

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP DUKUNGAN KELUARGA DALAM KEPATUHAN PENGOBATAN PASIEN TBC PARU DI BALAI PEMBERANTASAN & PENCEGAHAN PENYAKIT PARU PAMEKASAN.

PENELITIAN *QUASY EKSPERIMENT*

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

MINNAH MARZUQI

NIM : 010730435 B

FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2009

LEMBAR PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, Pebruari 2009

Yang Menyatakan



Minnah Marzuqi
010730435B

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 9 FEBRUARI 2009

Oleh

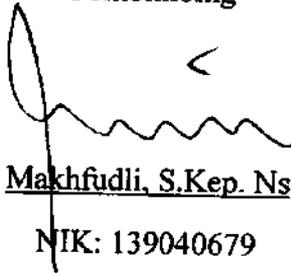
Pembimbing Ketua



Esti Yunitasari, S.Kp., M. Kes.

NIP: 132306153

Pembimbing

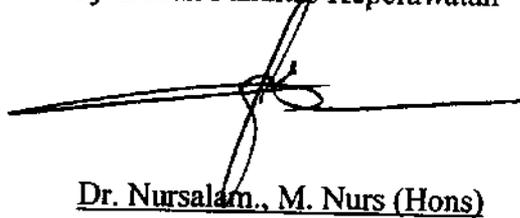


Makhfudli, S.Kep. Ns

NIK: 139040679

Mengetahui

Pj. Dekan Fakultas Keperawatan



Dr. Nursalam., M. Nurs (Hons)

NIP: 140238226

LEMBAR PENGESAHAN

Telah diuji

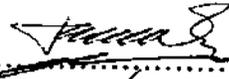
Pada tanggal 12 Pebruari 2009

PANITIA PENGUJI

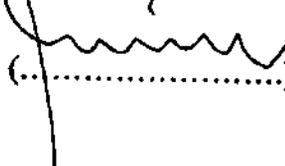
KETUA : Harmayetty, S.Kp., M.Kes

(..........)

ANGGOTA : 1. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes

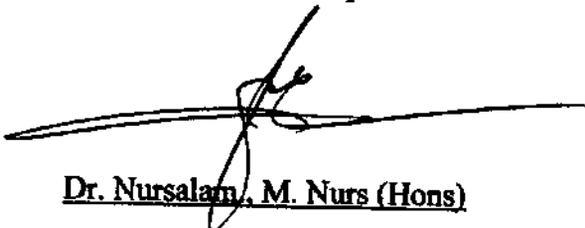
(..........)

2. Makhfudli, S.Kep. Ns

(..........)

Mengetahui

Pj. Dekan Fakultas Keperawatan



Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)

NIP: 140238226

MOTTO

*Meskipun ada resiko di setiap kejadian tetapi resiko justru lebih
bernilai di bandingkan dengan rasa takut untuk mencoba*

Karya ini ku persembahkan untuk:

Ayahanda tercinta Marzuqi Djufri, ibunda Fauziyah M

dan adik-adikku (Nila, Ikhwan dan oca)

Sahabat2 ku yang selalu menemaniku dalam suka dan duka,

Semoga ALLAH SWT selalu membimbing kita bersama dalam

menyelami ilmu-ilmunya.

UCAPAN TERIMAKASIH

Alhamdulillah segala puji dan syukur kepada sumber ilmu pengetahuan, pilar nalar kebenaran dan kebaikan yang terindah, sang penabur cahaya ilham, Allah S.W.T. atas segala taufik dan hidayah-Nya sehingga skripsi yang berjudul "Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan Pasien TBC Paru di BP4 Pamekasan" dapat diselesaikan.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Dr. Nursalarn., M. Nurs (Hons) selaku Pj. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Esty Yunitasari, S.Kp., M. Kes. Pembimbing yang penuh dengan perhatian dan kesabaran telah memberikan motivasi serta saran.
3. Makhfudli, S.kep., Ns. Selaku pembimbing kedua yang telah memberikan saran dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Harmayetty, S.Kp., M. Kes. Penguji yang telah memberikan saran dalam kesempurnaan skripsi ini.
5. Staf Dosen dan bagian Kependidikan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
6. Bapak, Ibu dan adik-adik yang telah memberikan dorongan dan bantuan yang tak terhingga baik berupa moril maupun materiil serta kasih sayangnya sampai saat ini.

7. Responden yang telah memberikan partisipasinya dalam penelitian ini.
8. Rekan mahasiswa angkatan B10 Program Studi Ilmu Keperawatan UNAIR dan seluruh pihak yang telah membantu kelancaran penelitian ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Kami menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan karena keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki peneliti dan faktor lainnya, untuk itu masukan dan kritik yang sifatnya membangun sangat diperlukan untuk kesempurnaan dalam penelitian ini

Surabaya, Pebruari 2009

Penulis,

ABSTRACT

THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION ON FAMILY SUPPORT IN PATIENT TUBERCULOSIS OBEDIENCE TREATMENT

A Quasy experimental Study in BP4 Pamekasan

By: Mianah Marzuqi

Tuberculosis is epidemic disease. Treatment of tuberculosis need a long time atleast 6-8 month. Actually tuberculosis can be cured, but much of the patient have drop out . Health education on family support is expected to be able to reduce amount of drop out. The objective of this study was to analyze the effect of health education on family support in patient tuberculosis obedience treatment.

This was a Quasy-experimental study. The population was family with tuberculosis treated at BP4 Pamekasan. Sample size was 12 responden who met the inclusion criteria. Six persons served as treatment group and six others served as control group. Data were collected using questionnaire and analyzed by Wilcoxon Signed Rank Test and Mann-whitney U test with significance level of less then 0,05.

The result of Wilcoxon Signed Rank Test revealed $P= 0,01$ for family support before and after intervention in treatment group, and $P= 1,00$ in control group. The Mann-whitney U test showed $P= 0,002$ for family support after health education to treatment and control group.

It can be conclude that health education on family support has effect in obtaining family support in patient tuberculosis obedience treatment.

Keyword: Health education, Family support, Tuberculosis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar pengesahan.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terimakasih.....	vi
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar singkatan.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Teoritis.....	5
1.4.2 Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan.....	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Tujuan pendidikan kesehatan.....	6
2.1.3 Proses pendidikan kesehatan.....	7
2.1.4 Ruang lingkup pendidikan kesehatan.....	8
2.1.5 Faktor yang mempengaruhi pendidikan kesehatan.....	11
2.1.6 Metode pendidikan kesehatan.....	12
2.1.7 Alat bantu (peraga).....	13
2.2 Konsep Perilaku.....	15
2.2.1 Definisi perilaku.....	15
2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku.....	16
2.2.3 Domain perilaku.....	16
2.2.4 Proses adopsi perilaku.....	21
2.3 Konsep Keluarga.....	21
2.3.1 Definisi keluarga.....	21
2.3.2 Macam-macam bentuk keluarga.....	22
2.2.3 Fungsi keluarga.....	23
2.3.4 Tugas-tugas keluarga.....	24
2.3.5 Dukungan sosial keluarga.....	28
2.3.6 Jenis-jenis dukungan keluarga.....	29
2.3.7 Hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan.....	30

2.4 Tuberkulosis Paru.....	31
2.4.1 Definisi.....	31
2.4.2 Etiologi.....	31
2.4.3 Patofisiologi.....	32
2.4.4 Proses penularan.....	33
2.4.5 Pencegahan.....	34
2.4.6 Manifestasi klinik.....	36
2.4.7 Komplikasi pada penderita tuberkulosis.....	38
2.4.8 Tes diagnostik.....	39
2.4.9 Klasifikasi penyakit dan tipe penderita.....	41
2.4.10 Pengobatan TB.....	44
2.4.11 Keberhasilan dan kegagalan pengobatan.....	53
2.5 Kepatuhan.....	54
2.5.1 Definisi.....	54
2.5.2 Faktor yang mendukung kepatuhan pasien.....	55
2.5.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan.....	58
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	
3.1 Kerangka Konseptual.....	59
3.2 Hipotesis.....	60
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	61
4.2 Kerangka kerja.....	63
4.3 Populasi, Besar sampel dan Teknik sampling.....	64
4.3.1 Populasi.....	64
4.3.2 Besar sampel.....	64
4.3.3 Teknik sampling.....	64
4.4 Identifikasi Variabel.....	65
4.4.1 Variabel Independen.....	65
4.4.2 Variabel Dependen.....	65
4.5 Definisi Operasional.....	65
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan data.....	66
4.6.1 Instrumen penelitian.....	66
4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian.....	67
4.6.3 Prosedur pengambilan data.....	67
4.6.4 Analisis data.....	69
4.7 Etik Penelitian.....	70
4.7.1 <i>Informed consent</i>	71
4.7.2 <i>Anonimity</i> (tanpa nama).....	71
4.7.3 <i>Confidentiality</i> (Kerahasiaan).....	71
4.8 Keterbatasan.....	72

BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian.....	73
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	73
5.1.2 Data umum.....	76
5.1.3 Data khusus.....	83
5.2 Pembahasan.....	85
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	89
6.2 Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA.....	91
LAMPIRAN.....	93

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru.....	59
Gambar 4.1 Model Rancangan Penelitian pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru.....	62
Gambar 4.2 Kerangka Kerja Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan Pasien TBC paru di BP4 Pamekasan.....	63
Gambar 5.1 Peta Kabupaten Pamekasan.....	74
Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan	77
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan Umur pada tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan	78
Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan Riwayat pasien menderita TBC pada tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan.....	79
Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan Pendidikan pada tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan.....	80
Gambar 5.6 Distribusi responden berdasarkan Pekerjaan pada tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan.....	81
Gambar 5.7 Distribusi responden berdasarkan Bentuk keluarga pada tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan	82

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jenis, Sifat dan Dosis OAT.....	46
Tabel 2.2 Dosis untuk Panduan OAT KDT untuk Kategori 1.....	46
Tabel 2.3 Dosis Panduan OAT-Kombipak untuk Kategori 1.....	47
Tabel 2.4 Dosis untuk Panduan OAT KDT Kategori 2.....	48
Tabel 2.5 Dosis Panduan OAT Kombipak untuk Kategori 2.....	48
Tabel 2.6 Dosis KDT untuk sisipan.....	49
Tabel 2.7 Dosis OAT Kombipak untuk Sisipan.....	49
Tabel 2.8 Dosis OAT Kombipak pada anak.....	50
Tabel 2.9 Dosis OAT KDT pada anak.....	50
Tabel 2.10 Efek samping ringan OAT.....	51
Tabel 2.11 Efek samping berat OAT.....	51
Tabel 4.1 Definisi Operasional Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru di BP4 Pamekasan.....	65
Tabel 5.1 Skor kategori dukungan keluarga pre dan post tes pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.....	83
Tabel 5.2 Dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan Pasien TBC paru.....	84

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Penelitian.....	92
Lampiran 2 Surat Rekomendasi Kunjungan Rumah	93
Lampiran 3 Surat Balasan Telah melakukan Penelitian.....	94
Lampiran 4 Lembar Permohonan penelitian.....	95
Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	96
Lampiran 6 Lembar Kuesioner.....	97
Lampiran 7 Satuan Acara Penyuluhan.....	101
Lampiran 8 Materi Pendidikan Kesehatan dan Leaflet.....	108
Lampiran 9 Tabulasi Data Responden.....	118
Lampiran 10 Data Statistik.....	120

DAFTAR SINGKATAN

AVA	: Audio Visual Aids
BB	: Berat Badan
BP4	: Balai Pemberantasan & Pencegahan Penyakit Paru
BTA	: Bakteri Tahan Asam
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
<i>DOTS</i>	: <i>Directly Observed Treatment Shortcourse</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
KDT	: Kombinasi Dosis Tetap
MDR	: <i>Multi Drug Resistent</i>
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
P.P.D	: <i>purified protein derivative</i>
PMO	: Pengawas Menelan Obat
PPTI	: Perhimpunan Pemberantasan Tuberkulosis Indonesia
SPS	: Sewaktu-Pagi-Sewaktu
TB/TBC	: Tuberkulosis
UPK	: Unit Pelayanan Kesehatan

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tuberkulosis adalah penyakit yang epidemik karena kuman mikobakterium tuberkulosis telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia. Penyakit tuberkulosis tidak terkendali pada beberapa Negara di dunia, hal ini disebabkan banyak penderita yang tidak berhasil disembuhkan, terutama penderita yang berpotensi untuk menular (BTA positif) (Iwan, 2007). Sebenarnya penyakit TBC dapat disembuhkan, namun banyak penderita yang menghentikan pengobatan sebelum waktunya. Mereka salah paham, menyangka penyakitnya sudah sembuh karena gejala penyakit telah hilang atau berkurang. Angka *drop out* yang tinggi, pengobatan yang tidak adekuat dan resistensi terhadap OAT (obat anti tuberkulosis) merupakan kendala dalam pengobatan TB paru (Permatasari, 2005). Terapi TBC paru perlu dilaksanakan sedikitnya enam bulan (Sugito, 2003). Dengan meminum obat selama 6-8 bulan secara teratur di pastikan penderita TB sembuh, sehingga penderita tidak kehilangan waktu kerja dan tidak kehilangan produktivitasnya (Depkes, 2006). Berdasarkan data pasien TB paru BP4 Pamekasan mulai bulan Januari sampai dengan September 2008, dari 322 penderita tersebut 54,35 persen penderita *drop out* dari pengobatan. Faktor penyebab penderita gagal berobat adalah kurangnya informasi tentang pengobatan TB, kebosanan minum obat yang terlalu lama dan jumlah obat yang efektif cukup banyak, merasa sudah sehat dan adanya efek samping obat, kesulitan uang atau tidak ada yang mengantar penderita ke puskesmas (Rofiq, 1999). Dukungan

keluarga sangat menunjang keberhasilan pengobatan seseorang dengan selalu mengingatkan penderita agar minum obat, perhatian yang diberikan kepada anggota keluarga yang sedang sakit dan memberi semangat agar tetap rajin berobat, karena itu perlu diberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya kepatuhan pengobatan dan dukungan keluarga kepada keluarga penderita supaya penderita menyelesaikan terapinya sampai sembuh.

Di Indonesia, TB merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Jumlah pasien TB di Indonesia merupakan ke-3 terbanyak di dunia setelah India dan Cina dengan jumlah pasien sekitar 10% dari total jumlah pasien TB didunia. Diperkirakan pada tahun 2004 setiap tahun ada 539.000 kasus baru dan kematian 101.000 orang. Insidensi kasus TB BTA positif sekitar 110 per 100.000 penduduk (Depkes RI, 2007) Sekitar 75 persen pasien TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Jika penderita TB tidak mematuhi program pengobatan maka akan terjadi komplikasi, selain itu TB juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat (Depkes RI, 2007). Di Balai pemberantasan dan pencegahan penyakit paru Kabupaten Pamekasan jumlah penderita baru pada tahun 2007 sebanyak 441 orang BTA positif dan penderita yang kambuh menjadi 2 persen dan yang mengalami *drop out* dari pengobatan sebanyak 40 persen, sedangkan 2008 sebanyak 322 orang BTA positif dan penderita yang kambuh menjadi 0,9 persen (Data pasien TB paru BP4 Pamekasan mulai bulan Januari sampai dengan September 2008). Berdasarkan survey awal pada tanggal 07 November 2008 yang dilakukan peneliti pada sebagian (10 orang) penderita yang *drop out* dengan metode wawancara didapatkan hasil bahwa faktor yang menyebabkan *drop out*

antara lain karena kebosanan minum obat yang terlalu lama, tidak ada keluarga yang mengantar penderita ke pelayanan kesehatan dan jarak tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan yang jauh.

Program pengobatan pada penderita TB paru selain untuk mengobati juga mencegah kematian, mencegah kekambuhan atau resistensi terhadap OAT serta memutuskan mata rantai penularan. Pengobatan TBC paru memerlukan waktu cukup lama, yakni enam bulan sampai delapan bulan secara terus menerus (teratur) dengan OAT dan harus dilakukan dengan tuntas sampai sembuh sehingga dapat mencegah penularan pada orang lain (Depkes, 2006). Kepatuhan dan jadwal minum obat apabila dilanggar, akibatnya kuman-kuman yang terdapat di dalam tubuh akan menjadi kebal terhadap obat tersebut, untuk selanjutnya penyakit yang diderita lebih sulit disembuhkan. Apabila berhenti minum obat sebelum waktunya, batuk yang sudah hilang akan timbul kembali, kambuh, dan kemungkinan kuman akan kebal (resistensi) terhadap jenis obat tersebut (Nova, 2007). Kesembuhan atau keberhasilan pengobatan ini ditentukan oleh beberapa faktor, yaitu faktor perilaku, lingkungan dimana penderita tersebut tinggal, kepatuhan minum obat serta dukungan keluarga (Nova, 2007). Faktor penunjang kelangsungan pengobatan adalah pengetahuan penderita mengenai bahaya penyakit TBC yang mudah menular, motivasi keluarga baik saran dan perilaku keluarga kepada penderita untuk menyelesaikan pengobatannya dan penjelasan/ pendidikan kesehatan dari petugas kesehatan tentang pentingnya kepatuhan pengobatan dan dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan penderita TBC paru.

Kekambuhan atau kegagalan pengobatan yang dapat mengakibatkan MDR (*Multi Drug Resistent*) TB dapat diminimalkan dengan cara memberikan penyuluhan kepada keluarga penderita tentang pentingnya kepatuhan pengobatan dan pentingnya dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan, akibat yang terjadi jika pengobatan dihentikan serta pemberian motivasi untuk kepatuhan minum obat. Selain itu *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS) dan pemberdayaan keluarga sebagai pengawas minum obat (PMO) dapat digunakan sebagai strategi yang paling efektif untuk mengontrol pengobatan TBC.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum:

Untuk mempelajari pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru.

1.3.2 Tujuan khusus:

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru sebelum pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
2. Mengidentifikasi dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru sesudah pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

3. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru.
4. Membandingkan dukungan keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah pendidikan kesehatan.

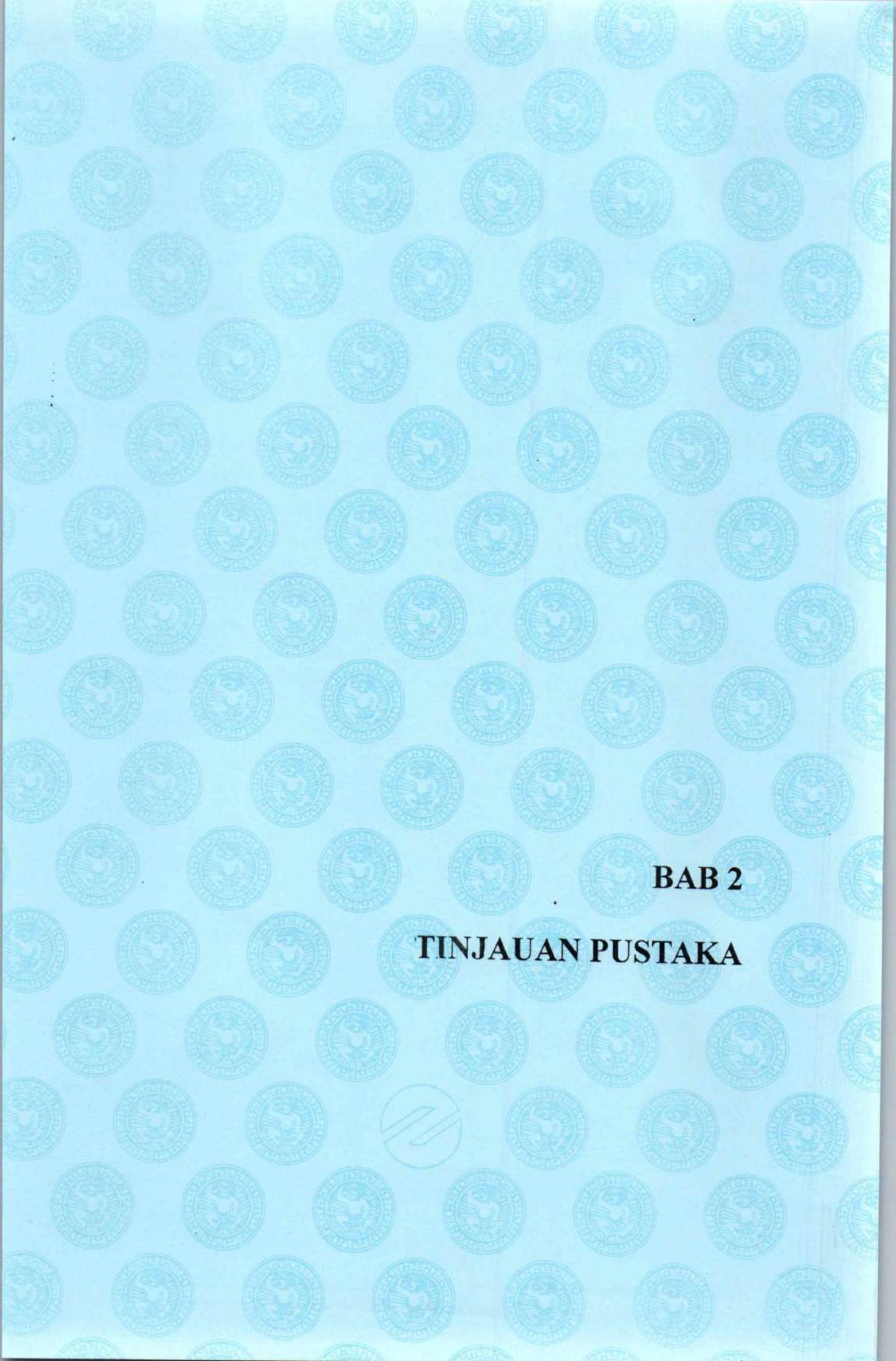
1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam asuhan keperawatan pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga menderita TBC paru.

1.4.2 Praktis

1. Dapat memberikan informasi kepada petugas kesehatan tentang pentingnya dukungan keluarga sebagai modal yang efektif dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru.
2. Dapat memberikan wawasan bagi keluarga tentang dukungan kepada anggota keluarga yang menderita TBC paru sehingga menjadi tolak ukur untuk lebih meningkatkan dukungan kepada penderita.



BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka ini akan disajikan beberapa konsep dasar, yaitu konsep Pendidikan kesehatan, Konsep perilaku, Konsep keluarga (dukungan keluarga), TBC Paru dan pengobatannya, dan Kepatuhan.

2.1 Konsep Pendidikan Kesehatan

2.1.1 Definisi

Pendidikan kesehatan didefinisikan sebagai usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilaku) untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2003). Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk tindakan mandiri keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatannya melalui kegiatan pembelajaran, yang di dalamnya perawat berperan sebagai perawat pendidik (Herawani, *et all*, 2001)

2.1.2 Tujuan pendidikan kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan dalam keperawatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan, mencegah timbulnya penyakit dan bertambahnya masalah kesehatan, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan (Herawani, *et all*, 2001). Selain dari itu, tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku individu, kelompok dan masyarakat menuju hal-hal yang positif secara terencana melalui

proses belajar. Perubahan perilaku mencakup tiga ranah perilaku, yaitu pengetahuan, sikap, dan keterampilan melalui proses pendidikan kesehatan. Hasil perubahan perilaku yang diharapkan melalui proses pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah perilaku sehat. Perilaku sehat dapat berupa emosi, pengetahuan, pikiran, keinginan, tindakan nyata dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Herawani, *et al*, 2001)

2.1.3 Proses pendidikan kesehatan

Proses pendidikan kesehatan meliputi tiga aspek antara lain masukan dalam pendidikan kesehatan, proses dalam pendidikan kesehatan dan keluaran dalam pendidikan kesehatan. Masukan dalam pendidikan kesehatan adalah individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat yang akan menjadi sasaran didik. Proses dalam pendidikan kesehatan merupakan mekanisme dan interaksi yang memungkinkan terjadinya perubahan perilaku subjek belajar. Dalam proses tersebut diperlukan interaksi antara subjek belajar sebagai pusatnya dan pengajar (petugas kesehatan) metode pengajaran, alat bantu belajar, dan materi belajar. Keluaran dalam pendidikan kesehatan adalah kemampuan sebagai hasil perubahan perilaku yaitu perilaku sehat dari sasaran didik.

2.1.4 Ruang lingkup pendidikan kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain:

1. Dimensi sasaran

Dari dimensi sasarannya, pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3 yakni:

- 1) Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
- 2) Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
- 3) Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat luas.

2. Dimensi tempat pelaksanaan

Dari dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, dengan sendirinya sasarannya berbeda pula, misalnya:

- 1) Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
- 2) Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dilakukan di rumah sakit-rumah sakit dengan sasaran pasien atau keluarga pasien, di puskesmas dan sebagainya.
- 3) Pendidikan kesehatan di tempat-tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.

3. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan

Pada dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dari leavel and clark, sebagai berikut:

1) Promosi kesehatan (*Health promotion*)

Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan, hygiene perorangan, dan sebagainya.

2) Perlindungan khusus (*Specific protection*)

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama di Negara-negara berkembang. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun pada anak-anak masih rendah.

3) Diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and prompt treatment*)

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka sering sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi di dalam masyarakat. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

4) Pembatasan cacat (*Disability limitation*)

Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini.

5) Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut kadang-kadang diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, ia tidak atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Di samping itu orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang-kadang malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu jelas pendidikan kesehatan diperlukan bukan saja untuk orang yang cacat tersebut, tetapi juga perlu pendidikan kesehatan kepada masyarakat (Notoatmodjo, 2003)

2.1.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi proses pendidikan kesehatan

Proses pendidikan kesehatan di pengaruhi oleh faktor-faktor antara lain:

1. Materi/bahan pendidikan kesehatan

Materi/bahan pendidikan kesehatan merupakan materi atau bahan belajar bagi subjek belajar. Materi tersebut dapat merupakan materi baru, pelengkap atau pengulangan bagi subjek belajar.

2. Lingkungan belajar

Lingkungan belajar dapat berupa tatanan belajar di kelas, auditorium atau tempat lainnya, lingkungan sosial, lingkungan fisik (cahaya, udara, suara)

3. Subjek belajar

Subjek belajar yaitu individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat serta tenaga kesehatan/perawat. Tenaga kesehatan/perawat meliputi kualitas, yaitu kemampuan melakukan pendidikan kesehatan, maupun kuantitas yang menyangkut jumlah maupun jenisnya.

4. Perangkat pendidikan baik perangkat lunak maupun perangkat keras

Perangkat lunak pendidikan kesehatan yang mempengaruhi proses belajar adalah kurikulum/ satuan pelajaran, buku materi, *leaflet*, *booklet*, buku pedoman dan peraturan. Dilain pihak, perangkat keras berupa alat bantu pengajaran/alat peraga/Audio Visual Aids (AVA) dan tempat belajar (Herawani, *et all*, 2001).

2.1.6 Metode pendidikan kesehatan

Dibawah ini akan diuraikan beberapa metode pendidikan individual, kelompok dan massa (*public*).

1. Metode pendidikan individual (Perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Bentuk dari pendekatan individual antara lain: Bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*) dan Interview (wawancara).

2. Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok, harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Metode pendidikan kelompok terdiri dari:

1) Kelompok besar

Yang dimaksud kelompok besar disini adalah apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar antara lain: ceramah dan seminar. Metode ceramah baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Sedangkan metode seminar cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas.

2) Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil antara lain: Diskusi kelompok, Curah pendapat (*Brain storming*), Bola salju (*Snow balling*), Kelompok kecil-kecil (*Bruzz group*), Role play (Memainkan peranan), dan permainan simulasi (*Simulation game*)

3. Metode pendidikan massa (*Public*)

Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggugah "*awareness*" atau kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, belum begitu diharapkan sampai dengan perubahan perilaku. Namun demikian bila sudah sampai berpengaruh terhadap perubahan perilaku adalah wajar. Pada umumnya pendekatan massa ini tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Contoh ceramah umum (*Public speaking*), Bill board yang dipasang di pinggir jalan, tulisan-tulisan di majalah atau koran dll (Notoatmodjo, 2003)

2.1.7 Alat bantu (peraga)

Yang dimaksud alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat bantu (Alat peraga) akan membantu dalam melakukan penyuluhan, agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan lebih jelas.

Macam-macam alat bantu pendidikan antara lain:

1. Alat bantu lihat (*Visual aids*)

Alat ini berguna di dalam membantu menstimulasi indra mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini ada dua bentuk:

- 1) Alat yang diproyeksikan, misalnya: slide, film, film strip dan sebagainya.
- 2) Alat-alat yang tidak diproyeksikan: dua dimensi misal peta dan bagan, dan tiga dimensi misal bola dunia, boncka dan sebagainya.

2. Alat bantu dengar (*Audio aids*)

Ialah alat yang dapat membantu menstimulasi indera pendengar, pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/pengajaran. missal radio, pita suara dan sebagainya.

3. Alat bantu lihat-dengar (*Audio Visual Aids/AVA*)

Seperti televisi dan video cassette.

Di samping pembagian tersebut, alat peraga juga dapat diibedakan menjadi dua macam menurut pembuatannya dan penggunaannya.

1. Alat peraga yang "*complicated*" (rumit), seperti film, film strip slide dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor.
2. Alat peraga yang sederhana, yang mudah dibuat sendiri, dengan bahan-bahan setempat yang mudah diperoleh seperti: bamboo, karton, kaleng bekas, kertas

Koran dan sebagainya. Contoh alat peraga yang sederhana yang dapat dipergunakan di berbagai tempat, misalnya:

- 1) Di rumah tangga, seperti: leaflet, model buku bergambar, benda-benda yang nyata seperti: buah-buahan, sayur-sayuran dan sebagainya.
- 2) Di kantor-kantor dan sekolah-sekolah, seperti papan tulis, flipchart, poster, leaflet, buku cerita bergambar, kotak gambar gulung, boneka dan sebagainya.
- 3) Di masyarakat umum, misalnya poster, spanduk, leaflet, flannel graph, boneka wayang dan sebagainya.

2.2 Konsep Perilaku

2.2.1 Definisi perilaku

Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri. Oleh sebab itu perilaku manusia mempunyai bentangan yang sangat luas mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian dan sebagainya. Bahkan kegiatan internal (*internal activity*) seperti berpikir, persepsi dan emosi yang juga merupakan perilaku manusia. Jadi perilaku adalah apa yang dikerjakan organisme tersebut baik dapat diamati secara langsung atau tidak langsung (Notoadmojo, 2003).

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut Lawrence Green (1980) di kutip oleh notoatmodjo 2003, perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu:

1. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Faktor-faktor ini mencakup: pengetahuan, sikap, kebiasaan/tradisi, kepercayaan, system nilai yang dianut, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya.

2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan.

3. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga) dan petugas kesehatan. (Notoatmodjo, 2003)

2.2.3 Domain perilaku

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil tau, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi pada panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan dan kognitif merupakan dominan yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*) (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan yang tercakup dalam kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoadmojo, 2003)

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, "tahu" ini adalah merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain: menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

2) Memahami (*comprehention*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, terhadap obyek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dalam konteks atau situasi lain.

4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian kedalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi-formulasi yang telah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi penilaian terhadap materi atau obyek. Penilaian-penilaian tersebut berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau ketentuan yang telah ada (Notoatmodjo, 2003)

2. sikap

Menurut ahli Psikologi *Thurstone, Likert dan Osgood* adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut (Berkowitz, 1972). Secara lebih spesifik, *Thurstone* memformulasikan sikap sebagai derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu objek psikologis. Menurut *Gordon Allport, Chave, Bogardus, LaPierre, Mead* sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu (Azwar, 2003).

Menurut Notoatmodjo S. (1997), sikap memiliki 4 tingkat dari yang terendah sampai yang tertinggi, yaitu:

1) Menerima (*receiving*)

Pada tingkatan ini individu memperhatikan rangsangan(stimulus) yang diberikan.

2) Merespon (*responding*)

Pada tingkatan ini individu dapat memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3) Menghargai (*valuing*)

Pada tingkatan ini individu mengajak oranglain untuk mengerjakan objek sikap yang dipelajari atau dihayati.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Pada tingkatan ini, sikap individu akan bertanggung jawab dan siap menanggung segala resiko atas sesuatu yang telah dipilihnya (Sunaryo, 2004)

3. Praktik atau tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*Overt Behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas.

Praktek mempunyai beberapa tingkatan:

1) Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

2) Respon Terpimpin (*Guided Respon*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

3) Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

4) Adopsi (*Adopsion*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, beberapa hari, atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2003).

2.2.4 Proses adopsi perilaku

Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni:

1. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
2. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap subjek sudah mulai timbul.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden udah lebih baik lagi.
4. *Trial*, di mana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
5. *Adoption*, di mana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Notoatmodjo, 2003)

2.3 Konsep Keluarga

2.3.1 Definisi keluarga

Bailon dan maglaya (1978) mendefinisikan keluarga sebagai dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka hidup dalam satu rumah tangga, melakukan interaksi satu sama

lain menurut peran masing-masing, serta menciptakan dan mempertahankan suatu budaya (Sudiharto, 2007)

2.3.2 Macam-macam bentuk keluarga

1. Bentuk varian keluarga tradisional

Bentuk keluarga tradisional yang paling lazim adalah:

1) Keluarga inti (*Nuclear Family*)

Adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak.

2) Keluarga besar (*Extended Family*)

Adalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya, nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi dan sebagainya.

3) Pasangan inti

Adalah keluarga yang terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka.

4) Keluarga dengan orangtua tunggal

Adalah bentuk keluarga yang di dalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga, ayah atau ibu sebagai konsekuensi dari perceraian, ditinggalkan atau berpisah.

5) Bujangan dewasa yang tinggal sendirian

Jumlah terbesar yang hidup sendiri adalah orang-orang dewasa yang berusia 20-30 tahun (Blick, 1988).

2. Bentuk varian keluarga nontradisional

Bentuk-bentuk varian keluarga nontradisional yang paling lazim adalah:

- 1) Keluarga dengan orangtua mempunyai anak tanpa menikah (biasanya ibu dengan anak).
- 2) Pasangan yang memiliki anak tetapi tidak menikah.
- 3) Pasangan kumpul kebo yaitu pasangan yang hidup bersama tanpa menikah.
- 4) Keluarga gay/lesbian yaitu orang-orang berjenis kelamin sama yang hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
- 5) Keluarga komuni yaitu rumah tangga yang terdiri dari lebih dari satu pasangan monogami dengan anak-anak, secara bersama menggunakan fasilitas, sumber-sumber, sosialisasi dari anak merupakan aktivitas kelompok (Friedman, 1998)

2.3.3 Fungsi keluarga

Menurut Friedman (1999), lima fungsi dasar keluarga adalah sebagai berikut:

1. Fungsi afektif

Adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung.

2. Fungsi sosialisasi

Adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga, tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan sosial.

3. Fungsi reproduksi

Adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

4. Fungsi ekonomi

Adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan, dan papan.

5. Fungsi perawatan kesehatan

Adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan (Sudiharto, 2007).

2.3.4 Tugas-tugas keluarga

Pada dasarnya tugas keluarga ada delapan tugas pokok sebagai berikut:

1. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya
2. Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga
3. Pembagian tugas masing-masing anggota-anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
4. Sosialisasi antara anggota keluarga

5. Pengaturan jumlah anggota keluarga
6. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga
7. Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas.
8. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga (Effendy, 1998)

Menurut Nasrul Effendi (1998), hambatan-hambatan yang sering dihadapi dalam memecahkan masalah kesehatan keluarga dari pihak keluarga adalah pendidikan keluarga yang rendah, keterbatasan sumber-sumber daya keluarga (keuangan, sarana dan prasarana), kebiasaan-kebiasaan yang melekat dan sosial budaya yang tidak menunjang. Sedangkan hambatan dari perawat adalah sarana dan prasarana yang tidak menunjang dan mencukupi, kondisi alam (geografi yang sulit), kesulitan dalam berkomunikasi bahasa serta terbatasnya pengetahuan perawat tentang kultur keluarga.

Friedman (1981) dikutip dalam Nasrul Effendi (1998) membagi lima tugas keluarga dalam kesehatan antara lain:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Keluarga dapat mengetahui gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya, dapat mengenal fakta-fakta dari masalah kesehatan meliputi: pengertian, tanda atau gejala, faktor penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan terutama yang dialami anggota keluarga.

2. Mengambil keputusan dalam tindakan

Keluarga dapat mengambil keputusan untuk menentukan dan melakukan kegiatan yang tepat.

Dalam mengatasi masalah kesehatan yang terjadi pada keluarga, yang mengambil keputusan dalam pemecahannya adalah tetap kepala keluarga atau anggota keluarga yang dituakan, merekalah yang menentukan masalah dan kebutuhan keluarga (Effendy, 1998)

3. Memberikan perawatan kesehatan

Kemampuan keluarga memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, dan yang tidak mampu membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda atau tua (lansia).

4. Memelihara dan memodifikasi lingkungan rumah yang sehat

Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

5. Memanfaatkan fasilitas kesehatan

Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan, yang menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.

Tingkat ekonomi atau penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak mempunyai cukup uang untuk pengobatan (Friedman, 1998).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tugas kesehatan keluarga antara lain sebagai berikut:

1. Usia atau umur

Usia adalah individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun (Elizabeth, 1995 dikutip oleh Nursalam, 2001). Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan dipercaya dari orang yang cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya (Hurlöck, 1998 dikutip oleh Nursalam, 2001)

2. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain yang menuju kearah suatu cita-cita tertentu (Suwarno, 1992 dikutip oleh Nursalam, 2001). Menurut Broewer dikutip dari Nursalam (2001) bahwa semakin rendah pendidikan seseorang dan semakin kurang informasi yang didapat terhadap suatu hal maka semakin rendah pula koping yang digunakan.

3. Sosial ekonomi

Menurut Thomas (1996) yang dikutip oleh Nursalam dan pariani (2001), pekerjaan adalah kesibukan yang harus dilakukan untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya, bekerja umumnya menyita waktu sehingga dapat mempengaruhi hal-hal lain termasuk juga dalam mengetahui sesuatu diluar pekerjaannya misalnya masalah kesehatan keluarga.

2.3.5 Dukungan sosial keluarga

Hampir setiap orang tidak mampu menyelesaikan masalahnya sendiri, tetapi mereka memerlukan bantuan orang lain. Dukungan sosial merupakan mediator yang penting dalam menyelesaikan masalah seseorang. Hal ini karena individu merupakan bagian dari keluarga, teman sekolah atau kerja, kegiatan agama ataupun bagian dari kelompok lainnya (Nursalam dan Kurniawati, 2008)

Kane mendefinisikan dukungan sosial keluarga sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya. Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang di pandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses/diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung; atau dukungan sosial keluarga eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja sosial keluarga) (Friedman, 1998)

2.3.6 Jenis-jenis dukungan sosial keluarga

House dalam Depkes (2002) membedakan empat jenis atau dimensi dukungan sosial menjadi:

1. Dukungan Emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan.

2. Dukungan penghargaan

Terjadi lewat ungkapan hormat/penghargaan positif untuk orang lain itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain, misalnya orang itu kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah harga diri).

3. Dukungan instrumental

Mencakup bantuan langsung, misalnya orang memberi pinjaman uang kepada orang yang membutuhkan atau menolong dengan memberi pekerjaan pada orang yang tidak punya pekerjaan.

4. Dukungan informatif

Mencakup pemberian nasihat, saran, pengetahuan, dan informasi serta petunjuk (Nursalam dan Kurniawati, 2008)

Menurut Friedman 1998, dukungan social keluarga terdiri dari:

1. Instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit.

2. Informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan) informasi.

3. Penilaian (appraisal)

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas anggota.

4. Emosional

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi (Friedman, 1998).

2.3.7 Hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan

Terdapat tiga mekanisme pengaruh dukungan sosial keluarga terhadap kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung (Pearlin dan Aneshensel, 1986: 418):

1. Mediator perilaku. Mengajak individu untuk mengubah perilaku yang jelek dan meniru perilaku yang baik (misalnya, berhenti merokok).

2. Psikologis. Meningkatkan harga diri dan menjembatani suatu interaksi yang bermakna.
3. Fisiologis. Membantu relaksasi terhadap sesuatu yang mengancam dalam upaya meningkatkan system imun seseorang.

2.4 Tuberkulosis Paru

2.4.1 Definisi

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh "Mycobacterium tuberculosis". Kuman ini dapat menyerang semua bagian tubuh manusia, dan yang paling sering terkena adalah organ paru (90%). (PPTI, 2004)

2.4.2 Etiologi

Tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh basil mikrobakterium tuberkulosis tipe humanus, sejenis kuman yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/mm dan tebal 0,3-0,6/mm. Sebagian besar kuman terdiri atas asam lemak (lipid). Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisik.

Kuman ini tahan hidup pada udara kering maupun dalam keadaan dingin (dapat tahan bertahun-tahun dalam lemari es). Hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat dormant. Dari sifat dormant ini kuman dapat bangkit kembali dan menjadikan tuberkulosis aktif kembali. Sifat lain kuman adalah aerob. Sifat ini menunjukkan bahwa kuman lebih menyukai jaringan yang tinggi kandungan oksigennya. Dalam hal ini tekanan bagian apikal paru-paru lebih tinggi dari pada

bagian lainnya, sehingga bagian apikal ini merupakan tempat predileksi penyakit tuberkulosis.

2.4.3 Patofisiologi

Port de' entri kuman *microbaterium tuberculosis* adalah saluran pernafasan, saluran pencernaan, dan luka terbuka pada kulit, kebanyakan infeksi tuberkulosis terjadi melalui udara (*air borne*), yaitu melalui inhalasi droplet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi.

Basil tuberkel yang mencapai permukaan alveolus biasanya diinhalasi terdiri dari satu sampai tiga gumpalan basil yang lebih besar cenderung tertahan di saluran hidung dan cabang besar bronkus dan tidak menyebabkan penyakit. Setelah berada dalam ruang alveolus biasanya di bagian bawah lobus atau paru-paru, atau di bagian atas lobus bawah. Basil tuberkel ini membangkitkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfonuklear tampak pada tempat tersebut dan memfagosit bacteria namun tidak membunuh organisme tersebut. Sesudah hari-hari pertama maka leukosit diganti oleh makrofag. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan timbul gejala pneumonia akut. Pneumonia seluler ini dapat sembuh dengan sendirinya sehingga tidak ada sisa yang tertinggal, atau proses dapat juga berjalan terus, dan bakteri terus difagosit atau berkembang biak di dalam sel. Basil juga menyebar melalui getah bening menuju ke kelenjar bening regional. Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu sehingga membentuk sel tuberkel epiteloid, yang dikelilingi oleh fosit. Reaksi ini biasanya membutuhkan waktu 10 sampai 20 hari (Sylvia, 2005).

2.4.4 Proses penularan

Sumber penularan adalah penderita TB BTA positif pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup ke dalam saluran pernafasan. Jadi penularan TB tidak terjadi melalui perlengkapan makan, baju, dan perlengkapan tidur. Setelah kuman TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman TB tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya. Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular (Depkes RI, 2005)

Tuberkulosis tergolong airborne disease yakni penularan melalui droplet nuclei yang dikeluarkan ke udara oleh individu terinfeksi dalam fase aktif. Setiap kali penderita ini batuk dapat mengeluarkan 3000 droplet nuclei. Penularan umumnya terjadi di dalam ruangan dimana droplet nuclei dapat tinggal di udara dalam waktu lebih lama. Di bawah sinar matahari langsung basil tuberkel mati dengan cepat tetapi dalam ruang yang gelap lembab dapat bertahan sampai beberapa jam. Dua faktor penentu keberhasilan pemaparan Tuberkulosis pada individu baru yakni konsentrasi droplet nuclei dalam udara dan panjang waktu

individu bernapas dalam udara yang terkontaminasi tersebut di samping daya tahan tubuh yang bersangkutan.

Di samping penularan melalui saluran pernapasan (paling sering), *M. tuberculosis* juga dapat masuk ke dalam tubuh melalui saluran pencernaan dan luka terbuka pada kulit (lebih jarang) (Iwan, 2007)

2.4.5 Pencegahan

1. Cara pencegahan penyakit TBC:

Hidup sehat (makan makanan yang bergizi, istirahat yang cukup, olahraga teratur minimal jalan kaki 3-4 kali seminggu dengan jarak 2-3 km atau sesuai kemampuan, hindari rokok, alkohol, obat bius, hindari stres), lingkungan sehat dan vaksinasi pada bayi (Maidin, 2008)

2. Pencegahan penularan:

1) Pencegahan penularan di RS

infeksi nosokomial merupakan kuman-kuman dari orang sakit di rumah sakit yang dapat menular pada orang yang ada di rumah sakit baik dokter, perawat dan pengunjung. Tingkat bahaya infeksi Nosokomial ini cukup besar, pasalnya tingkat resistansi (kekebalan) kuman terhadap obat sudah tinggi. Jadi, jika ditularkan pada orang lain maka kumannya akan kebal dengan beberapa obat yang diberikan. Agar tercegah dari infeksi Nosokomial ketika berkunjung ke rumah sakit sebaiknya mengikuti peraturan tetap rumah sakit sebagai pencegahan, misalnya mengikuti jam berkunjung. Sebab, di luar jam berkunjung resiko penularan infeksi Nosokomial sangat tinggi karena ada kegiatan lain misalnya

pembersihan ruangan, penggantian sprei, penggantian pembalut luka dan sebagainya.

“Rumah sakit merupakan tempat berkumpulnya segala kuman-kuman penyakit, jadi dilarang anak dibawah umur lima tahun dibawa ke rumah sakit karena mereka sangat rentan terinfeksi.”

Bagi paramedis yang setiap harinya berada di rumah sakit, harus mengikuti aturan tetap yang sudah dibuat, pertama melalui pencegahan infeksi dengan melakukan imunisasi yang bisa mencegah infeksi Nosokomial, membiasakan mencuci tangan sebelum dan setelah memegang pasien (Rahim, 2008)

2) Pencegahan penularan di Rumah:

Penderita TBC paru harus minum obat secara teratur sampai sembuh, menutup mulut dengan tissue atau sapu tangan yang bersih ataupun dengan kain bersih sewaktu bersin atau batuk agar kuman pada dahak atau air liur tidak menyebar dan dihirup orang lain melalui udara, tidur terpisah dari anggota keluarga dirumah, jangan meludah di sembarang tempat, dan meludah di tempat tertentu yang sudah di isi air sabun atau karbol/lisol, di closet dan disiram lysol ataupun meludah di tempat yang kena sinar matahari. Untuk keluarga dianjurkan menjemur tempat tidur yang dipakai penderita secara teratur di bawah sinar matahari, buka jendela lebar-lebar agar udara segar dan sinar matahari dapat masuk ke dalam ruangan (Khaiami, 2008).

2.4.6 Manifestasi Klinik

Tuberkulosis sering dijuluki "*the great imitator*" yaitu suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang juga memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. Pada sejumlah penderita gejala yang timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan kadang-kadang asimtomatik.

Gambaran klinik TB paru dapat dibagi menjadi 2 golongan, gejala respiratorik dan gejala sistemik:

1. Gejala respiratorik, meliputi:

1) Batuk

Gejala batuk timbul paling dini. Gejala ini banyak ditemukan. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non-produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum) ini terjadi lebih dari 3 minggu. Keadaan yang lanjut adalah batuk darah (hemoptoe) karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

2) Batuk darah

Darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.

Darah dibatukkan dengan rasa panas di tenggorokan, darah berbuih bercampur udara, darah segar berwarna merah muda, darah bersifat alkalis, anemia kadang-kadang terjadi, benzidin test negatif.

3) Sesak napas

Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, dimana infiltrasinya sudah setengah bagian dari paru-paru.

Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothorax, anemia dan lain-lain.

4) Nyeri dada

Nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena.

2. Gejala sistemik, meliputi:

1) Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tapi kadang-kadang panas bahkan dapat mencapai 40-41°C. keadaan ini sangat dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk.

Demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek.

2) Gejala sistemik lain

Gejala sistemik lain ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise (Gejala malaise sering ditemukan berupa: tidak ada nafsu makan, sakit kepala, meriang, nyeri otot, dll).

Timbulnya gejala biasanya gradual dalam beberapa minggu-bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak napas walaupun jarang dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia (Tempo, 2005)

2.4.7 Komplikasi Pada Penderita Tuberculosis.

Komplikasi berikut sering terjadi pada penderita stadium lanjut:

1. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.
2. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial.
3. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
4. Pneumotorak (adanya udara didalam rongga pleura) spontan : kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
5. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.
6. Insufisiensi kardio pulmoner (*Cardio Pulmonary Insufficiency*)

Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu dirawat inap di rumah sakit (Depkes RI, 2005)

2.4.8 Test Diagnostik

1. Darah

Pada saat tuberkulosis baru mulai (aktif) akan didapatkan jumlah leukosit yang sedikit meninggi dengan diferensiasi pergeseran ke kiri. Jumlah limfosit masih dibawah normal. Laju endap darah mulai meningkat. Bila penyakit mulai sembuh, jumlah leukosit kembali normal dan jumlah limfosit masih tetap tinggi. Laju endap darah menurun kearah normal lagi. Pemeriksaan ini kurang mendapat perhatian karena angka-angka positif palsu dan negative palsunya masih besar (Sinar Harapan, 2004)

2. Sputum

Pemeriksaan sputum berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS):

- 1) Sewaktu (S): dahak dikumpulkan pada saat suspek TB datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi pada hari kedua.
- 2) Pagi (P): dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di UPK.

- 3) Sewaktu (S): dahak dikumpulkan di UPK pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi (Depkes RI, 2007)

3. Tes Tuberkulin

Pemeriksaan ini masih banyak dipakai untuk membantu menegakkan diagnosis tuberculosis terutama pada anak-anak (balita). Biasanya dipakai cara Mantoux yakni dengan menyuntikkan 0,1 cc tuberculin P.P.D (*purified protein derivative*) intrakutan.

Hasil tes mantoux ini dibagi dalam;

- 1) Indurasi 0-5 mm(diameternya) : mantoux negative = golongan no sensitivity. Disini peranan antibody humoral paling menonjol .
- 2) Indurasi 6-9 mm: hasil meragukan- golongan low grade sensitivity. Disini peranan antybody humoral masih lebih menonjol.
- 3) Indurasi 10-15 mm : mantoux positif = golongan normal sensitivity. Disini peranan kedua antybody seimbang.
- 4) Indurasi lebih dari 16 mm ; mantoux positif kuat = golongan hyper-sensitivity. Disini peranan antybody selular paling menonjol.

4. Foto Thorax

Foto thorax PA dengan atau tanpa literal merupakan pemeriksaan radiology standar. Jenis pemeriksaan radiology lain hanya atas indikasi Top foto, oblik, tomogram dan lain-lain.

Karakteristik radiology yang menunjang diagnostik antara lain :

- 1) Bayangan lesi radiology yang terletak di lapangan atas paru.
- 2) Bayangan yang berawan (*patchy*) atau berbercak (*noduler*)
- 3) Kelainan yang bilateral, terutama bila terdapat di lapangan atas paru
- 4) Bayang yang menetap atau relatif menetap setelah beberapa minggu
- 5) Bayangan bilier (Sinar Harapan, 2004)

2.4.9 Klasifikasi penyakit dan tipe penderita

Klasifikasi penyakit dan tipe penderita meliputi empat hal, yaitu:

1. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena:
 - 1) Tuberkulosis paru. Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
 - 2) Tuberkulosis ekstra paru. Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar lymfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.
2. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis pada TB Paru:
 - 1) Tuberkulosis paru BTA positif.

Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA Positif, 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberculosis, 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA

positif dan biakan kuman TB positif, 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negative dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

2) Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif.

Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negative, Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberculosis, Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

3. Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit.

1) TB paru BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas (misalnya proses "*far advanced*"), dan atau keadaan umum pasien buruk.

2) TB ekstra-paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu:

a. TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.

b. TB ekstra-paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin.

4. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa tipe pasien, yaitu:

1) Kasus baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).

2) Kasus kambuh (*Relaps*)

Adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).

3) Kasus setelah putus berobat (*Default*)

Adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

4) Kasus setelah gagal (*Failure*)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

5) Kasus Pindahan (*Transfer In*)

Adalah pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.

6) Kasus lain:

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Dalam kelompok ini termasuk Kasus Kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

(Depkes RI, 2007)

2.4.10 Pengobatan TB

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT.

Prinsip pengobatan tuberculosis sebagai berikut:

1. OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis yang sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan menggunakan OAT tunggal (monoterapi). Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis tetap (OAT-KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
2. Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).

PMO yang terbaik adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, dan lain lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PKK, atau tokoh masyarakat lain atau anggota keluarga.

Tugas seorang PMO adalah mengawasi penderita TB agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan, memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat teratur, mengingatkan penderita untuk segera menemui petugas kesehatan (dokter atau peugas kesehatan lain) yang memberikan obat, jika terjadi gejala efek samping atau kondisi penyakit yang bertambah parah atau ada kelainan lain, mengingatkan penderita untuk segera

meneruskan meminum obat, jika lupa meminum obat, mengingatkan penderita untuk menyimpan obat pada tempat yang kering, tidak terkena cahaya matahari, jauh dari jangkauan anak-anak, mengingatkan penderita untuk memeriksa dahak pada waktu-waktu yang telah ditentukan, dan memberi penyuluhan pada anggota keluarga penderita TB yang mempunyai gejala-gejala seperti TB untuk segera memeriksakan diri ke Unit Pelayanan Kesehatan.

Pentingnya pengawasan langsung menelan obat perlu disampaikan pada semua penderita TB, terutama pada pengobatan tahap awal (intensif). Bila tahap ini dapat dilalui dengan baik, maka besar kemungkinan penderita dapat disembuhkan, dan kemungkinan penularan sangat berkurang. Penderita perlu didampingi oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO) (Depkes RI, 2005)

3. Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan. Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TB BTA positif menjadi BTA negative (konversi) dalam 2 bulan.

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten (*dormant*) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

Tabel 2.1. Jenis, sifat dan dosis OAT

Jenis OAT	Sifat	Dosis yang direkomendasikan (mg/kg)	
		Harian	3x seminggu
Isoniazid (H)	Bakterisid	5 (4-6)	10 (8-12)
Rifampicin (R)	Bakterisid	10 (8-12)	10 (8-12)
Pyrazinamide (Z)	Bakterisid	25 (20-30)	35 (30-40)
Streptomycin (S)	Bakterisid	15 (12-18)	15 (12-18)
Ethambutol (E)	Bakteriostatik	15 (15-20)	30 (20-35)

(Depkes RI, 2007)

Paduan OAT yang digunakan digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia:

1) Kategori-1 (2HRZE/4H3R3)

Panduan OAT ini diberikan untuk penderita baru TB paru BTA positif, Penderita TB paru BTA negative rontgent positif, dan Penderita TB ekstra paru.

Tabel 2.2 Dosis untuk panduan OAT KDT untuk Kategori 1

Berat Badan	Tahap Intensif setiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu RH (150/150)
30-37 kg	2 tablet 4 KDT	2 tablet 2 KDT
38-54 kg	3 tablet 4 KDT	3 tablet 2 KDT
55-70 kg	4 tablet 4 KDT	4 tablet 2 KDT
≥ 71 kg	5 tablet 4 KDT	5 tablet 2 KDT

(Depkes RI, 2007)

Tabel 2.3 Dosis panduan OAT-Kombipak untuk Kategori 1

Tahap Pengobatan	Lama Pengobatan	Dosis per hari/ kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet Isoniasid @300 mgr	Kaplet Rifampisin @450 mgr	Tablet Pirazina mid @500 mgr	Tablet Ethambu tol @250 mgr	
Intensif	2 Bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	4 Bulan	2	1	-	-	48

(Depkes RI, 2007)

2) Kategori-2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3):

Panduan OAT ini diberikan untuk penderita BTA positif yang telah diobati sebelumnya:

- a. Penderita kambuh (*relaps*).
- b. Penderita gagal (*Failure*).
- c. Penderita dengan pengobatan setelah putus berobat (*after default*).

Tabel 2.4 Dosis untuk panduan OAT KDT Kategori 2

Berat Badan	Tahap Intensif setiap hari RHZE(150/75/400/275)+S		Tahap Lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E(400)
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
30-37 kg	2 tablet 4 KDT + 500mg Streptomisin inj.	2 tablet 4KDT	2 tablet 2 KDT+2 tab Etambutol
38-54 kg	3 tablet 4 KDT + 750mg Streptomisin inj.	3 tablet 4KDT	3 tablet 2 KDT+3 tab Etambutol
55-70 kg	4 tablet 4 KDT + 1000mg Streptomisin inj.	4 tablet 4KDT	4 tablet 2 KDT+4 tab Etambutol
≥ 71 kg	5 tablet 4 KDT + 1000mg Streptomisin inj.	5 tablet 4KDT	5 tablet 2 KDT+5 tab Etambutol

(Depkes RI, 2007)

Tabel 2.5 Dosis panduan OAT Kombipak untuk Kategori 2

Tahap Pengobatan	Lamanya pengobatan	Tablet Isoniazid @ 300 mgr	Kaplet Rifampisin @ 450 mgr	Tablet Pirazinamid @ 500 mgr	Etambutol		Streptomisin injeksi	Jumlah hari/kali menelan obat
					Tablet @250 mgr	Tablet @500 mgr		
Tahap intensif (dosis harian)	2 bulan	1	1	3	3	-	0,75	56
	1 bulan	1	1	3	3	-	-	28
Tahap lanjutan (dosis 3 x seminggu)	4 bulan	2	1	-	1	2	-	60

(Depkes RI, 2007)

3) OAT sisipan (HRZE)

OAT sisipan diberikan apabila pada akhir tahap intensif pengobatan pada penderita TBC paru BTA positif tidak terjadi konversi.

Tabel 2.6 Dosis KDT untuk sisipan

Berat Badan	Tahap Intensif setiap hari selama 28 hari RHZE (150/75/400/275)
30-37 kg	2 tablet 4 KDT
38-54 kg	3 tablet 4 KDT
55-70 kg	4 tablet 4 KDT
≥71 kg	5 tablet 4 KDT

(Depkes RI, 2007)

Tabel 2.7 Dosis OAT Kombipak untuk Sisipan

Tahap pengobatan	Lamanya pengobatan	Tablet Isoniasid @ 300 mg	Kaplet Rifampisin @ 450 mg	Tablet Pirasinamid @ 500 mg	Tablet Etambutol @ 250 mg	Jumlah hari/kali menelan obat
Tahap intensif (Dosis harian)	1 bulan	1	1	3	3	28

(Depkes RI, 2007)

4) Kategori Anak (2RHZ/ 4RH)

Prinsip dasar pengobatan TB adalah minimal 3 macam obat dan diberikan dalam waktu 6 bulan. OAT pada anak diberikan setiap hari, baik pada tahap intensif maupun tahap lanjutan dosis obat harus disesuaikan dengan berat badan anak.

Tabel 2.8 Dosis OAT Kombipak pada anak

Jenis Obat	BB <10 kg	BB 10-19 kg	BB 20-32 kg
Isoniasid	50 mg	100 mg	200 mg
Rifampicin	75 mg	150 mg	300 mg
Pirazinamid	150 mg	300 mg	600 mg

Tabel 2.9 Dosis OAT KDT pada anak

Berat badan (kg)	2 bulan setiap hari RHZ (75/50/150)	4 bulan setiap hari RH (75/50)
5-9	1 tablet	1 tablet
10- 19	2 tablet	2 tablet
20-32	4 tablet	4 tablet

Keterangan:

1. Bayi dengan berat badan kurang dari 5 kg dirujuk ke rumah sakit.
2. Anak dengan BB 15-19 kg dapat diberikan 3 tablet.
3. Anak dengan BB \geq 33 kg, dirujuk ke rumah sakit.
4. Obat harus diberikan secara utuh, tidak boleh dibelah
5. OAT KDT dapat diberikan dengan cara: ditelan secara utuh atau digerus sesaat sebelum diminum. (Depkes RI, 2007)

Efek samping OAT dan penatalaksanaannya

Menjelaskan efek samping ringan maupun berat dengan pendekatan gejala.

Tabel 2.10 Efek samping ringan OAT

Efek samping	Penyebab	Penatalaksanaan
Tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut	Rifampisin	Semua OAT diminum malam sebelum tidur
Nyeri sendi	Pirasinamid	Beri Aspirin
Kesemutan s/d rasa terbakar di kaki	INH	Beri vitamin B6 (piridoxin) 100mg perhari
Warna kemerahan pada air seni (urine)	Rifampisin	Tidak perlu diberi apa-apa, tapi perlu penjelasan kepada pasien

(Depkes RI, 2007)

Tabel 2.11 Efek samping berat OAT

Efek samping	Penyebab	Penatalaksanaan
Gatal dan kemerahan kulit	Semua jenis OAT	Ikut petunjuk penatalaksanaan dibawah
Tuli	Streptomisin	Streptomisin dihentikan, ganti etambutol.
Gangguan keseimbangan	Streptomisin	Streptomisin dihentikan, ganti etambutol.
Ikterus tanpa penyebab lain	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT sampai ikterus menghilang.
Bingung dan muntah-muntah (permulaan ikterus karena obat)	Hampir semua OAT	Hentikan semua OAT, segera lakukan tes fungsi hati.
Gangguan penglihatan	Etambutol	Hentikan etambutol
Purpura dan renjatan (syok)	Rifampisin	Hentikan rifampisin

(Depkes RI, 2007)

Penatalaksanaan pasien dengan efek samping "gatal dan kemerahan kulit":

Jika seorang pasien dalam pengobatan OAT mulai mengeluh gatal-gatal singkirkan dulu kemungkinan penyebab lain. Berikan dulu anti-histamin, sambil meneruskan OAT dengan pengawasan ketat. Gatal-gatal tersebut pada sebagian pasien hilang, namun pada sebagian pasien malahan terjadi suatu kemerahan kulit. Bila keadaan seperti ini, hentikan semua OAT. Tunggu sampai kemerahan kulit tersebut hilang. Jika gejala efek samping ini bertambah berat, pasien perlu dirujuk.

Pada UPK Rujukan penanganan kasus-kasus efek samping obat dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

1. Bila jenis obat penyebab efek samping itu belum diketahui, maka pemberian kembali OAT harus dengan cara "*drug challenging*" dengan menggunakan obat lepas. Hal ini dimaksudkan untuk menentukan obat mana yang merupakan penyebab dari efek samping tersebut.
2. Efeksamping hepatotoksisitas bisa terjadi karena reaksi hipersensitivitas atau karena kelebihan dosis. Untuk membedakannya, semua OAT dihentikan dulu kemudian diberi kembali sesuai prinsip *dechallenge-rechallenge*. Bila dalam proses *rechallenge* yang dimulai dengan dosis rendah sudah timbul reaksi, berarti hepatotoksisitas karena reaksi hipersensitivitas.
3. Bila jenis obat penyebab dari reaksi efek samping itu telah diketahui, misalnya pirasinamid atau etambutol atau streptomisin, maka pengobatan TB dapat diberikan lagi dengan tanpa obat tersebut. Bila mungkin, ganti obat tersebut dengan obat lain. Lamanya pengobatan mungkin perlu diperpanjang, tetapi hal ini akan menurunkan resiko terjadinya kambuh.

4. Kadang-kadang, pada pasien timbul reaksi hipersensitivitas (kepekaan) terhadap Isoniasid atau Rifampisin. Kedua obat ini merupakan jenis OAT yang paling ampuh sehingga merupakan obat utama (paling penting) dalam pengobatan jangka pendek. Bila pasien dengan reaksi hipersensitivitas terhadap Isoniasid atau Rifampisin tersebut HIV negative, mungkin dapat dilakukan desensitisasi. Namun, jangan lakukan *desensitisasi* pada pasien TB dengan HIV positif sebab mempunyai risiko besar terjadi keracunan yang berat (Depkes RI, 2007)

2.4.11 Keberhasilan dan Kegagalan pengobatan

1. Keberhasilan pengobatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pengobatan menurut Permatasari (2005) antara lain sebagai berikut:

1) Faktor sarana

Ditentukan oleh tersedianya obat yang cukup dan kontinu, edukasi petugas pelayanan kesehatan yang baik dan pemberian regimen OAT yang adekuat.

2) Faktor penderita

Ditentukan oleh pengetahuan penderita yang cukup mengenai penyakit TB paru, cara pengobatan dan bahaya akibat berobat tidak adekuat. Menjaga kondisi tubuh yang baik dengan makanan bergizi, cukup istirahat, hidup teratur dan tidak minum alkohol atau merokok. Menjaga kebersihan diri dan lingkungan dengan tidak membuang dahak sembarangan, bila batuk

menutup mulut dengan sapu tangan, jendela rumah cukup besar untuk mendapat lebih banyak sinar matahari. Tidak perlu merasa rendah diri atau hina karena TB paru adalah penyakit infeksi biasa dan dapat disembuhkan bila berobat dengan benar. Kesadaran dan tekad penderita untuk sembuh.

3) Faktor keluarga dan masyarakat lingkungan

Dukungan keluarga sangat menunjang keberhasilan pengobatan dengan selalu mengingatkan penderita agar minum obat, perhatian terhadap penderita yang sedang sakit dan member semangat agar tetap rajin berobat.

2. Kegagalan pengobatan

Faktor penyebab penderita gagal berobat adalah kurangnya informasi tentang pengobatan TB, kebosanan minum obat yang terlalu lama dan jumlah obat yang efektif cukup banyak, merasa sudah sehat dan adanya efek samping obat, kesulitan uang atau tidak ada yang mengantar penderita ke puskesmas (Rofiq, 1999)

2.5 Kepatuhan

2.5.1 Definisi

Menurut Sackett (1976) yang dikutip oleh Niven (2000), kepatuhan pasien diartikan sebagai "sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan."

2.5.2 Faktor-faktor yang mendukung kepatuhan pasien

Menurut Feuerstein *et all* (1986) yang dikutip Niven (2000) terdapat 5 faktor yang mendukung kepatuhan pasien antarlain:

1. Pendidikan

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh pasien secara mandiri.

2. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Sebagai contoh, pasien yang lebih mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan, sementara pasien yang lebih mengalami ansietas dalam menghadapi sesuatu, harus diturunkan dahulu tingkat ansietasnya dengan cara meyakinkan dia atau dengan teknik-teknik lain sehingga ia termotivasi untuk mengikuti anjuran pengobatan.

3. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman. Kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program-program pengobatan.

4. Perubahan model terapi

Program-program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin, dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut.

5. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien

Adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Pasien membutuhkan penjelasan tentang diagnosisnya saat ini, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi seperti itu.

Menurut permatasari (2005) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan penderita TB paru dalam menjalani program pengobatannya antara lain sebagai berikut:.

1. Rasa bosan

Seseorang yang telah didiagnosa suatu penyakit yang memerlukan pengobatan dalam jangka waktu yang lama pasti akan merasa bosan dengan terapi atau pengobatan yang dijalani. Pengobatan pada TB paru memerlukan waktu yang lama dalam pengobatannya. Waktu yang paling cepat untuk pengobatan TB paru adalah 6 bulan yaitu pengobatan secara intensif.

2. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan masyarakat tentang TB paru sampai saat ini masih kurang. Hal ini diketahui dari banyaknya anggapan yang salah dimasyarakat yang dapat menghambat program pengobatan dan pemberantasannya. Masyarakat masih beranggapan bahwa penyakit TB merupakan penyakit kutukan dan keturunan atau karena guna-guna. Untuk itu diperlukan penyuluhan pada masyarakat tentang penyakit TB paru, bagaimana cara penularannya dan bagaimana cara pengobatannya. Dan tidak kalah pentingnya dalam penyuluhan yaitu memberikan penjelasan kepada masyarakat bahwa pengobatan TB paru memang memerlukan waktu yang lama.

3. Tempat atau jarak pelayanan kesehatan

Jika jarak antara tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap kepatuhan berobat pada pasien TB paru. Bagi penderita yang berada di kota mudah untuk melakukan pengobatan dikarenakan jarak antara tempat tinggal dengan tempat pengobatan dekat.

4. Budaya

Masih banyak anggapan masyarakat tentang TB paru merupakan penyakit keturunan yang sulit disembuhkan, hal ini membuat penderita menjadi malu untuk berinteraksi dengan orang lain dan malu untuk berobat, untuk itu masyarakat perlu mengenal tentang TB paru secara jelas (Permatasari, 2005).

2.5.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan pengobatan menurut Niven (2002) antara lain sebagai berikut:

1. Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorangpun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan professional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.

2. Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara professional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

3. Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima.

4. Keyakinan, sikap dan kepribadian

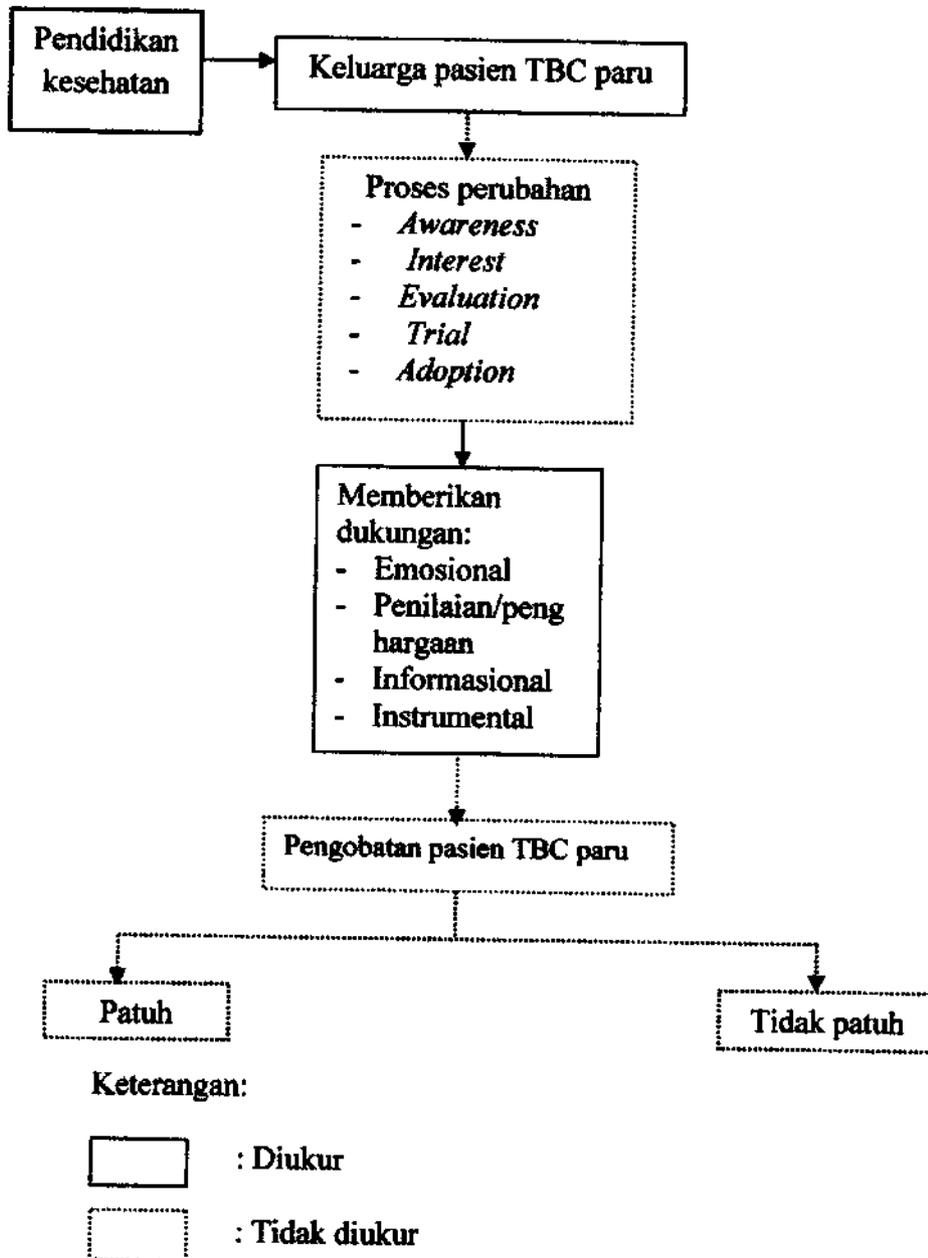
Bukti hasil penelitian bahwa hubungan antara profesional kesehatan dan pasien, keluarga dan teman, keyakinan tentang kesehatan dan kepribadian seseorang berperan dalam menentukan respon pasien terhadap anjuran pengobatan (Niven, 2002)

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru.

Kerangka konseptual diatas menggambarkan faktor eksternal yang mempengaruhi keluarga dalam memberikan dukungan dalam pengobatan pasien TBC paru adalah lingkungan, informasi dan pengetahuan, sedangkan faktor internalnya adalah dukungan keluarga. Dengan diberikannya pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien TBC paru diharapkan keluarga dapat memberikan dukungan baik dukungan emosional, penilaian/penghargaan, informasional dan instrumental kepada pasien TBC paru dalam kepatuhan pengobatan. Sesuai dengan teori Rogers (1974) yang mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu *awareness, interest, evaluation, trial, dan adoption* sehingga keluarga dapat berperan aktif dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru yang mengakibatkan pasien patuh atau tidak patuh.

3.2 Hipotesis

Ada pengaruh Pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru.

BAB 4

METODE PENELITIAN



BAB 4

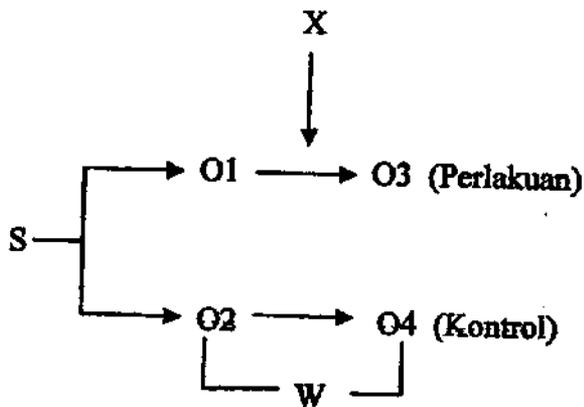
METODE PENELITIAN

Hal-hal yang dikemukakan pada bab ini adalah desain penelitian, kerangka kerja penelitian, populasi, sampel, *sampling*, identifikasi variabel penelitian, definisi operasional, prosedur pengumpulan dan pengolahan data, instrument penelitian, lokasi dan waktu penelitian, langkah analisis data dan etik penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan teknik "*Quasy-experimental*" dengan metode *Pretest-Posttest control group design*.

Model rancangan seperti pada gambar 4.1



Gambar 4.1: Model rancangan penelitian pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru.

Keterangan

S : Subjek (Keluarga pasien TBC paru)

X : intervensi (Pendidikan kesehatan)

W : Waktu intervensi (2x Pendidikan kesehatan selama 15 hari)

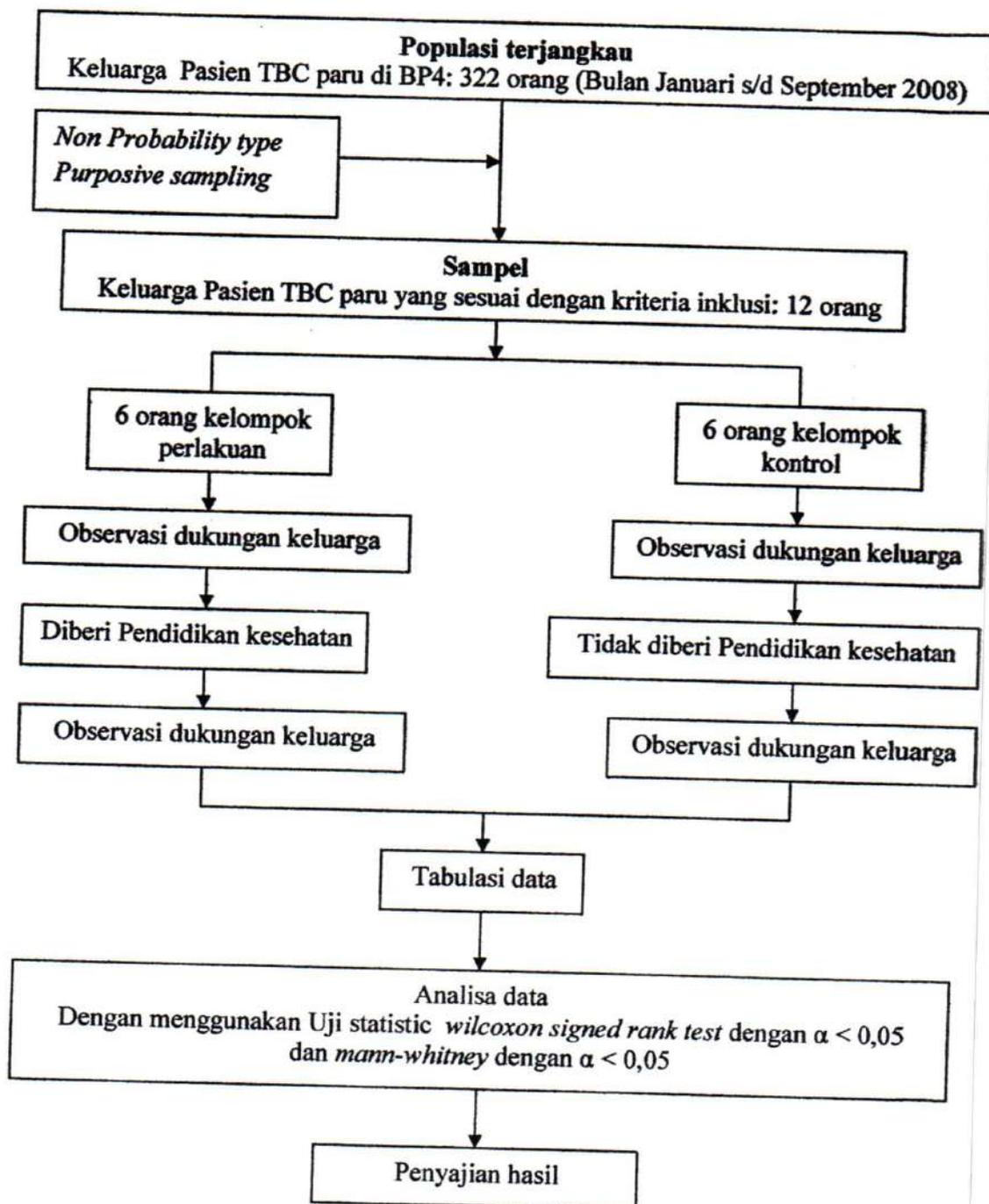
O₁ : Dukungan keluarga sebelum Pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan

O₂ : Dukungan keluarga sebelum Pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol

O₃ : Dukungan keluarga setelah Pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan

O₄ : Dukungan keluarga setelah Pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.2 Kerangka kerja Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan Pasien TBC paru di BP4 Pamekasan.

4.3 Populasi, Besar sampel dan Teknik sampling.

4.3.1 Populasi

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai anggota keluarga menderita TB paru yang berobat di BP4 Pamekasan sebanyak 322 orang (Januari s/d September 2008).

4.3.2 Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini sesuai kriteria inklusi yaitu 12 orang.

Dalam pemilihan sampel, peneliti menerapkan kriteria sampel sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi

- a) Keluarga pasien TBC paru yang kooperatif
- b) Keluarga yang tinggal serumah dengan pasien TBC paru
- c) Keluarga pasien TBC paru yang tinggal di kecamatan Proppo
- d) Keluarga pasien TBC paru yang tidak sakit fisik dan mental
- e) Keluarga yang mempunyai anggota keluarga menderita TBC paru < 1 tahun dan sedang menjalani pengobatan.

4.3.3 Teknik sampling

Cara pengambilan sampel yang di gunakan adalah *Non Probability type Purposive sampling non Random* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian).

4.4 Identifikasi Variabel

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga dalam pengobatan pasien TBC paru.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini diuraikan dalam tabel berikut:

Tabel 4.1 Definisi Operasional Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru di BP4 Pamekasan.

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
Independen Pendidikan kesehatan	Memberikan penambahan pengetahuan kepada pasien dan keluarga	Pemberian informasi tentang: 1. Pengertian TBC paru dan penyebabnya 2. Proses penularan dan pencegahannya 3. Tujuan pengobatan dan tahapannya 4. Pentingnya pengawasan langsung minum obat 5. Akibat apabila tidak patuh minum OAT 6. Definisi dukungan sosial keluarga 7. Jenis dukungan keluarga	SAP		

Dependen:	Bantuan yang diberikan keluarga kepada pasien TBC paru yang sedang menjalani pengobatan.	Dukungan emosional: ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan. Dukungan penilaian/penghargaan: penghargaan positif dan dorongan maju kepada penderita. Dukungan informasional: memberikan informasi, saran dan pengetahuan. Dukungan Instrumental: memberi bantuan baik barang maupun jasa.	Kuesioner	Ordinal	Untuk pertanyaan positif, jawaban Selalu=3, sering=2, kadang=1, dan tidak pernah=0. Untuk pertanyaan negative, jawaban selalu=0, sering=1, kadang=2, tidak pernah=3. Klasifikasi : Baik 76-100% Cukup 56-75% Kurang <56% (Arikunto, 2006)
Dukungan keluarga					

4.6 Pengumpulan dan Pengolahan data

4.6.1 Instrumen penelitian

Pada variabel independen, instrument yang digunakan adalah penyuluhan dengan SAP yang dikembangkan dari teori Friedman (1998) tentang dukungan keluarga yang mencakup definisi dukungan sosial keluarga dan jenis dukungan keluarga. Dan tentang kepatuhan pengobatan mencakup pengertian TBC paru dan penyebabnya, proses penularan dan pencegahannya, tujuan

pengobatan dan tahapannya, pentingnya pengawasan langsung minum obat, akibat apabila tidak patuh minum OAT. Pada variabel dependen, instrument yang digunakan adalah kuesioner dukungan keluarga mengacu pada dukungan emosional, penilaian/penghargaan, informasional dan instrumental yang dirancang sendiri oleh peneliti sebanyak 18 pertanyaan. Pertanyaan yang diajukan meliputi pertanyaan positif (option a, c dan e pada pertanyaan nomor 1, 2 dan 3) dan pertanyaan negative (option b, d dan f pada pertanyaan nomor 1, 2 dan 3), pada pertanyaan positif jika jawaban Selalu=3, sering= 2, kadang=1, dan tidak pernah=0, pada pertanyaan negatif jika jawaban selalu=0, sering=1, kadang=2, dan tidak pernah=3 dengan klasifikasi: Baik 76-100%, Cukup 56-75%, dan Kurang <56%.

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan dilaksanakan dari tanggal 20 Januari 2009 sampai dengan tanggal 1 Februari 2009 di rumah/ tempat tinggal pasien TBC paru di Kecamatan Proppo tepatnya di desa Batukalangan, Candiburung, Campor, Banyubulu, Proppo dan Toket.

4.6.3 Prosedur pengambilan data

Prosedur pengambilan data dalam penelitian ini yaitu permohonan ijin kepada Direktur BP4 Pamekasan untuk mendapatkan persetujuan dan mendapatkan data yang diperlukan yaitu mengidentifikasi pasien TBC paru yang akan dilakukan kunjungan rumah selanjutnya peneliti mendapatkan surat rekomendasi dari BP4 Pamekasan untuk kunjungan rumah di wilayah kecamatan Proppo tepatnya di desa Batukalangan, Candiburung, Campor, Banyubulu, Proppo

dan Toket. Penelitian diawali dengan penjelasan maksud dan tujuan peneliti beserta *informed consent*, setelah mendapat persetujuan kesediaan untuk menjadi responden dan telah menandatangani lembar persetujuan, kemudian peneliti memberikan kuesioner data demografi kepada keluarga pasien beserta petunjuk pengisian yang diberitahu oleh peneliti. Sampel dibagi menjadi 2 kelompok yaitu 6 responden sebagai kelompok perlakuan dan 6 responden sebagai kelompok kontrol. 2 hari setelah melakukan kontrak dengan keluarga pasien TBC paru, pada kelompok perlakuan observasi dukungan keluarga dilakukan kemudian diberi pendidikan kesehatan yang pertama dengan alokasi waktu 40 menit, setelah itu peneliti melakukan kontrak waktu untuk pertemuan kedua yang akan dilaksanakan lima hari kemudian. Pertemuan kedua dilakukan pendidikan kesehatan dengan alokasi waktu 40 menit. Lima hari kemudian dilakukan observasi dukungan keluarga. Observasi dukungan keluarga pada kelompok kontrol dilakukan 2 hari setelah kontrak waktu dengan keluarga, selanjutnya peneliti melakukan kontrak waktu untuk pertemuan kedua yang akan dilaksanakan sepuluh hari kemudian. Pertemuan kedua dilakukan observasi dukungan keluarga. Setelah observasi dukungan keluarga peneliti mengevaluasi hasil dari observasi kemudian kelompok kontrol akan diberi pendidikan kesehatan untuk memenuhi etika penelitian.

4.6.4 Analisis data

Dalam melakukan analisis, data terlebih dahulu harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Dalam statistik, informasi yang diperoleh dipergunakan untuk proses pengambilan keputusan, terutama dalam pengujian hipotesis. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya:

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

2. *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pada data umum responden untuk jenis kelamin laki-laki=1 dan perempuan=2. Untuk kategori umur, 20-30 tahun=1, 31-40 tahun=2, 41-50 tahun=3 dan 51-60 tahun=4. Untuk kategori pendidikan, SD=1, SMP=2, SMA=3 dan perguruan Tinggi=4. Untuk kategori pekerjaan, petani=1, wiraswasta=2, PNS=3 dan tidak bekerja=4. Untuk kategori bentuk keluarga, inti=1, keluarga dan besar=2. Untuk dukungan keluarga, Pertanyaan yang diajukan meliputi pertanyaan positif (option a, c dan e pada pertanyaan nomor 1, 2 dan 3) dan pertanyaan negative (option b, d dan f pada pertanyaan nomor 1, 2 dan 3), pada pertanyaan positif jika jawaban Selalu=3, sering= 2, kadang=1, dan tidak pernah=0, pada pertanyaan negatif jika jawaban selalu=0, sering=1, kadang=2, dan tidak pernah=3 dengan klasifikasi dukungan keluarga kurang=1, cukup=2, baik=3.

3. Tabulasi data

Adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontigensi.

4. Melakukan teknik analisis

Sistem penilaian dari kuesioner dukungan keluarga dengan cara menjumlahkan seluruh item pertanyaan kemudian di bagi dengan skor maksimalnya dan di kalikan 100% yang kemudian di klasifikasikan dengan 76-100%=baik, 56-75%=cukup, dan <56%=kurang. Selanjutnya data yang telah ditabulasi di analisa dengan menggunakan teknik statistik menggunakan bantuan komputer dengan uji statistic *wilcoxon signed rank test* dan *mann-whitney* . untuk mengetahui pengaruh antara variabel independen dan variabel dependen dan untuk mengetahui perbandingan antara kelompok control dan kelompok perlakuan dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$. Bila hasil perhitungan $\alpha < 0,05$ berarti hipotesis 1 (H_1) diterima yaitu pendidikan kesehatan dapat meningkatkan dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru.

4.7 Etik Penelitian

Masalah etika dalam penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus di perhatikan antara lain adalah sebagai berikut:

4.7.1 *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

4.7.2 *Anonymity* (Tanpa nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

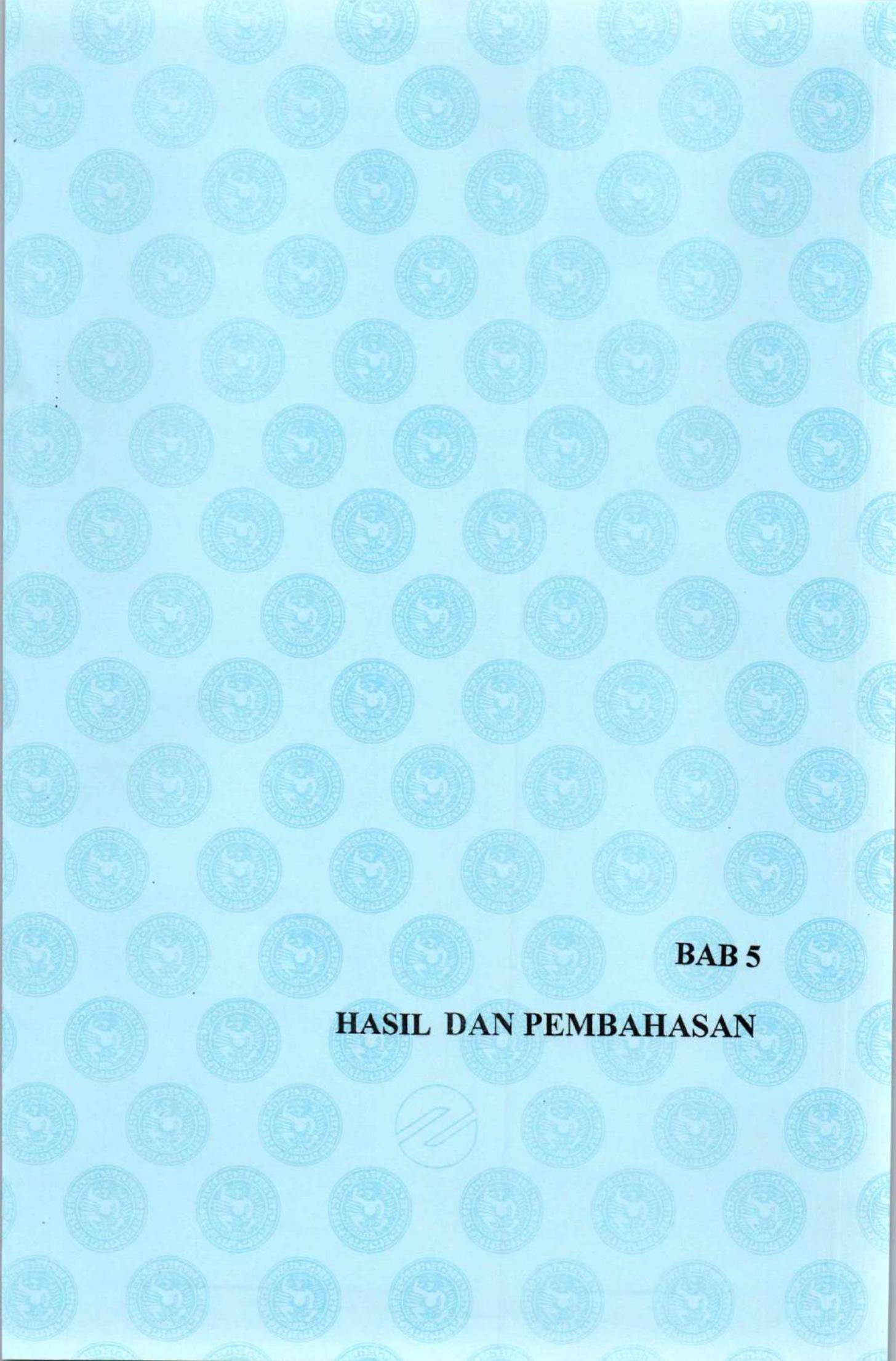
4.7.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti,

hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2007)

4.8 Keterbatasan

1. Pemilihan sample menggunakan tehnik non probability sampling sehingga tidak dapat digeneralisasikan.
2. Instrumen pengumpulan data disusun sendiri oleh peneliti berdasarkan teori yang ada karena belum ada standar yang baku untuk mengukur variabel tersebut dan validitas dan reliabilitasnya belum diuji.

The background of the page is a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized bird or eagle with its wings spread, perched on a globe. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN



BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan tentang hasil penelitian yang meliputi, gambaran secara umum lokasi penelitian, data umum responden keluarga pasien TBC paru (jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan penderita dan bentuk keluarga), dan data khusus tentang pengukuran dukungan keluarga. Setelah itu dilakukan uji statistic dengan menggunakan metode *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann-whitney U test* dengan bantuan komputerisasi.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

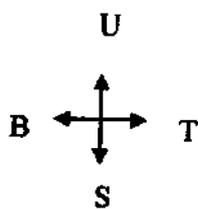
5.1.1.1 Analisa situasi

Gedung Balai Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Paru Pamekasan dibangun pada tahun 1960-1961, terletak diatas lahan seluas 7532 M. Balai Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Paru terletak di Jalan Bonorogo No. 17 Kecamatan Pamekasan Kabupaten Pamekasan. Sebelah utara berbatasan dengan Jalan Letnan Maksu, sebelah selatan berbatasan dengan Jalan Stadion Gg V, Sebelah timur berbatasan dengan Jalan Nugroho dan sebelah barat berbatasan dengan Jalan Stadion.

PETA KABUPATEN PAMEKASAN



Gambar 5.1 Peta Kabupaten Pamekasan



Keterangan:

Penelitian dilaksanakan di Kecamatan Proppo. Kecamatan Proppo terdiri dari 27 Desa antarlain: 1) Gro'om, 2) Batukalangan, 3) Candiburung, 4) Toket, 5) Karanganyar, 6) Samiran, 7) Pangtonggal, 8) Srambah, 9) Badung, 10) Tattangoh, 11) Pangbatok, 12) Panaguan, 13) Campor, 14) Jambringin, 15) Proppo, 16) Mapper, 17) Panglemah, 18) Billa'an, 19) Tlangoh, 20) Kodik, 21) Lenteng, 22) Samatan, 23) Klampar, 24) Rang Perang Laok, 25) Pangurayan, 26) Banyubulu, 27) Rang Perang Daya. Kunjungan Rumah dilaksanakan di desa Batukalangan, Candiburung, Campor, Banyubulu, Proppo dan Toket.

5.1.1.2 Status

Berdasarkan peraturan daerah Propinsi Jawa Timur nomor 37 tahun 2000 tentang Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur pasal 39 disebutkan bahwa Balai Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Paru termasuk unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. BP4 Pamekasan adalah suatu unit jalan mengutamakan pada bidang pemberantasan penyakit paru yang melayani masyarakat eks karesidenan Madura. Dengan demikian wilayah kerja BP4 Pamekasan meliputi seluruh wilayah karesidenan Madura.

5.1.1.3 Sarana dan prasarana

Dalam menunjang pelayanan yang optimal BP4 dilengkapi dengan sarana pelayanan:

1. Unit rawat jalan yang dilengkapi dengan laboratorium dan ruang radiologi.
2. Ruang darurat untuk pertolongan sementara.
3. Ruang rawat inap

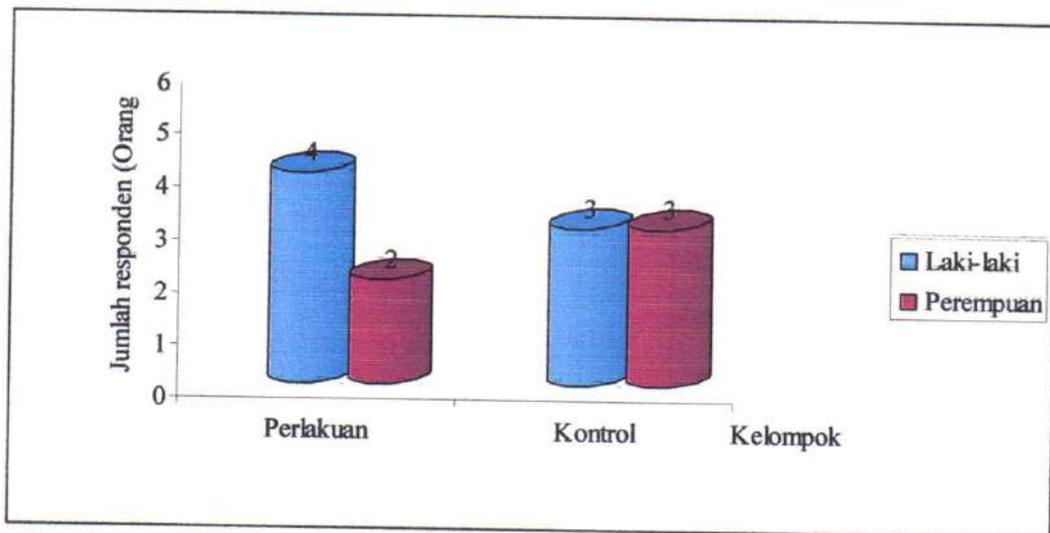
5.1.1.4 Ketenagaan

Ketenagaan di BP4 terdiri dari: 5 orang dokter, 12 orang lulusan Akademi Keperawatan, 5 orang lulusan sekolah perawat kesehatan, 1 orang lulusan akademi penata rongen, 3 orang lulusan sekolah menengah analisis kesehatan, 2 orang lulusan farmasi, 1 orang lulusan ilmu administrasi, 1 orang lulusan ekonomi, 2 orang lulusan STM, 1 orang lulusan SMEA, 8 orang lulusan SLTA, 4 orang lulusan SLTP, 3 orang lulusan SD, 1 orang lulusan SKM.

5.1.2 Data Umum

Data umum responden menguraikan karakteristik responden meliputi: 1) Jenis kelamin, 2) Umur, 3) Riwayat pasien menderita TBC, 4) Pendidikan, 5) Pekerjaan, dan 6) Bentuk keluarga.

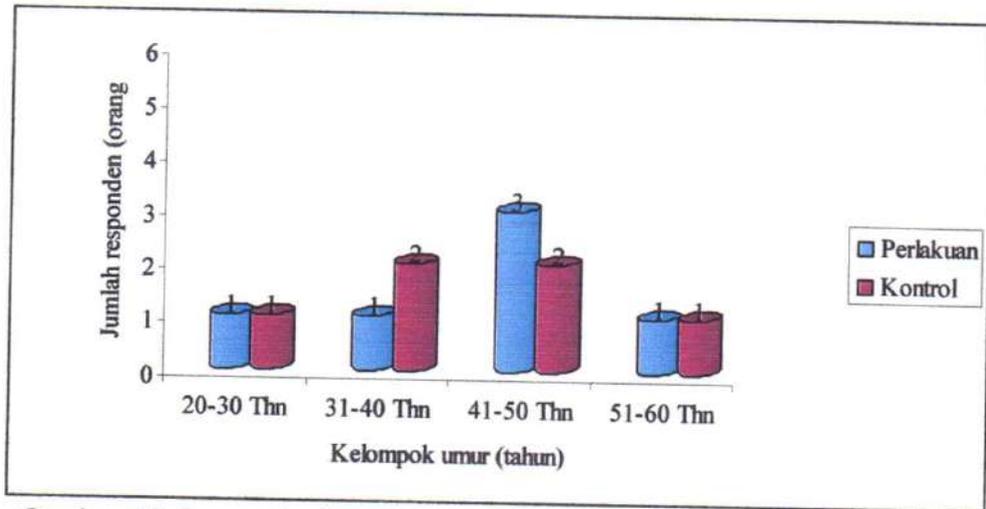
5.1.2.1 Jenis kelamin



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dari tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan

Gambar diagram diatas menunjukkan dari 6 orang pada kelompok perlakuan sebagian besar mempunyai jenis kelamin laki-laki yaitu 4 orang (67%). Pada 6 orang kelompok kontrol perbandingan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan adalah sama yaitu masing-masing 3 orang (50%).

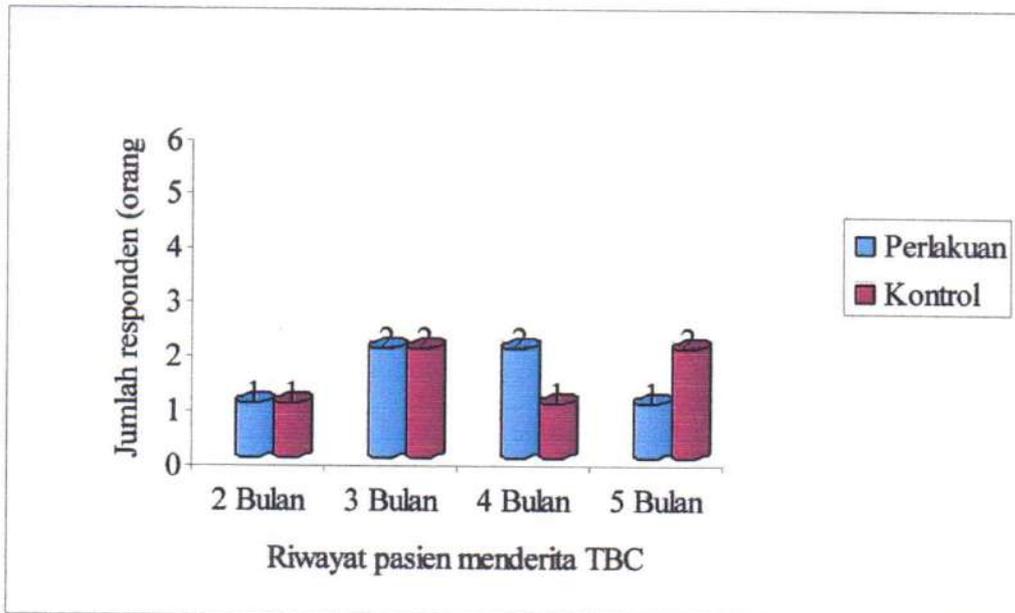
5.1.2.2 Umur



Gambar 5.3 Responden berdasarkan Umur dari tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan

Gambar diagram diatas menunjukkan dari 6 orang pada kelompok perlakuan setengahnya berumur 41-50 tahun yaitu 3 orang (50%). Umur responden pada 6 orang kelompok kontrol berumur 31- 40 tahun dan 41-50 tahun mempunyai jumlah yang sama yaitu masing-masing 2 orang (33%).

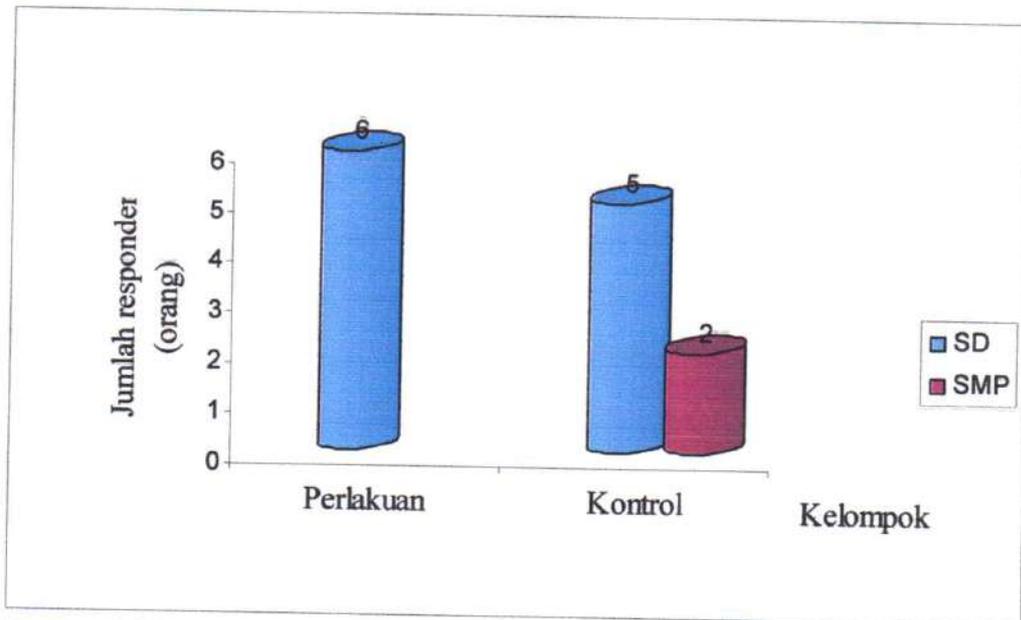
5.1.2.3 Riwayat pasien menderita TBC



Gambar 5.4 Riwayat pasien menderita TBC dari tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan

Gambar diagram diatas menunjukkan pada 6 orang kelompok perlakuan sebagian besar pasien menderita TBC selama 3 dan 4 bulan yaitu masing-masing 2 orang (33%). Pada 6 orang kelompok kontrol sebagian besar pasien menderita TBC selama 3 dan 5 bulan yaitu masing-masing 2 orang (33%).

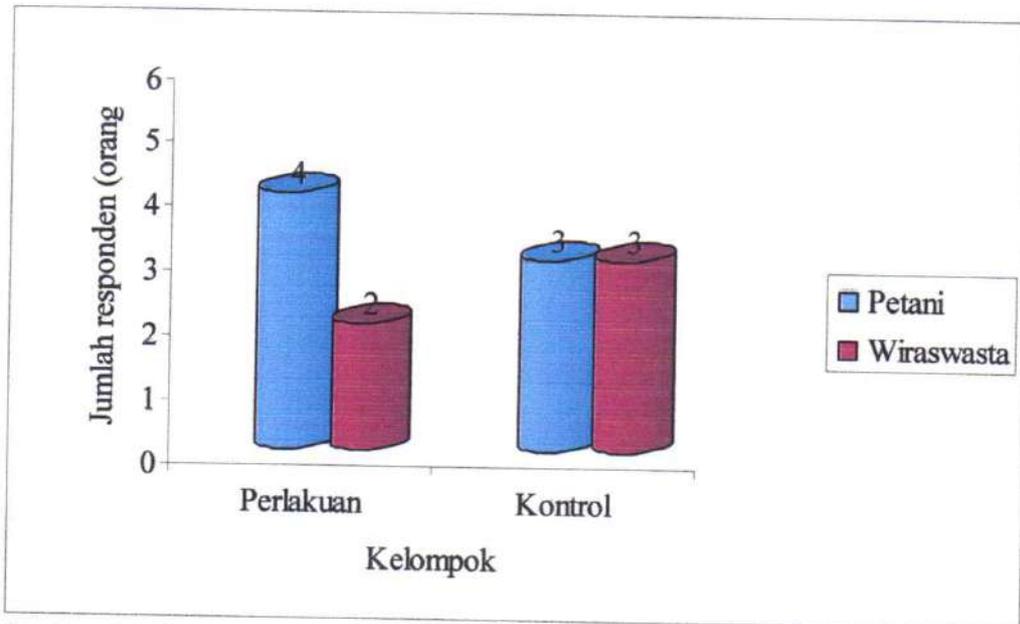
5.1.2.4 Pendidikan



Gambar 5.5 Responden berdasarkan Pendidikan dari tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan

Gambar diagram diatas menunjukkan bahwa perbandingan antara kelompok perlakuan dan 6 orang kelompok kontrol adalah sama yaitu hampir seluruhnya berlatar belakang pendidikan SD yaitu masing-masing 5 orang (83%).

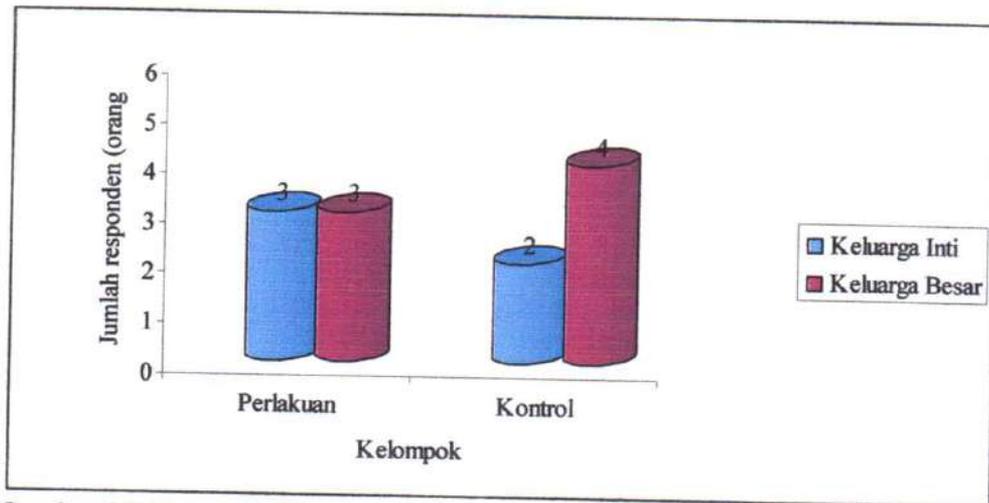
5.1.2.5 Pekerjaan



Gambar 5.6 Responden berdasarkan Pekerjaan dari tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan

Gambar diagram diatas menunjukkan pekerjaan responden pada 6 orang kelompok perlakuan sebagian besar sebagai petani yaitu 4 orang (67%). 6 orang Kelompok kontrol setengahnya bekerja sebagai petani dan setengahnya bekerja sebagai wiraswasta yaitu masing-masing 3 orang (50%).

5.1.2.6 Bentuk keluarga



Gambar 5.7 Responden berdasarkan Bentuk keluarga dari tanggal 20 Januari 2009 s/d 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan

Gambar diagram diatas menunjukkan bentuk keluarga, pada 6 orang kelompok perlakuan mempunyai perbandingan yang sama antara bentuk keluarga inti dan bentuk keluarga besar yaitu masing-masing 3 orang (50%). 6 orang kelompok kontrol sebagian besar mempunyai bentuk keluarga besar yaitu 4 orang (67%).

5.1.3 Data Khusus

5.1.3.1 Hasil observasi dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Tabel 5.1 Skor dukungan keluarga pre dan post tes pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada tanggal 20 Januari s/d tanggal 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan

No	Dukungan keluarga					
	Kelompok Perlakuan			Kelompok Kontrol		
	Nilai Pre	Nilai Post	Selisih Nilai (Δ)	Nilai Pre	Nilai Post	Selisih Nilai (Δ)
1	21	51	30	32	32	0
2	22	49	27	30	30	0
3	18	47	29	27	27	0
4	19	44	25	28	28	0
5	20	46	26	27	27	0
6	20	53	33	28	28	0
Mean	20	48	28	29	29	0

Tabel 5.1 diatas menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan rerata nilai sebelum diberikan intervensi (pendidikan kesehatan) adalah 20, setelah diberikan intervensi (pendidikan kesehatan) rerata meningkat menjadi 48. Rerata selisih nilai pada kelompok perlakuan adalah 28. Pada kelompok kontrol didapatkan rerata nilai sebelum diberikan intervensi (pendidikan kesehatan) adalah 29, setelah diberikan intervensi (pendidikan kesehatan) rerata tidak mengalami peningkatan maupun penurunan yaitu 29. Rerata selisih nilai pada kelompok kontrol adalah 0.

5.1.3.2 Hasil observasi perubahan dukungan keluarga antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah pendidikan kesehatan.

Tabel 5.2 Dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan Pasien TBC paru Tanggal 20 Januari s/d tanggal 1 Februari 2009 di BP4 Pamekasan

No	<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>				<i>Mann-withney U test</i>	
	Perlakuan		Kontrol		Perlakuan	Kontrol
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Post</i>	<i>Post</i>
1	1	3	2	2	3	2
2	1	3	2	2	3	2
3	1	3	1	1	3	1
4	1	3	1	1	3	1
5	1	3	1	1	3	1
6	1	3	1	1	3	1
Mean	1,00	3,00	1,33	1,33	3,00	1,33
SD	0,00	0,00	0,51	0,51	0,00	0,51
	<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> P=0,01		<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i> P=1,00		<i>Mann-withney U test</i> P= 0,002	

Keterangan:

1= Dukungan keluarga Kurang

2= Dukungan keluarga Cukup

3= Dukungan keluarga Baik

Tabel 5.2 diatas menyajikan perbandingan dukungan keluarga sebelum dan sesudah intervensi (Pendidikan kesehatan). Uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* pada kelompok perlakuan menunjukkan nilai signifikansi (p)=0,01 yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru. Hasil rerata yang semula 1 Pada pre-tes meningkat 2 angka menjadi 3 pada pos-tes, menunjukkan secara kuantitatif bahwa dukungan keluarga meningkat setelah diberikan intervensi (pendidikan kesehatan). Uji statistik dengan *Mann-whitney U Test* menunjukkan nilai signifikansi (p)=0,002 yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan

terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru, hal ini juga dapat dikatakan bahwa dukungan keluarga yang mendapat intervensi (pendidikan kesehatan) berbeda dengan keluarga yang tidak mendapat intervensi.

5.2 Pembahasan

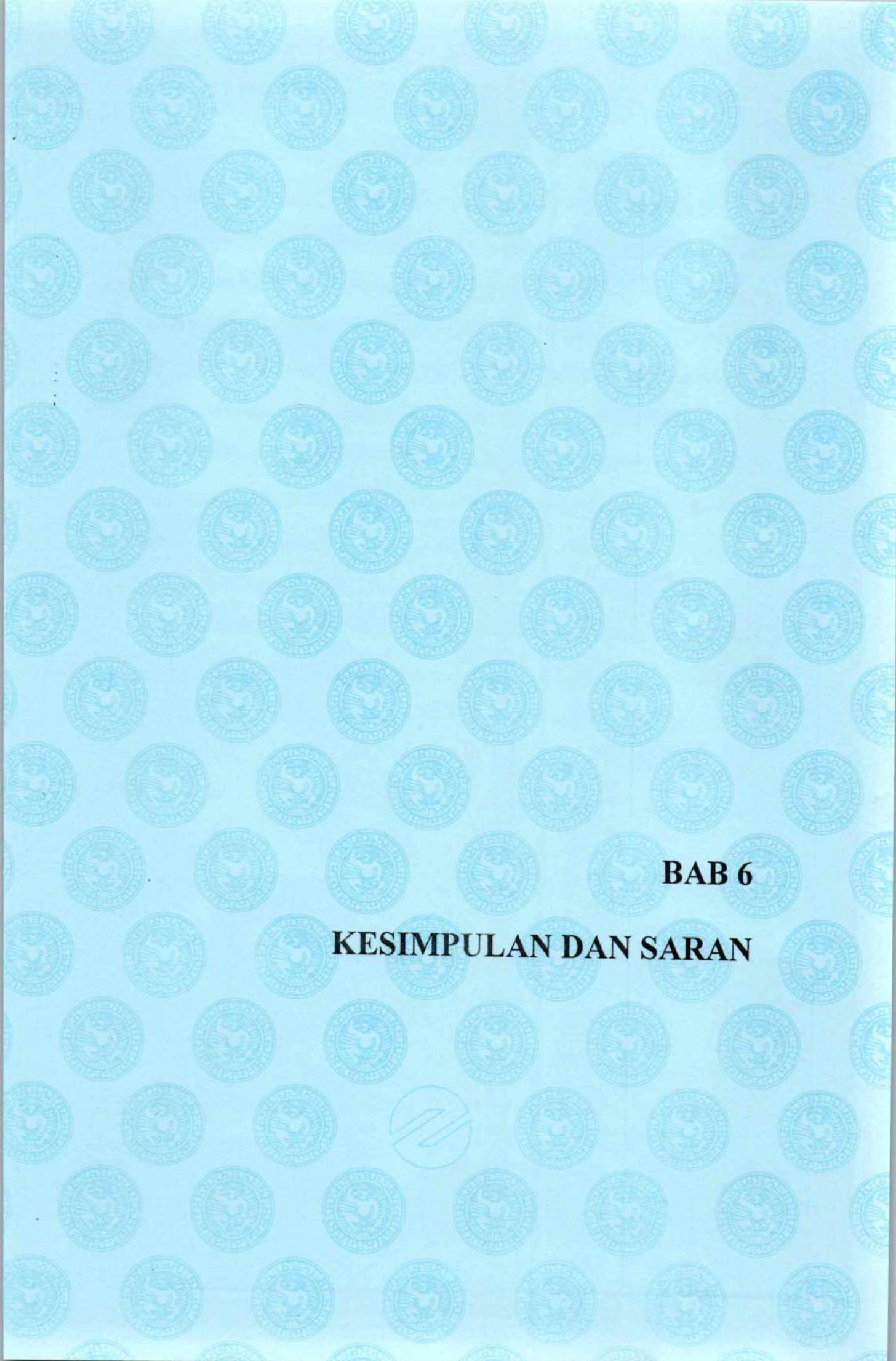
Berdasarkan Tabel 5.1 bahwa pada kelompok perlakuan rerata nilai sebelum diberikan intervensi (pendidikan kesehatan) adalah 20, setelah diberikan intervensi (pendidikan kesehatan) rerata meningkat menjadi 48. Rerata selisih nilai pada kelompok perlakuan adalah 28. Pada kelompok kontrol didapatkan rerata nilai sebelum diberikan intervensi (pendidikan kesehatan) adalah 29, setelah diberikan intervensi (pendidikan kesehatan) rerata tidak mengalami peningkatan maupun penurunan yaitu 29. Rerata selisih nilai pada kelompok kontrol adalah 0. Dari hasil rerata selisih nilai dukungan keluarga pada kelompok perlakuan terdapat tiga responden yang mempunyai nilai selisih dibawah rerata kelompok yaitu responden nomor 2, 4 dan 5. Hal ini berarti keluarga tidak mampu menerima informasi dengan baik sehingga dukungan keluarga yang diberikan menjadi kurang optimal kepada anggota keluarga yang menderita TBC paru. Menurut Nasrul Effendi (1998), hambatan-hambatan yang sering dihadapi dalam memecahkan masalah kesehatan keluarga dari pihak keluarga adalah pendidikan keluarga yang rendah, keterbatasan sumber-sumber daya keluarga (keuangan, sarana dan prasarana), kebiasaan-kebiasaan yang melekat dan sosial budaya yang tidak menunjang. Dalam penelitian ini didapatkan bahwa hampir seluruhnya (83%) berlatar belakang pendidikan SD, sehingga informasi yang di dapat tentang pentingnya dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC

paru tergolong masih kurang. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa jenjang pendidikan secara umum mempengaruhi bentuk pemikiran dan tindakan yang dilakukan responden. Menurut Broewer dikutip dari Nursalam (2001) bahwa semakin rendah pendidikan seseorang dan semakin kurang informasi yang didapat terhadap suatu hal maka semakin rendah pula koping yang digunakan. Pekerjaan responden sebagian besar pekerjaan responden sebagai petani yaitu 4 orang (67%) dan hampir setengahnya bekerja sebagai wiraswasta yaitu 2 orang (33%). Menurut Thomas (1996) yang dikutip oleh Nursalam dan pariani (2001), pekerjaan adalah kesibukan yang harus dilakukan untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya, bekerja umumnya menyita waktu sehingga dapat mempengaruhi hal-hal lain termasuk juga dalam mengetahui sesuatu di luar pekerjaannya misalnya masalah kesehatan keluarga. Sebagian besar responden mempunyai pekerjaan sebagai petani oleh karena itu mereka lebih banyak meluangkan waktu mereka disawah yang dalam hal ini akan berdampak pada waktu untuk memberikan dukungan keluarga pada anggota keluarga yang sakit menjadi tidak optimal. Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukungan sosial yang di pandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses/diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Menurut Nursalam dan Kurniawati (2008) hampir setiap orang tidak mampu menyelesaikan masalahnya sendiri, tetapi mereka memerlukan bantuan orang lain. Dukungan sosial merupakan mediator yang penting dalam menyelesaikan masalah seseorang. Hal ini karena individu merupakan bagian dari keluarga, teman sekolah atau kerja, kegiatan

agama ataupun bagian dari kelompok lainnya. Berdasarkan uraian diatas dukungan keluarga sangat diperlukan oleh anggota keluarga yang sakit. Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam menentukan perilaku anggota keluarganya yang sakit, bersifat mendukung selama masa pengobatan dan pemulihan. Apabila dukungan semacam ini tidak ada maka keberhasilan program pengobatan akan sangat berkurang.

Dari hasil penelitian dukungan keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan selama 2 minggu pada kelompok perlakuan terdapat peningkatan rerata sebesar 2,00 dengan nilai $p=0,01$. Hasil ini menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru di BP4 Pamekasan sedangkan pada kelompok kontrol rerata tidak mengalami kenaikan maupun penurunan dengan nilai $p=1,00$. Dari hasil uji statistik Mann-whitney U Test menunjukkan nilai signifikansi (p)=0,002 yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru, hal ini juga dapat dikatakan bahwa dukungan keluarga yang mendapat intervensi (pendidikan kesehatan) berbeda dengan keluarga yang tidak mendapat intervensi. Menurut Notoatmodjo (2003) pendidikan kesehatan didefinisikan sebagai usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (perilaku) untuk mencapai kesehatan secara optimal. Menurut Herawani, *et all* (2001) tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku individu, kelompok dan masyarakat menuju hal-hal yang positif secara terencana melalui proses belajar. Perubahan perilaku yang diharapkan melalui proses pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah perilaku sehat. Perilaku sehat dapat berupa emosi, pengetahuan,

pikiran, keinginan, tindakan nyata dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Menurut Lawrence Green (1980) di kutip oleh notoatmodjo 2003, perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu: Faktor predisposisi mencakup: pengetahuan, sikap, kebiasaan/tradisi, kepercayaan, system nilai yang dianut, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan sebagainya. Yang kedua adalah faktor pemungkin (*enabling factor*) mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan. Dan yang terakhir adalah faktor penguat yang meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga) dan petugas kesehatan. Perbedaan dukungan keluarga antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dikarenakan adanya perbedaan informasi yang diterima oleh kedua kelompok karena informasi yang diterima akan sangat mempengaruhi pengetahuan dan tindakan dalam memberikan dukungan terhadap anggota keluarganya yang sedang sakit. Pada kelompok kontrol responden nomor 1 dan 2 mempunyai dukungan keluarga dengan ketegori cukup baik pada *pre-test* maupun setelah *post-test*. Dalam penelitian ini didapatkan pada responden nomor 1 dan 2 kelompok kontrol mempunyai latar belakang pendidikan SMP, sehingga informasi yang di dapat tentang pentingnya dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru tergolong cukup. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa jenjang pendidikan secara umum mempengaruhi bentuk pemikiran dan tindakan yang dilakukan seseorang. Menurut Broewer dikutip dari Nursalam (2001) bahwa semakin rendah pendidikan seseorang dan semakin kurang informasi yang didapat terhadap suatu hal maka semakin rendah pula koping yang digunakan.

The background of the page is a repeating pattern of circular logos. Each logo features a stylized bird or eagle with its wings spread, perched on a globe. The logos are arranged in a grid-like pattern across the entire page.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

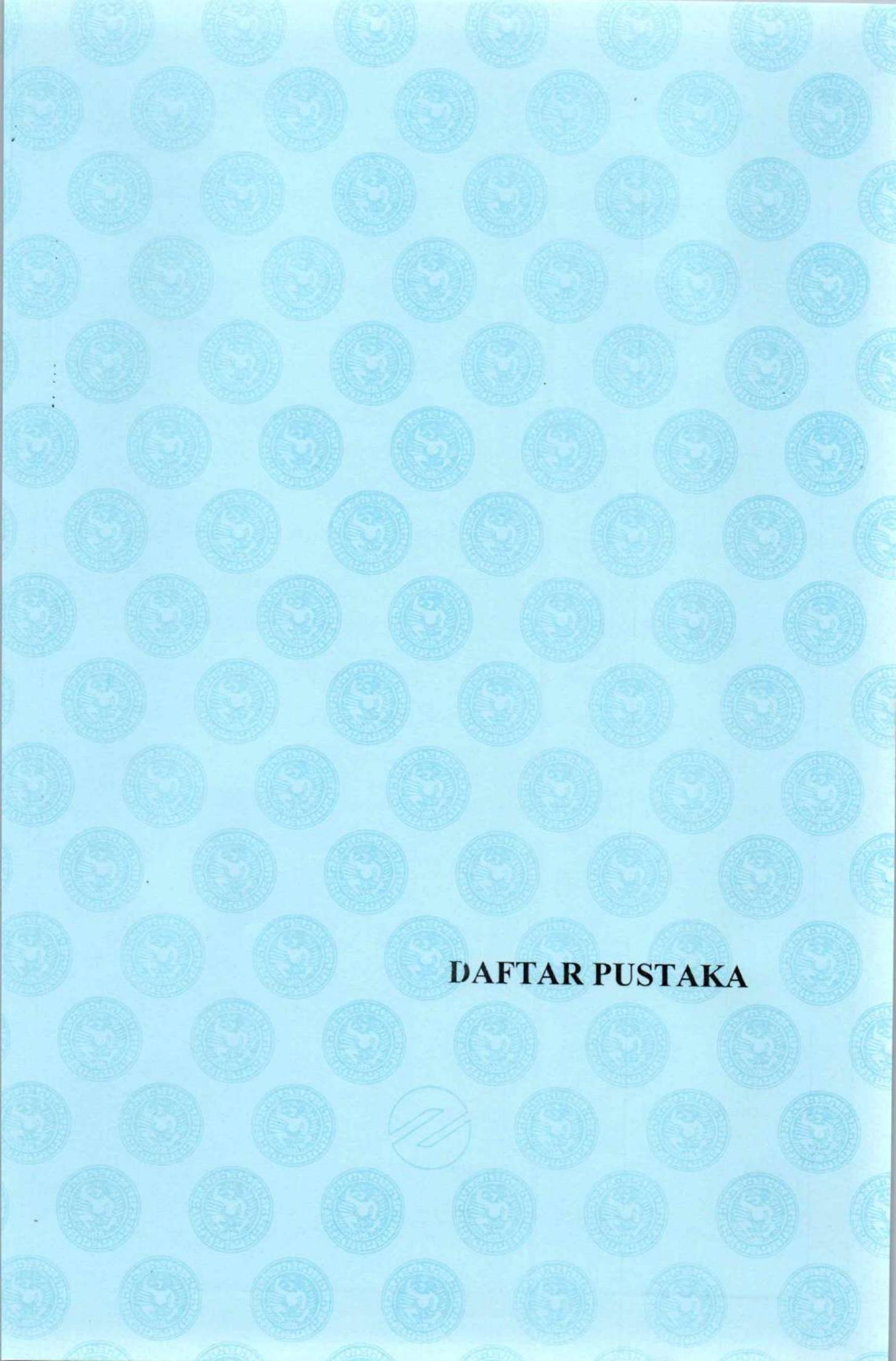
Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru di BP4 pamekasan pada tanggal 20 Januari s/d 1 Februari 2009 terdapat kesimpulan dan saran sebagai berikut:

6.1 Kesimpulan

1. Sebelum diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan seluruh responden mempunyai dukungan keluarga dengan kategori kurang (100%), pada kelompok kontrol sebagian besar responden mempunyai dukungan keluarga dengan kategori kurang (67%).
2. Setelah diberikan pendidikan kesehatan pada kelompok perlakuan seluruh responden mempunyai dukungan keluarga dengan kategori baik (100%), pada kelompok kontrol sebagian besar responden mempunyai dukungan keluarga dengan kategori kurang (67%).
3. Pendidikan kesehatan mempunyai pengaruh terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru.
4. Terdapat perbedaan dukungan keluarga pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah pendidikan kesehatan yaitu dukungan keluarga pada kelompok perlakuan lebih baik daripada kelompok kontrol.

6.3 Saran

- 1. Bagi petugas kesehatan, pendidikan kesehatan tentang pentingnya kepatuhan pengobatan dan pentingnya dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan sebaiknya dilakukan secara berkesinambungan baik di Unit Pelayanan Kesehatan maupun dengan melakukan kunjungan rumah.**
- 2. Keluarga lebih meningkatkan dukungan sosial terhadap anggota keluarga yang menderita TBC paru untuk kepatuhan pengobatan yang sedang dijalani supaya tidak mengalami kerugian baik waktu, tenaga dan biaya perawatan.**
- 3. Bagi peneliti selanjutnya dilakukan penelitian lebih lanjut tentang faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan pasien TBC paru selain dukungan keluarga.**



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta. (hal: 242)
- Azwar, 2003. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. (hal: 4-5)
- Depkes RI, 2005. *Pharmaceutical care untuk penyakit tuberculosis*. Jakarta: Depkes RI. (hal: 12, 80)
- Depkes RI, 2005. *Program Penanggulangan TBC*. [Http://www.Depkes.go.id](http://www.Depkes.go.id). Tanggal 06 Februari 2008 jam 17.00
- Depkes RI, 2007. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta: Depkes RI. (hal: 3, 4, 14, 18, 20-23, 26-27, 33-35)
- Depkes, 2006. *Hari TB sedunia: Menjalin Kemitraan Perangi TB*. <http://www.depkes.go.id>. Tanggal 12 November 2008. Jam 19.00
- Effendy, 1998. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC. (hal: 37, 40, 42-43)
- Friedman, 1998. *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC. (hal: 16-23, 196-197)
- Herawani, *et all*, 2001. *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC. (hal: 6, 7, 12-14)
- Iwan, 2007. *Asuhan Keperawatan dengan TB Paru*. <http://www.iwansain.wordpress.com>. Tanggal 06 Februari 2008. Jam 15.30
- Khaitami, 2008. *Tidur terpisah cegah penularan TBC*. <http://www.banjarmasinpost.co.id>. Tanggal 14 Desember 2008. Jam 22.09
- Maidin, 2008. *TBC bukan penyakit turunan*. <http://cetak.fajar.co.id>. Tanggal 30 Desember 2008. jam 17.00
- Niven, 2000. *Psikologi Kesehatan: Pengantar untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka cipta. (hal: 98-100, 103-108, 118, 128-129, 133)
- Notoatmodjo, 2003. *Pendidikan Kesehatan dan Perilaku*. Jakarta: Rineka cipta. (hal: 13, 121, 128)
- Nova, 2007. *Sekilas Layang Tentang TBC*. [Http://www.dinkes-diy.org](http://www.dinkes-diy.org). Tanggal 27 Oktober 2008. Jam 15.00

- Nursalam dan Kurniawati, 2008. *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika (hal: 29-30)
- Nursalam dan Pariani, 2001. *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto (hal: 132-135)
- Permatasari, 2005. *Pemberantasan Penyakit TB Paru dan Strategi Dots*. e-USU Repository ©2005 Universitas Sumatera Utara.
- PPTI, 2004. *Sekilas Tentang Penyakit TBC*. <http://www.ppti.info.2004>. Tanggal 06 Februari 2008. Jam 15.45
- Rahim, 2008. *Kuman TB Paru paling tinggi di RS*. <http://www.medanbisnisonline.com>. Tanggal 08 Februari 2008. Jam 20.00
- Rofiq, 1999. *Kejadian Putus Berobat Penderita Tuberkulosis Paru dengan Pendekatan DOTS*. <http://www.digilib.litbang.depkes.go.id/>. Tanggal 06 Februari 2008. Jam 15.15
- Sinar harapan, 2004. *Hati-hati kuman TB*. <http://www.sinarharapan.co.id.2004>. Tanggal 06 Februari 2008. Jam 16.00
- Sudiharto, 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC. (hal: 22,24)
- Sugito, 2003. *Penyembuhan TBC Paru*. <http://www2.kompas.com>. Tanggal 23 November 2008 jam 12.00
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC. (hal: 200-201)
- Sylvia, 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses penyakit*. Jakarta: EGC. (hal: 853)
- Tempo, 2005. *Tuberkulosa*. <http://www.tempointeraktif.com.2005>. Tanggal 06 Februari 2008. Jam 16.15

LAMPIRAN



Lampiran
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Nomor : 09/ /H3.1.12/PPd/2009
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa PSIK - FK Unair

Surabaya, 15 Januari 2009

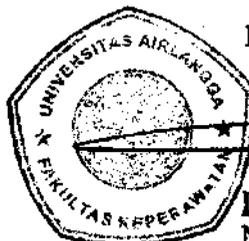
Kepada Yth.
Direktur BP4 Pamekasan
di -
Pamekasan

Dengan hormat,

Schubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Minnah Marzuqi
NIM : 010730435B
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Dukungan
Keluarga dalam Kepatuhan Pengobatan Pasien TBC Paru
di Balai Pemberantasan & Pencegahan Penyakit Paru
Pamekasan
Tempat : BP4 Pamekasan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Penjabat Dekan

[Signature]
Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP : 140238226



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN
Lampiran 2
UNIT BALAI PEMBERANTASAN & PENCEGAHAN PENYAKIT PARU PAMEKASAN
Jalan Bonorogo No. 17 (0324) 322594 – Pamekasan

Pamekasan, 19 Januari 2009

Nomor : *021/36* / 111.16 / 2009
Sifat : Biasa
Perihal : Permohonan kunjungan rumah

Kepada Yth.
Bapak/Ibu
di -
Pamekasan

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya penelitian Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan-Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya di Balai Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Paru Pamekasan, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada Mahasiswa yang tersebut dibawah ini untuk melakukan kunjungan rumah dalam rangka mengumpulkan data sesuai tujuan penelitian yang telah ditetapkan.

Nama : Minnah Marzuqi
NIM : 010730435B
Judul penelitian : Pengaruh pendidikan kesehatan, terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan Pasien TBC Paru di Balai Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Paru Pamekasan.

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih

Kepala Balai Pemberantasan dan Pencegahan
Penyakit Paru Pamekasan

dr. FARID ANWAR, M. Kes
NIP. 140 216 558



SURAT KETERANGAN PENELITIAN

Nomor : 812/ 58 /111.16/2009

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Suwardi
NIP : 510 082 044
Jabatan : Plt.Kepala Sub.Bag Tata Usaha BP4 Pamekasan
Alamat : Jl. Bonorogo No.17 Pamekasan

Menerangkan bahwa mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Minnah Marzuqi
NIM : 010730435B
Mahasiswa : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Telah melakukan penelitian di Balai Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Paru Pamekasan dengan judul : Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Dukungan Keluarga dalam Kepatuhan Pengobatan Pasien TBC Paru di Balai Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Paru Pamekasan.

Mulai tanggal 20 Januari 2009 s/d tanggal 1 Februari 2009

Demikian surat keterangan ini dibuat dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Pamekasan, 02 Februari 2009

An. Kepala Balai Pemberantasan dan Pencegahan
Penyakit Paru Pamekasan
Sub.Bag Tata Usaha



*Lampiran 4***LEMBAR PERMOHONAN PENELITIAN**

Responden yang saya hormati, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama: Minnah Marzuqi

NIM :010730435B

Adalah mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian tentang "pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru di BP4 Pamekasan". Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauhmana pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien TBC paru.

Dengan mengisi setiap item pertanyaan dalam kuesioner ini dengan bebas, tulus dan jujur, berdasarkan pendapat bapak/ibu. Jawaban yang bapak/ibu berikan akan saya rahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila bapak/ibu menyetujui, maka saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab kuesioner yang diajukan peneliti. Atas perhatian dan kerjasama bapak/ibu, saya ucapkan banyak terimakasih.

Surabaya, Desember 2008

Hormat saya

Minnah Marzuqi

*Lampiran 5***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai peserta penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan judul:

"Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam Kepatuhan Pengobatan Pasien TBC Paru Di BP4 Pamekasan".

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya sudah mendapat informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

No Responden:
Tanggal :
Tanda tangan :

*Lampiran 6***LEMBAR KUESIONER PADA KELUARGA PASIEN TBC PARU**

Kuesioner Pengumpulan Data Penelitian Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC Paru Di BP4 Pamekasan.

Petunjuk

Beri tanda (√) pada angka yang telah tersedia sebagai aplikasi/ penilaian saudara terhadap pernyataan pada kuesioner. Mohon diteliti ulang agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.

No responden : (Diisi oleh peneliti)

Tanggal pengisian :

Tempat : Rumah/ Tempat tinggal pasien TBC paru

A. DATA UMUM**1. Jenis Kelamin**

Laki – Laki

Perempuan

2. Umur

20-30 tahun

31-40 tahun

41-50 tahun

51-60 tahun

3. Pendidikan

- SD
- SMP
- SMA
- Perguruan tinggi

4. Pekerjaan

- Petani
- Wiraswasta
- PNS
- Tidak bekerja

5. Bentuk keluarga

- Keluarga inti
- Keluarga besar
- Keluarga dengan orang tua tunggal

7. Riwayat Pasien Menderita TBC

- 1 Bulan
- 2 Bulan
- 3 Bulan
- 4 Bulan
- 5 Bulan

B. DATA KHUSUS**Kuesioner dukungan keluarga**

Berilah tanda (√), pada kolom yang tersedia

No	Jenis dukungan	Selalu	Sering	Kadang	Tidak pernah	Kode
1.	Dukungan emosional dan penilaian/penghargaan a. Keluarga memotivasi pasien untuk minum obat teratur b. Keluarga tidak memperhatikan pesan-pesan dan keluhan pasien c. Keluarga memberi nasihat kepada pasien untuk tidak berkecil hati dan sedih. d. Keluarga tidak melibatkan pasien dalam kegiatan keluarga. e. Keluarga memberi pujian setiap perilaku pasien yang dilakukan benar f. Keluarga bersikap kasar dalam menegur pasien jika ada perilaku pasien yang menyimpang dari anjuran petugas kesehatan.					
2.	Dukungan instrumental (fasilitas/materi) a. Keluarga mengawasi pasien minum obat secara teratur b. Keluarga tidak menyediakan waktu untuk pasien c. Keluarga berperan aktif dalam setiap pengobatan pasien d. Keluarga tidak bersedia membiayai biaya perawatan pasien					

No	Jenis dukungan	Selalu	Sering	Kadang	Tidak pernah	Kode
3.	<p>e. Keluarga tetap menerima pasien dan memberikan segala kebutuhannya.</p> <p>f. Keluarga tidak menyediakan fasilitas untuk pasien</p> <p>Dukungan informasional atau pengetahuan</p> <p>a. Keluarga memberitahu kepada pasien hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter</p> <p>b. Keluarga tidak menjelaskan kepada pasien setiap pasien bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakitnya.</p> <p>c. Keluarga mengingatkan pasien untuk minum obat jika pasien lupa</p> <p>d. Keluarga tidak menjelaskan kepada pasien bahwa penyakit ini adalah penyakit menular bukan penyakit kutukan.</p> <p>e. Keluarga mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu-waktu yang telah ditentukan</p> <p>f. Keluarga tidak mengingatkan pasien untuk segera menemui petugas kesehatan yang memberikan obat, jika terjadi gejala efek samping.</p>					

Lampiran 7

SATUAN ACARA PENYULUHAN
PENTINGNYA KEPATUHAN PENGobatan PASIEN TBC PARU

- Pertemuan** : I
Materi : Pendidikan kesehatan tentang pentingnya kepatuhan pengobatan pada pasien TBC paru
Tempat : Rumah/ Tempat tinggal pasien TBC paru
Sasaran : Keluarga pasien TBC paru
Alokasi waktu : ± 40 menit
-

I. Analisa Situasional

1. **Konselor** : Konselor adalah mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang sedang melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru di BP4 Pamekasan.
2. **Peserta** : Keluarga pasien TBC paru

II. Tujuan Pendidikan Kesehatan

1. Tujuan umum

Pada akhir proses pendidikan kesehatan keluarga pasien TBC paru dapat mengetahui dan mengerti pentingnya kepatuhan pengobatan.

2. Tujuan khusus

- 1). Keluarga dapat menjelaskan pengertian TBC paru dan penyebabnya
- 2). Keluarga dapat menjelaskan proses penularan dan pencegahan TBC paru.
- 3). Keluarga dapat menyebutkan tujuan pengobatan dan tahapannya.
- 4). Keluarga dapat mengetahui pentingnya pengawasan langsung minum obat.
- 5). Keluarga dapat menyebutkan akibat apabila tidak patuh minum OAT.

III. Persiapan

Pada persiapan meliputi :

1. Persiapan alat dan media
 - 1). Leaflet tentang pentingnya kepatuhan pengobatan
 - 2). Lembar materi pendidikan kesehatan
2. Persiapan materi
 - 1). Materi pendidikan kesehatan
 - Pengertian TBC paru dan penyebabnya
 - Proses penularan dan pencegahannya.
 - Tujuan pengobatan dan tahapannya.
 - Pentingnya pengawasan langsung minum obat.
 - Akibat apabila tidak patuh minum OAT.
 - 2). Tempat pelaksanaan di rumah/ tempat tinggal pasien TBC paru

IV. Metode

1. Metode pendidikan individual.
2. Tanya jawab

V. Pengorganisasian

1. Pembicara/pelaksana kegiatan : Minnah Marzuqi
2. Pembimbing : 1. Esti Yunitasari, S.Kp., M. Kes.
2. Makhfudli, S.Kep Ns

VI. Pelaksanaan

Pendidikan kesehatan tentang pentingnya kepatuhan pengobatan dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:

NO	TAHAP	WAKTU	KEGIATAN	EVALUASI
1	Persiapan		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengingatn kontrak dengan responden untuk mengikuti kegiatan 2. mempersiapkan alat dan tempat kegiatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien ingat dengan kontrak pertemuan dengan peneliti
2	Orientasi	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. menyampaikan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan tujuan kegiatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peserta menjawab salam 2. Peserta kooperatif memperkenalkan diri 3. Peserta mengerti maksud dan tujuan kegiatan
3	Tahap kerja	30 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya kepatuhan pengobatan pasien TBC paru. 2. Memberi kesempatan menanyakan hal-hal yang kurang jelas 3. Menjawab pertanyaan yang diajukan peserta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Menanyakan hal-hal yang kurang jelas
4	Tahap terminasi	5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan materi yang telah diberikan 2. Melakukan evaluasi hasil kegiatan 3. Melakukan kontrak waktu untuk pertemuan kedua yaitu satu minggu yang akan datang. 4. Memberi salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan 4. Menjawab salam

VII. Evaluasi

1. Kriteria Struktur

- a. Keluarga berkumpul di tempat kegiatan/ tempat tinggal pasien.
- b. Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di rumah/tempat tinggal pasien TBC paru.
- c. Kuesioner dukungan keluarga diberikan sebelum diberikan pendidikan kesehatan.

2. Kriteria Proses

- a. Keluarga antusias terhadap kegiatan pendidikan kesehatan.
- b. Keluarga konsentrasi mendengarkan dan memperhatikan.
- c. Keluarga mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara lengkap dan benar.

3. Kriteria Hasil

- a. Keluarga mengetahui tentang pengertian TBC, penyebab, proses penularan dan pencegahannya.
- b. Keluarga mengetahui tentang tujuan pengobatan, tahapan pengobatan dan akibat yang terjadi apabila tidak patuh minum obat.

SATUAN ACARA PENYULUHAN
PENTINGNYA DUKUNGAN KELUARGA PADA PASIEN TBC PARU

- Pertemuan : II
- Materi : Pendidikan kesehatan tentang pentingnya dukungan keluarga pada pasien TBC paru
- Tempat : Rumah/ Tempat tinggal pasien TBC paru
- Sasaran : Keluarga pasien TBC paru
- Alokasi waktu: ± 40 menit
-

I. Analisa Situasional

1. Konselor : Konselor adalah mahasiswa Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang sedang melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam kepatuhan pengobatan pasien TBC paru di BP4 Pamekasan.
2. Peserta : Keluarga pasien TBC paru

II. Tujuan Pendidikan Kesehatan

1. Tujuan umum

Pada akhir proses pendidikan kesehatan keluarga pasien TBC paru dapat mengetahui dan mengerti pentingnya dukungan keluarga.

2. Tujuan khusus

- 1). Keluarga dapat menjelaskan pengertian dukungan keluarga.
- 2). Keluarga dapat menyebutkan jenis dukungan keluarga.
- 3). Keluarga dapat mengetahui pentingnya dukungan keluarga.

III. Persiapan

Pada persiapan meliputi :

1. Persiapan alat dan media

- 1). Leaflet tentang pentingnya dukungan keluarga.
- 2). Lembar materi pendidikan kesehatan

2. Persiapan materi

1). Materi pendidikan kesehatan

- Pengertian dukungan keluarga
- Jenis dukungan keluarga.
- Pentingnya dukungan keluarga.

2). Tempat pelaksanaan di rumah/ tempat tinggal pasien TBC paru

V. Metode

1. Metode pendidikan individual.
2. Tanya jawab

VI. Pengorganisasian

1. Pembicara/pelaksana kegiatan : Minnah Marzuqi
2. Pembimbing : 1. Esti Yunitasari, S.Kp., M. Kes.
2. Makhfudli, S.Kep Ns

VII. Pelaksanaan

Pendidikan kesehatan tentang pentingnya dukungan keluarga dilaksanakan dengan tahapan sebagai berikut:

NO	TAHAP	WAKTU	KEGIATAN	EVALUASI
1	Persiapan		1. Mengingatkan kontrak dengan responden untuk mengikuti kegiatan 2. mempersiapkan alat dan tempat kegiatan	1. Keluarga pasien ingat dengan kontrak pertemuan dengan peneliti
2	Orientasi	5 menit	1. menyampaikan salam 2. Menyampaikan tujuan kegiatan	1. Peserta menjawab salam 2. Peserta mengerti maksud dan tujuan kegiatan

3	Tahap kerja	30 menit	1. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya dukungan keluarga pada pasien TBC paru. 2. Memberi kesempatan menanyakan hal-hal yang kurang jelas 3. Menjawab pertanyaan yang diajukan peserta	1. Mendengarkan dan memperhatikan 2. Menanyakan hal-hal yang kurang jelas
4	Tahap terminasi	5 menit	1. Menyimpulkan materi yang telah diberikan 2. Melakukan evaluasi hasil kegiatan 3. Memberi salam penutup	1. Memperhatikan 3. Menjawab salam

VIII. Evaluasi

1. Kriteria Struktur

- a. Keluarga berkumpul di tempat kegiatan/ tempat tinggal pasien TBC paru.
- b. Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di rumah/tempat tinggal pasien TBC paru.

2. Kriteria Proses

- a. Keluarga antusias terhadap kegiatan pendidikan kesehatan.
- b. Keluarga konsentrasi mendengarkan dan memperhatikan.
- c. Keluarga mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara lengkap dan benar.

3. Kriteria Hasil

- a. Keluarga mengetahui tentang pengertian dukungan keluarga dan jenis dukungan keluarga.
- b. Keluarga mengetahui tentang pentingnya dukungan keluarga.

*Lampiran 8***MATERI PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG TBC PARU****A. Pengertian TBC paru.**

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh "Mycobacterium tuberculosis". Kuman ini dapat menyerang semua bagian tubuh manusia, dan yang paling sering terkena adalah organ paru (PPTI, 2004).

B. Penyebab.

Mycobacterium tuberculosis

C. Diagnosis

Diagnosis TBC paru ditegakkan dengan pemeriksaan dahak dan rontgen.

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS):

- 1) Sewaktu (S): dahak dikumpulkan pada saat suspek TB datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi pada hari kedua.
- 2) Pagi (P): dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di unit pelayanan kesehatan.
- 3) Sewaktu (S): dahak dikumpulkan di unit pelayanan kesehatan pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi (Depkes RI, 2007).

D. Proses penularan.

Sumber penularan adalah penderita TB BTA positif pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk droplet (percikan dahak). Droplet yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam sedangkan di bawah sinar matahari langsung kuman mati dengan cepat. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup kedalam saluran pernafasan. Jadi penularan TB tidak terjadi melalui perlengkapan makan, baju, dan perlengkapan tidur. Setelah kuman TB masuk ke dalam tubuh manusia melalui pernafasan, kuman TB tersebut dapat menyebar dari paru kebagian tubuh lainnya, melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya. Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular (Depkes RI, 2005).

Di samping penularan melalui saluran pernapasan (paling sering), M. tuberculosis juga dapat masuk ke dalam tubuh melalui saluran pencernaan dan luka terbuka pada kulit (lebih jarang) (Iwan, 2007).

E. Pencegahan.

1. Cara pencegahan penyakit TBC:

Hidup sehat (makan makanan yang bergizi, istirahat yang cukup, olahraga teratur minimal jalan kaki 3-4 kali seminggu dengan jarak 2-3 km atau sesuai kemampuan, hindari rokok, alkohol, obat bius, hindari stres), dan vaksinasi pada bayi (Maidin, 2008).

2. Pencegahan penularan:

Penderita TBC paru harus minum obat secara teratur sampai sembuh, menutup mulut dengan tissue atau sapu tangan yang bersih ataupun dengan kain bersih sewaktu bersin atau batuk agar kuman pada dahak atau air liur tidak menyebar dan dihirup orang lain melalui udara selanjutnya tissue yang sudah digunakan di tampung dalam wadah yang berisi lisol sebelum dibuang dan sapu

tangan di cuci setiap hari, tidur terpisah dari anggota keluarga dirumah, jangan meludah di sembarang tempat, dan meludah di tempat tertentu yang sudah di isi air sabun atau karbol/lisol, di closet dan disiram lysol ataupun meludah di tempat yang kena sinar matahari. Untuk keluarga dianjurkan menjemur tempat tidur yang dipakai penderita secara teratur di bawah sinar matahari, buka jendela lebar-lebar agar udara segar dan sinar matahari dapat masuk ke dalam ruangan (Khaitami, 2008).

F. Tujuan pengobatan.

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi (kekebalan) kuman terhadap obat anti tuberkulosis (OAT) (Depkes RI, 2005).

G. Tahapan pengobatan.

Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap antara lain:

1. Tahap intensif

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi (kebal) obat. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan. Pada tahap intensif kontrol dilakukan setiap satu bulan untuk mengetahui kenaikan berat badan dan untuk pemeriksaan dahak dilakukan setelah tahap intensif yaitu setelah dua bulan pertama pengobatan.

2. Tahap lanjutan.

Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten (*dormant*) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan. Pada tahap lanjutan, kontrol dilakukan setiap satu bulan untuk mengetahui kenaikan berat badan dan untuk pemeriksaan dahak

dilakukan satu bulan sebelum akhir pengobatan (bulan ke lima) atau pada akhir pengobatan (bulan ke enam) (Depkes RI, 2007).

H. Pentingnya pengawasan langsung minum obat.

Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).

Pengawasan langsung menelan obat sangat penting terutama pada pengobatan tahap awal (intensif). Bila tahap ini dapat dilalui dengan baik, maka besar kemungkinan penderita dapat disembuhkan, dan kemungkinan penularan sangat berkurang. Oleh karena itu Penderita perlu didampingi oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO) (Depkes RI, 2005).

I. Akibat apabila tidak patuh minum OAT.

Kepatuhan dan jadwal minum obat apabila dilanggar, akibatnya kuman-kuman yang terdapat di dalam tubuh akan menjadi kebal terhadap obat tersebut, untuk selanjutnya penyakit yang diderita lebih sulit disembuhkan. Apabila berhenti minum obat sebelum waktunya, batuk yang sudah hilang akan timbul kembali, kambuh, dan kemungkinan kuman akan kebal (resistensi) terhadap jenis obat tersebut (Depkes RI, 2007).

MATERI PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG PENTINGNYA DUKUNGAN KELUARGA

1. Definisi

Dukungan sosial keluarga yaitu dukungan sosial yang di pandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses/diaakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung; atau dukungan sosial keluarga eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja sosial keluarga).

2. Jenis Dukungan keluarga

a. Instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit yaitu keluarga memberikan bantuan kepada anggota keluarga yang sakit, baik bantuan berupa barang maupun jasa.

Contoh: Keluarga mengawasi pasien minum obat secara teratur, keluarga mengantarkan pasien ke unit pelayanan kesehatan untuk kontrol, keluarga menyediakan makanan yang bergizi untuk pasien dan membiayai perawatan pasien.

b. Informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah penyebar/ pemberi informasi.

Contoh: Keluarga mengingatkan pasien untuk minum obat jika pasien lupa, Keluarga menjelaskan kepada pasien bahwa penyakit ini adalah penyakit menular bukan penyakit kutukan, Keluarga menjelaskan kepada pasien setiap pasien bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakitnya.

c. Penilaian (appraisal)/ penghargaan.

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber yang memberikan penghargaan dan dorongan kepada penderita.

Contoh: Keluarga memberi pujian setiap perilaku pasien yang dilakukan benar, keluarga bersikap halus dan menegur dengan benar jika ada perilaku pasien yang menyimpang dari anjuran petugas kesehatan, dan keluarga memberikan hadiah atau penghargaan kepada pasien jika pasien teratur minum obat dan tidak melakukan hal-hal yang dapat memularkan penyakitnya kepada orang lain.

d.Emosional

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

Contoh: Keluarga memotivasi pasien untuk minum obat teratur, keluarga memberi nasihat kepada pasien untuk tidak berkecil hati dan sedih dan keluarga melibatkan pasien dalam kegiatan keluarga.

3. Pentingnya dukungan keluarga

Dukungan keluarga sangat diperlukan karena dukungan keluarga dapat mempengaruhi perilaku seseorang untuk berubah seperti minum obat teratur, melakukan kontrol tepat waktu dan perilaku pencegahan penularan terhadap orang lain, dan dukungan keluarga dapat membangun atau meningkatkan harga diri seseorang dengan menyediakan waktu untuk berinteraksi dengan penderita TBC dan mendorong penderita agar tidak berkecil hati dan bersedih (Friedman, 1998).

KEPATUHAN PENGOBATAN TBC PARU



OLEH
MINNAH MARZUQI
010730435 B

PROGRAM STUDI SARJANA
KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2008

APA TBC ITU? & APAKAH PENYEBAB PENYAKIT TBC?

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh "Mycobacterium tuberculosis". Kuman ini dapat menyerang semua organ tubuh dan yang paling sering terkena adalah organ paru.

BAGAIMANA MENCEGAH PENULARAN PENYAKIT TBC?

Budayakan hidup sehat dengan cara:

- Untuk mempertinggi daya tahan tubuh, makanlah makanan bergizi yang terjangkau, misalnya tahu, tempe, ikan laut, sayur-sayuran dan buah-buahan.
- Istirahat yang cukup
- Jangan bekerja terlalu berat
- Minum obat teratur (Jangan stop obat sendiri)
- Penderita TBC paru dianjurkan tidak tidur satu kamar dengan keluarganya, terutama selama 2 bulan pengobatan pertama

- Tidak merokok
- Jika batuk tutuplah mulut dengan sapu tangan atau tisu
- Tisu yang sudah digunakan di tampung dalam pot berisi lisol sebelum dibuang dan sapu tangan di cuci setiap hari.



- Jangan meludah disembarang tempat
- Jika batuk berdahak, dahaknya ditampung dalam pot berisi air sabun atau lisol
- Buka jendela lebar-lebar agar udara segar dan sinar matahari masuk ke dalam ruangan.

TUJUAN PENGOBATAN

Menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi (kekebalan) kuman terhadap obat anti tuberkulosis (OAT).

TAHAPAN PENGOBATAN

1. INTENSIF (awal pengobatan sampai dengan dua bulan)
penderita mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi (kebal) obat.
2. LANJUTAN
Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten (*dormant*) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

AKIBAT BILA TIDAK PATUH MINUM OBAT

Apabila berhenti minum obat sebelum waktunya, batuk yang sudah hilang akan timbul kembali, kambuh, dan kemungkinan kuman akan kebal (resistensi) terhadap jenis obat tersebut.

PENTINGNYA PENGAWASAN LANGSUNG MINUM OBAT

- ✓ Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat
- ✓ Pada pengobatan tahap awal (intensif). Bila tahap ini dapat dilalui dengan baik, maka besar kemungkinan penderita dapat disembuhkan, dan kemungkinan penularan sangat berkurang. Oleh karena itu Penderita perlu didampingi oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).

MINUM OBAT TERATUR TBC SEMBUH



TERIMAKASIH

**DUKUNGAN KELUARGA DALAM
KEPATUHAN PENGOBATAN
PENYAKIT TBC PARU**



**OLEH
MINNAH MARZUQI
010730435 B**

**PROGRAM STUDI SARJANA
KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2008**

APA DUKUNGAN KELUARGA ITU???

Dukungan sosial keluarga yaitu dukungan sosial yang di pandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diberikan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung; atau dukungan sosial keluarga eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja ja sosial keluarga).

JENIS DUKUNGAN KELUARGA

a. Instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan yaitu keluarga memberikan bantuan kepada anggota keluarga yang sakit, baik bantuan berupa barang maupun jasa.

Contoh: Keluarga mengawasi pasien minum obat secara teratur, keluarga mengantarkan pasien ke unit pelayanan kesehatan untuk kontrol, keluarga menyediakan makanan yang bergizi untuk pasien dan membiayai perawatan pasien.

c. Informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah penyebar/ pemberi informasi.
Contoh: Keluarga mengingatkan pasien untuk minum obat jika pasien lupa, Keluarga menjelaskan kepada pasien setiap pasien bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakitnya.

d. Penilaian (appraisal)/ penghargaan.

Keluarga bertindak menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber yang memberikan penghargaan dan dorongan kepada penderita.

Contoh: Keluarga memberi pujian setiap perilaku pasien yang dilakukan benar,

b. Emosional

Keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Contoh: Keluarga memotivasi pasien untuk minum obat teratur, keluarga memberi nasihat kepada pasien untuk tidak berkecil hati dan sedih dan keluarga melibatkan pasien dalam kegiatan keluarga.

Pentingnya dukungan keluarga

Dukungan keluarga sangat diperlukan karena dukungan keluarga dapat mempengaruhi perilaku seseorang untuk berubah seperti minum obat teratur, melakukan kontrol tepat waktu dan perilaku pencegahan penularan terhadap orang lain, dan dukungan keluarga dapat membangun atau meningkatkan harga diri seseorang dengan menyediakan waktu untuk berinteraksi dengan penderita TBC dan mendorong penderita agar tidak berkecil hati dan bersedih.

FERI MAHASIHA

TABULASI DATA RESPONDEN

Kelompok	No resp	Jenis kelamin	Umur	Riwayat pasien menderita TB	Pendidikan	Pekerjaan	Bentuk keluarga	Dukungan keluarga	
								Pre-test	Pos-test
Perlakuan	1	1	3	3	1	1	1	1	3
	2	2	2	4	1	1	1	1	3
	3	1	3	4	1	1	1	1	3
	4	1	4	5	1	1	2	1	3
	5	2	3	3	1	2	2	1	3
	6	1	1	2	1	2	2	1	3
Kontrol	7	1	1	2	2	2	1	1	3
	8	1	4	3	2	1	2	2	2
	9	2	2	5	1	1	1	1	2
	10	1	3	4	1	2	2	1	1
	11	2	3	5	1	2	2	1	1
	12	2	2	3	1	1	2	1	1

Keterangan :

- Jenis kelamin
 1= Laki-laki
 2= Perempuan
- Umur
 1= 20-30
 2= 31-40
 3= 41-50
 4= 51-60
 5= 5 bulan
- Riwayat pasien menderita TB
 1= 1 bulan
 2= 2 bulan
 3= 3 bulan
 4= 4 bulan
 5= 5 bulan
- Pendidikan
 1= SD
 2= SMP
 3= SMA
 4= Perguruan Tinggi
- Pekerjaan
 1= Petani
 2= Wiraswasta
 3= PNS
 4= Tidak bekerja
- Bentuk keluarga
 1= Inti
 2= Besar
 3= Keluarga dengan orang tua tunggal
- Dukungan keluarga
 1= Kurang
 2= Cukup
 3= Baik

Kelompok Perlakuan

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Dukungan keluarga sebelum pendidikan kesehatan	6	1.00	.000	1	1
Dukungan keluarga sesudah pendidikan kesehatan	6	3.00	.000	3	3

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dukungan keluarga sesudah pendidikan kesehatan - Dukungan keluarga sebelum pendidikan kesehatan	Negative Ranks	0(a)	.00	.00
	Positive Ranks	6(b)	3.50	21.00
Ties		0(c)		
Total		6		

- a Dukungan keluarga sesudah pendidikan kesehatan < Dukungan keluarga sebelum pendidikan kesehatan
 b Dukungan keluarga sesudah pendidikan kesehatan > Dukungan keluarga sebelum pendidikan kesehatan
 c Dukungan keluarga sebelum pendidikan kesehatan = Dukungan keluarga sesudah pendidikan kesehatan

Test Statistics(b)

	Dukungan keluarga sesudah pendidikan kesehatan - Dukungan keluarga sebelum pendidikan kesehatan
Z	-2.449(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.014

- a Based on negative ranks.
 b Wilcoxon Signed Ranks Test

Kelompok Kontrol

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Pre-tes dukungan keluarga kelompok kontrol	6	1.33	.516	1	2
Pos-tes dukungan keluarga kelompok kontrol	6	1.33	.516	1	2

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pos-tes dukungan keluarga kelompok kontrol - Pre-tes dukungan keluarga kelompok kontrol	Negative Ranks	0(a)	.00	.00
	Positive Ranks	0(b)	.00	.00
	Ties	6(c)		
	Total	6		

- a Pos-tes dukungan keluarga kelompok kontrol < Pre-tes dukungan keluarga kelompok kontrol
 b Pos-tes dukungan keluarga kelompok kontrol > Pre-tes dukungan keluarga kelompok kontrol
 c Pre-tes dukungan keluarga kelompok kontrol = Pos-tes dukungan keluarga kelompok kontrol

Test Statistics(b)

	Pos-tes dukungan keluarga kelompok kontrol - Pre-tes dukungan keluarga kelompok kontrol
Z	.000(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000

- a The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.
 b Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Dukungan keluarga	12	2.17	.937	1	3
Kelompok responden	12	1.50	.522	1	2

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok responden	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Dukungan keluarga	perlakuan	6	9.50	57.00
	Kontrol	6	3.50	21.00
	Total	12		

Test Statistics(b)

	Dukungan keluarga
Mann-Whitney U	.000
Wilcoxon W	21.000
Z	-3.146
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.002(a)

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok responden