawab pertanyaan, menceritakan perasaan</p> <p>Menjawab pertanyaan</p> <p>Menjawab salam</p>

Pertemuan Kedua

No	Fase Komunikasi	Kegiatan	Waktu	Kegiatan perawat	Kegiatan Responden
1	Pra interaksi	a) Evaluasi diri Perawat mempersiapkan diri dengan: - Berpenampilan rapi - Mengatur emosi diri - Memancarkan keikhlasan/ketulusan dalam merawat klien	3 menit	Persiapan diri	-
2	Orientasi	b) Assalamu'alaikum c) Bagaimana keadaan Bapak/Ibu pagi ini? d) Apakah Bapak/Ibu bisa tidur nyenyak tadi malam?	5 menit	Salam dan bertanya kabar	Menjawab salam & pertanyaan
3	Kerja	e) Apa yang bapak/ibu lakukan setelah kita berbincang-bincang kemarin? f) Review pengetahuan pencegahan penularan TB dan dimensi spiritual (penerimaan terhadap penderita TB, mendoakan penderita TB, diri sendiri dan keluarga) g) Apakah ada perubahan yang bapak/ibu rasakan? h) Sekali lagi, kunci untuk tidak mudah tertular adalah berasal dari diri sendiri dulu, adanya ilmu tentang cara pencegahan dan kondisi ikhlas dalam merawat penderita → akan menjadikan kita lebih sehat Penekanan komunikasi sesuai dengan masalah yang ditemukan pada responden	20 – 30 menit	Mengklarifikasi kegiatan Meringkas	Menjawab pertanyaan Mendengarkan dan klarifikasi Menjelaskan
4	Terminasi	i) Apakah ada yang ingin bapak/ibu tanyakan? j) Saya bersedia membantu bapak/ibu terkait dengan	7 menit	Mengklarifikasi	Bertanya

	<p>kesehatan keluarga bapak/ibu</p> <p>k) Selanjutnya kapan kita bertemu lagi untuk berdiskusi kembali?</p> <p>l) Baik, saya pamit dulu, jangan bosan untuk terus mengingatkan dan mendukung perawatan TB untuk penderita</p> <p>m) Assalamu'alaikum wr wb</p>		<p>Membuat janji untuk pertemuan selanjutnya</p> <p>Mengucap salam</p>	<p>Menjawab pertanyaan</p> <p>Menjawab salam</p>
--	--	--	--	--

Pertemuan Ketiga

No	Fase Komunikasi	Kegiatan	Waktu	Kegiatan perawat	Kegiatan Responden
1	Pra interaksi	<p>a) Evaluasi diri</p> <p>Perawat mempersiapkan diri dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berpenampilan rapi - Mengatur emosi diri - Memancarkan keikhlasan/ketulusan dalam merawat klien 	3 menit	Persiapan diri	-
2	Orientasi	<p>b) Assalamu'alaikum</p> <p>c) Bagaimana keadaan Bapak/Ibu pagi ini?</p> <p>d) Apakah Bapak/Ibu bisa tidur nyenyak tadi malam?</p>	5 menit	Salam dan bertanya kabar	Menjawab salam & pertanyaan
3	Kerja	<p>e) Apa yang bapak/ibu lakukan setelah kita berbincang-bincang kemarin?</p> <p>f) Review pengetahuan pencegahan penularan TB dan dimensi spiritual (penerimaan terhadap penderita TB, mendoakan penderita TB, diri sendiri dan keluarga)</p> <p>g) Apakah ada perubahan yang bapak/ibu rasakan?</p> <p>h) Sekali lagi, kunci untuk tidak mudah tertular adalah</p>	20 – 30 menit	<p>Mengklarifikasi kegiatan</p> <p>Meringkas</p>	<p>Menjawab pertanyaan</p> <p>Mendengarkan dan klarifikasi</p> <p>Menjelaskan</p>

		berasal dari diri sendiri dulu, adanya ilmu tentang cara pencegahan dan kondisi ikhlas dalam merawat penderita → akan menjadikan kita lebih sehat Penekanan komunikasi sesuai dengan masalah yang ditemukan pada responden			
4	Terminasi	i) Apakah ada yang ingin bapak/ibu tanyakan? j) Saya bersedia membantu bapak/ibu terkait dengan kesehatan keluarga bapak/ibu k) Baik, saya pamit dulu, jangan bosan untuk terus mengingatkan dan mendukung perawatan TB untuk penderita dan senyum + ikhlas = ibadah, dengan demikian kita menjadi lebih sehat l) Assalamu'alaikum wr wb	7 menit	Mengklarifikasi Mengucap salam	Bertanya Menjawab salam

E. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- a. Sarana dan prasarana yang dibutuhkan lengkap
- b. Kontrak dengan anggota keluarga resiko tinggi TB dilakukan sehari sebelum kegiatan

2. Evaluasi Proses

- a. Anggota keluarga resiko tinggi TB mengikuti sesi komunikasi terapeutik secara utuh
- b. Kegiatan berlangsung sesuai dengan waktu yang telah ditentukan

3. Evaluasi Hasil

Seluruh anggota keluarga resiko tinggi TB memiliki persepsi yang positif dalam merawat penderita

Booklet

Dimensi Preventif Penularan TB



Dimensi Spritualitas

Magister Keperawatan Unair

Bekerjasama dengan
Puskesmas Wonokromo Surabaya

1. Etika Batuk/Bersin



Tutup mulut dan hidung dengan menggunakan tisu atau saputangan



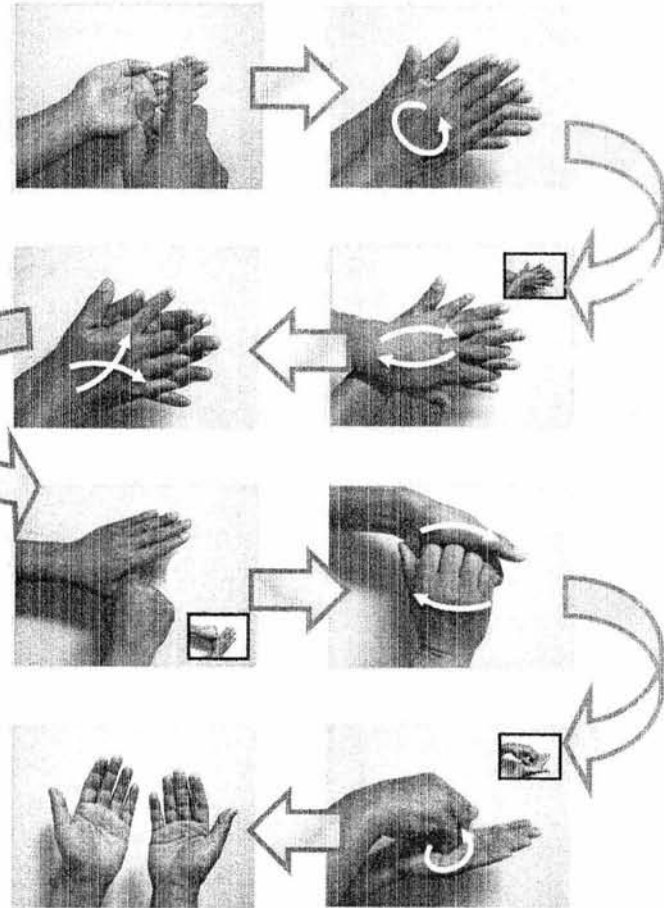
Buang tisu pada tempat sampah tertutup



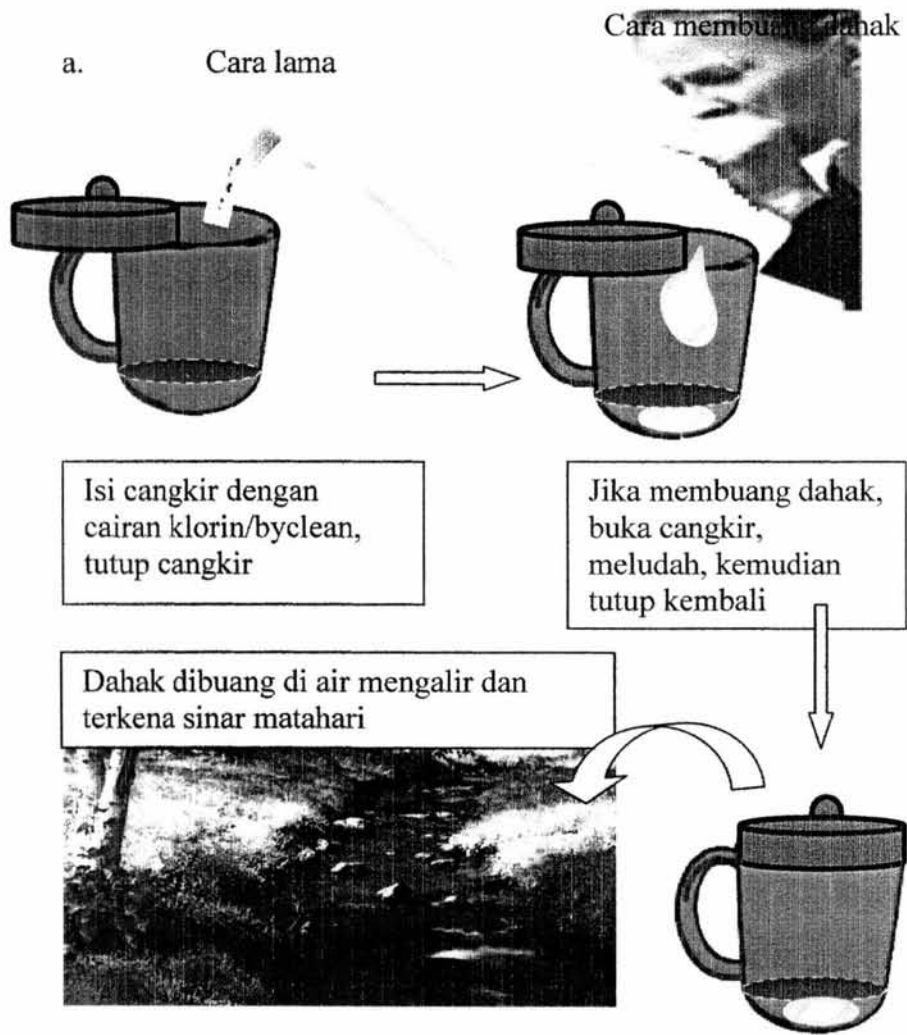
Segera cuci tangan dengan menggunakan sabun

(PPI RSU Haji Surabaya, 2011)

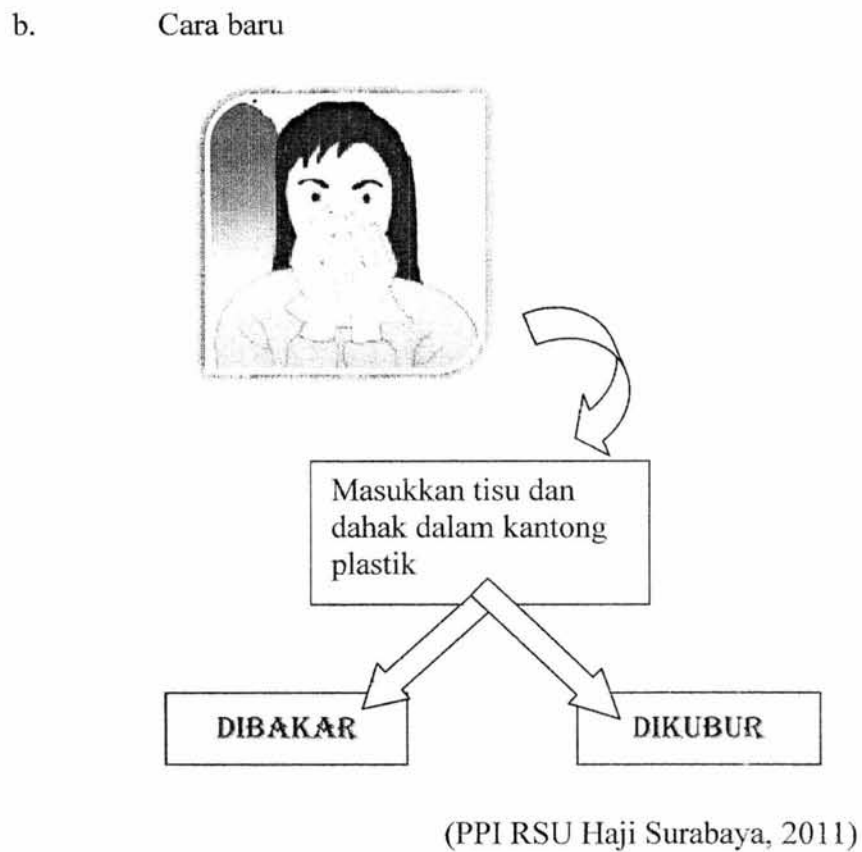
2. Cuci tangan



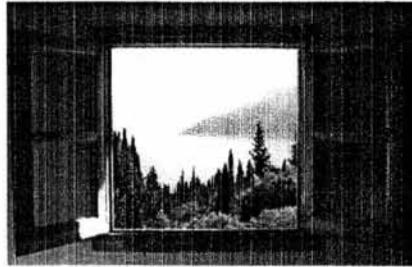
(PPI RSU Haji Surabaya, 2011)



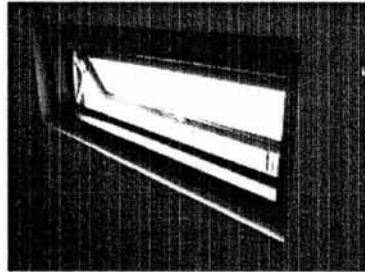
(PPI RSU Haji Surabaya, 2011)



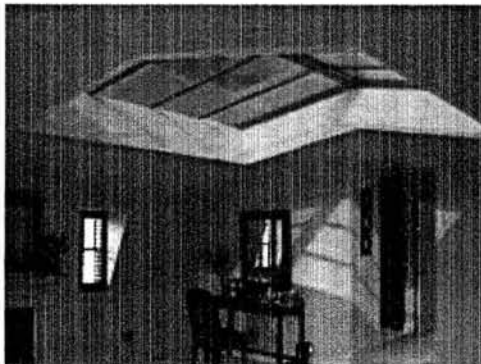
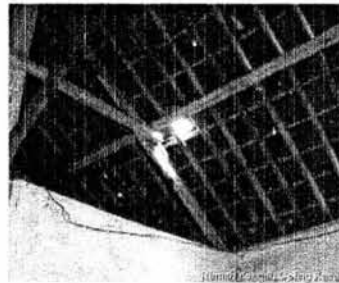
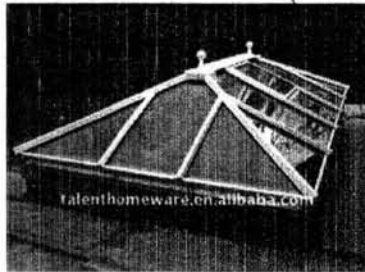
membuka ventilasi udara



kondisi rumah



sinar matahari dapat masuk rumah



Dimensi Spiritualitas

1. Keyakinan terhadap Allah
 - a. Sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar. (Q.S. 8 : Al Anfaal : 46)
 - b. Aisyah berkata: “Aku belum pernah melihat seorang pun yang lebih parah sakitnya melebihi Rosulullah (H. R. Abu Ya’la al-Mushibi)



2. Tindakan yang dilakukan (berdoa)



- a. Hanya kepadaMu kami menyembah dan hanya kepadaMu kami memohon pertolongan (Q.S. 1 : Al Fatikha : 5)
- b. Dan apa saja ni`mat yang ada pada kamu, maka dari Allah-lah (datangnya), dan bila kamu ditimpa oleh kemudharatan, maka hanya kepada-Nya-lah kamu meminta pertolongan. (Q.S. 16 : An Nahl : 53).

3. Pengalaman yang semakin meningkatkan keimanan
- Aku ada disisi prasangka hambaKu. Allah akan menolong hamba-Nya, selama hamba itu menolong saudaranya (H. R. Bukhori)

4. Pengetahuan tentang elemen pokok iman/agama



- Sangat menakjubkan orang mu'min, segala urusannya dianggap baik. Hal itu tidak akan terjadi, kecuali pada orang mu'min. jika mnendapatkan kesenangan, ia bersyukur, itu adalah baik baginya. Dan jika ditimpa kesulitan, ia bersabar, maka itupun lebih baik baginya (H. R. Muslim)

- Sesungguhnya Allah tidak menerima suatu amal perbuatan, kecuali amalan yang disertai dengan keikhlasan, dan mengharapkan keridhaanNya (H. R. an – Nasa'i)

5. Mewujudkan tindakan iman (*act of faith*) dalam kehidupan sehari-hari



- Merawat penderita dengan ikhlas dan sabar
- Mendukung program perawatan penderita



One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		KORT.SEB	KORT.SES	HSP70.PR	HSP70.PO	Persp.PR	Persp.PO
N		10	10	10	10	10	10
Normal Parameters(a,b)	Mean	12.060	9.587	220.100	260.100	54.900	70.300
	Std. Deviation	4.2709	3.3160	47.7341	61.9165	3.1073	6.7831
Most Extreme Differences	Absolute	.123	.146	.153	.256	.150	.287
	Positive	.123	.146	.153	.165	.150	.287
	Negative	-.122	-.115	-.138	-.256	-.150	-.238
Kolmogorov-Smirnov Z		.389	.463	.484	.811	.476	.907
Asymp. Sig. (2-tailed)		.998	.983	.973	.527	.977	.384

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Analisis Data Persepsi

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Persepsi.sebelum	54.900	10	3.1073	.9826
Persepsi.sesudah	70.300	10	6.7831	2.1450

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Persepsi.sebelum & Persepsi.sesudah	10	.761	.011

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	Persepsi.sebelum - Persepsi.sesudah	-15.4000	4.8580	1.5362	-18.8752	-11.9248	-10.025	9	.000

Analisis Data Kortisol

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Kort.sesudah	9.587	10	3.3160	1.0486
Kort.sebelum	12.060	10	4.2709	1.3506

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Kort.sesudah & Kort.sebelum	10	.950	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Kort.sesudah - Kort.sebelum	-2.4730	1.5281	.4832	-3.5661	-1.3799	-5.118	9	.001

Analisis Data Hsp70

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Hsp70.sebelum	220.100	10	47.7341	15.0948
	Hsp70.sesudah	260.100	10	61.9165	19.5797

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Hsp70.sebelum & Hsp70.sesudah	10	.800	.005

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Hsp70.sebelum - Hsp70.sesudah	-40.0000	37.1573	11.7502	-66.5807	-13.4193	-3.404	9	.008

Responden 1

Dimensi pengetahuan

“Awal kejadian, anak saya pulang sholat isya’ jamaah di masjid, setelah sampai rumah kok dia muntah dan itu langsung keluar warna merah, kalau ditampung mungkin ada setengah gelas.”

“Saya ya kaget, anak ini ngak pernah sakit apa-apa kok tiba – tiba muntah seperti itu, langsung saya bawa ke rumah sakit, di sana langsung diperiksa dan kata dokter anak saya sakit TB, tapi Ibu tenang saja TB bias disembuhkan.”

“sudah saya hanya diberi tahu itu saja dan untuk seterusnya anak saya disuruh control dan mengambil obat di puskesmas Wonokromo, biar dekat dan ngirit biaya katanya.”

Dimensi spiritual

“awalnya ya percaya gak percaya mbak,, dapat sakit itu dari mana?”

“ndak ada keluarga saya yang sakit seperti ini, yang merokok juga ngak ada”

“anaknya saya Tanya dan saya marahi, bergaul sama siapa, apa ada temannya yang sakit seperti kamu?”

“malahan tetangga bilang penyakit kutukan, saya jadi mikir,, wong saya yo sholat, puasa, yo zakat,, kenapa saya dikutuk?”

“sampai stress saya mbak,, ngak keluar rumah tiga hari.”

“saya kira sudah dewasa jadi tau harus minum obat rutin selama 6 bulan, ternyata saya kecolongan mbak,, dia ngak minum obat, untung belum terlambat jadi ngak sampai pake suntikan seperti yang dikatakan pak amin di Puskesmas.”

“mulai saat itu, seriap hari saya ingatkan bahkan sampai saya marah, ngomel – ngomel sendiri.”

Responden 2

Dimensi pengetahuan

“Awalnya sangat sulit saya merayu Bapak untuk mau periksa di Puskesmas Wonokromo karena batuk, saya takut seperti saudara di Madura yang kasep (terlambat) untuk berobat”.

“Sampai di Puskesmas, bertemu dengan Pak Amin (Perawat). “Saya, langsung dibawa ke lantai 2, disana saya dan Bapak ditanya mengenai penyakit Bapak, kemudian Bapak disuruh meludah di wadah dan saya disangoni dua wadah lain untuk meludah pagi (bangun tidur) dan yang satunya untuk sewaktu-waktu.”

“Setelah didata, kami diberi tahu bahwa pengobatan untuk Bapak selama 6 bulan dan jangan sampai putus karena kalau putus pengobatan dimulai dari awal dan ditambah suntikan.”

” Kata perawat Puskesmas, Bapak sakit TBC, yaitu sakit batuk yang lama, kadang – kadang dahaknya merah dan berat badan turun, tapi tenang saja penyakit ini bisa sembuh asal Bapak rajin minum obat. Jadi mulai sekarang kalau batuk Bapak harus menutup mulut dan membuang ludah di kamar mandi dan disiram, kemudian cuci tangan.”

“Kemudian saya diberi satu dos susu dan dua lembar obat, harus diminum setiap hari dan sebelum pulang diberi tanggal kontrol untuk mengambil obat.”

“Saya selalu mengingatkan suami saya, untuk tutup mulut saat batuk, seperti yang dijelaskan perawat puskesmas.”

Dimensi Spiritual

“Begini mbak, masalah muncul ketika kontrol, suami saya selalu tidak mau diajak kontrol, alasannya ngantuk karena bekerja dimalam hari”

“Jadi kalau pas waktu control atau mengambil obat selalu bertengkar, dan akhirnya saya berangkat sendiri ke Puskesmas hanya untuk mengambilkan obatnya”

“Hal itu berlangsung sampai bulan ke enam, pada awalnya ya terpaksa tapi akhirnya karena saya ingin suami saya sembuh, ya sudah saya mengalah”

Responden 3

Dimensi pengetahuan

“saya ndak pernah mengingatkan istri saya, malah dia yang selalu bilang ke saya untuk menjaga kesehatan agar tidak sakit seperti dia.”

“istri saya selalu cerita tentang informasi yang dia dapat di Puskesmas”

“saya hanya mengingatkan makan yang banyak, minum obat teratur, dan jangan terlalu capek”.

Dimensi spiritual

“istri saya bilang kalau dia sakit batuk dan harus berobat 6 bulan”

“saya ndak tahu kapan harus control dan ambil obat, saya cuma ngantar, itupun kalau saya sempat kalau gak sempat ya dia berangkat sendiri”

“ya ndak apa – apa mbak, wong sakit batuk ada obatnya dan bisa sembuh”

“Ya saya doakan juga untuk cepat sembuh”

Responden 4 & 5

Dimensi Pengetahuan

“Awalnya ibu saya yang cerita kalau adek sakit TBC.”

“Selama ini ya kalau adek batuk ya batuk aja, kalau bersin ya bersin aja, kalau buang dahak kadang di kamar mandi, ya kadang di depan (di got atau di tanaman), ya di sembarang tempat.”

Dimensi spiritual

“Dulu semua orang rumah menyalahkan adek, termasuk kita berdua karena adek tidak bisa diberitahu alias bandel, sudah diberitau untuk tidak bergaul dengan tetangga yang sakit batuk, masih saja diajak tidur bersama, makan minum satu tempat, solidaritas teman katanya.”

“setiap hari selalu kami larang bergaul dengan orang itu, tapi tetap saja tidak berubah, sampai akhirnya sakit dan kami bilang kalau ingin sembuh harus jauh menjauhi orang itu.”

“kadang juga kami marahi, batuknya itu mengganggu orang tidur malam hari, kalau sudah begitu kami yang pindah ke luar atau adek yang kami suruh tidur di luar.”

Responden 6 & 7

Dimensi pengetahuan

“awalnya bapak itu batuk – batuk, kemudian batuknya ada dahaknya, saya kaget dahaknya warna merah, setelah itu bapak langsung saya bawa ke Rumah sakit, disana langsung di foto dada dan diperiksa dahaknya.”

“saat itu, langsung saya diberi obat dan dbolehkan pulang dan diberi tahu untuk selanjutnya control di Puskesmas, saya diberi kertas putih yang isinya surat untuk Puskesmas Wonokromo dan tanggal control ke Puskesmas.”

“saya dan anak sampai capek memberitau Bapak, terutama itu lho,, kalau buang dahak suka disebarkan tempat.”

“Sebenarnya saya juga kasian melihat bapak, tapi bapak itu orangnya keras kepala, kalau diingatkan malah saya dimarahi.”

Dimensi spiritual

“Ini sudah control dan ambil obat di Puskesmas sebanyak tiga kali.”

“Kalau sudah waktunya control pasti saya ingatkan dan saya pasti dimarahi”

“Jengkel saya ini, kadang itu mbak obatnya tidak diminum tapi disembunyikan di bawah bantal, gitu kalau diingatkan tambah marah, saya juga jadi ikut marah, kalau sudah begitu saya tinggal saja bapak.”

“Kalau tidak itu bapak saya, mungkin sudah saya tinggal mbak, sudah tidak saya ingatkan lagi dan saya ndak mau ngantar ke Puskesmas untuk ngambil obat, wong bapak naik sepeda motor sendiri atau naik becak”

“saya itu terganggu samapi ndak bisa tidur kalau dengar batuknya bapak, ya kasian,, bapak sendiri juga ndak bisa tidur, tapi kalau diingatkan atau diberi tau sulit sekali.”

“coba mbak, besok sampean yang ngomong ke bapak.”

Responden 8 & 9

Dimensi Pengetahuan

“bapak itu dulu dinas di luar jawa, disana sakit batuk sampai kurus sekali setelah itu pulang.”

“Sampai di Surabaya, baru diperiksa ke Puskesmas”

“bapak berangkat sendiri untuk periksa”

“saya tanya sakit apa, dijawab ndak tau, tapi saya baca kertas kuning dari puskesmas disitu ada tulisannya TBC, terus bapak bilang diberi obat banyak, suruh minum setiap hari jangan sampai putus, di kertas itu juga ada tanggal untuk ambil obat lagi sebelum obatnya habis.”

Dimensi spiritual

“bapak itu orangnya diam, jarang sekali cerita – cerita.”

“kalau bapak ndak cerita ya saya juga ngak tanya, jadi ya jalan sendiri – sendiri mbak.”

“repot sendiri – sendiri mbak, saya ya repot, ibu juga repot”

“ya, saya cuma bilang kalau ingin segera sembuh ya minum obat teratur, apa yang dikatakan petugas Puskesmas dijalani.”

Responden 10

Dimensi pengetahuan

“ya saya ndak tau kalau itu penyakit menular.”

“yang saya tau, kalau ada obatnya berarti bias disembuhkan”

“karena suami saya marah – marah, jadinya saya sebentar di puskesmas, jadi ya belum sempat dijelaskan apa – apa sama pak amin.”

Dimensi spiritual

“suami saya itu sakit batuk, sudah sembuh terus kambuh lagi, sembuh lagi terus sakit lagi,,, begitu terus selama 2 minggu.”

“ya saya curiga, setiap kali saya ajak ke Puskesmas ndak mau, alasannya nanti telat ke pabrik,,, pas dia masuk sore juga ndak mau saya ajak ke Puskesmas alasannya sudah ndak batuk.”

“bingung saya mbak,,, gimana caranya supaya dia mau saya ajak periksa ke Puskesmas,”

“akhirnya saya alasan sakit dan minta tolong diantar ke Puskesmas.”

“suami saya mau, jadi saat saya diperiksa, dia saya suruh masuk dan ikut diperiksa juga sama pak amin, kemudian langsung disuruh meludah di tempat kecil, dan suami saya dibawakan tempat kecil lagi untuk ludah besok pagi bangun tidur katanya.”

“setelah itu suami saya marah – marah mbak,,, ya bilang dibohongi lah dan lain – lain.”

“akhirnya selama pengobatan saya terus yang mondar – mandir puskesmas ngantar dahak, ngambil obat dan susu.”

“setiap saya ajak ngambil obat, saya dimarahi, katanya itu kan kemauanmu,,,”