

**TESIS**

**KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM PERAWATAN KESEHATAN  
ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA TB  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KAWANGU  
KABUPATEN SUMBA TIMUR**



Oleh :

**YOSEPHINA ELIZABETH SUMARTINI GUNAWAN  
NIM. 131314153024**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2015**

**KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM PERAWATAN KESEHATAN  
ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA TB  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KAWANGU  
KABUPATEN SUMBA TIMUR**

**TESIS**

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

Oleh :

**YOSEPHINA ELIZABETH SUMARTINI GUNAWAN  
NIM. 131314153024**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2015**

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

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

**Nama : Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan**  
**NIM : 131314153024**

**Tanda tangan : .....**  
**Tanggal : 10 Agustus 2015**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM PERAWATAN KESEHATAN  
ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA TB  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KAWANGU  
KABUPATEN SUMBA TIMUR**

**YOSEPHINA ELIZABETH SUMARTINI GUNAWAN  
NIM. 131314153024**

**TESIS INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL: 03 Agustus 2015**

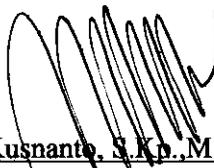
Oleh :

**Pembimbing I**



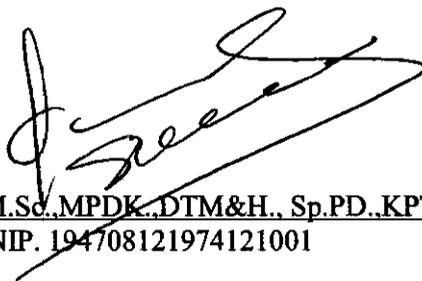
**Dr. Florentina Sustini, dr., MS**  
NIP. 195305071981032001

**Pembimbing II**



**Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes**  
NIP. 196808291989031002

**Mengetahui,  
Ketua Program Studi**



**Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., Sp.PD., KPTI., FINASIM**  
NIP. 194708121974121001

**LEMBAR PENGESAHAN TESIS**

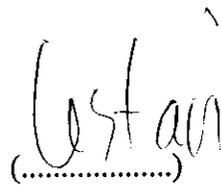
Tesis ini diajukan oleh :

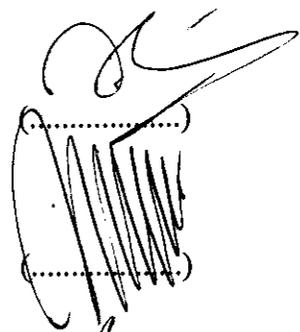
Nama : Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan  
NIM : 131314153024  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Judul : Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan  
Anggota Keluarga Yang Menderita TB di Wilayah Kerja  
Puskesmas Kawangu Kabupaten Sumba Timur

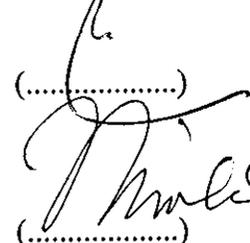
Tesis ini telah diuji dan dinilai  
Oleh panitia penguji pada  
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga  
Pada tanggal 10 Agustus 2015

Panitia penguji,

1. Ketua : Dr. Pudji Lestari, dr., M.Kes
2. Penguji I : Dr. Florentina Sustini, dr., MS
3. Penguji II : Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
4. Penguji III : Dr. Laksmi Wulandari, dr., Sp.P(K) FCPP
5. Penguji IV : Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.Ns., MANP

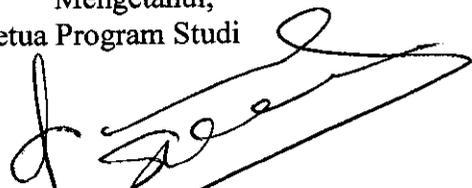
  
(.....)

  
(.....)

  
(.....)

  
(.....)

Mengetahui,  
Ketua Program Studi



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc.,MPDK.,DTM&H., Sp.PD.,KPTI.,FINASIM  
NIP. 194708121974121001

## KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga Yang Menderita TB Di Kabupaten Sumba Timur”.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya saya sampaikan kepada Ibu Dr. Florentina Sustini dr., MS, selaku Pembimbing I dan Bapak Dr. Kusnanto S.Kp., M.Kes, selaku Pembimbing II yang telah memberikan banyak bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini sehingga dapat berjalan dengan lancar dan baik. Tidak lupa saya ucapkan terima kasih kepada Ibu Dr. Pudji Lestari, dr., M.Kes selaku Ketua Penguji, juga kepada Ibu Dr. Laksmi Wulandari, dr., Sp.P(K) FCPP dan Ibu Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.Ns., MANP selaku Penguji yang telah memberikan banyak masukan, arahan dan bimbingan dalam penyempurnaan tesis ini.

Penyusunan tesis ini juga tidak lepas dari dukungan dan kerja sama berbagai pihak. Untuk itu saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Muhamad Nasih selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya dan Prof. Dr. H. Fasich, Apt., selaku mantan Rektor Universitas Airlangga Surabaya yang telah mengizinkan saya melanjutkan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan di Fakultas keperawatan Universitas Airlangga.
2. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Magister keperawatan di Program Studi Magister Keperawatan di Fakultas keperawatan Universitas Airlangga.
3. Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., Sp.PD., KPTI., FINASIM selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan dan memotivasi saya untuk menyelesaikan studi.

4. Bapak Ibu Dosen beserta Staf Fakultas Keperawatan yang telah mentransfer ilmu pengetahuan dan telah banyak membantu dan mendukung saya dalam proses penyusunan Tesis ini.
5. Kepala Dinas Kesehatan Sumba Timur, Kepala Bidang Penanggulangan Penyakit Dan Pengendalian Lingkungan, Penanggungjawab program TB, dan rekan-rekan di Dinas Kesehatan Sumba Timur yang telah banyak membantu dan mendukung saya dalam mengumpulkan data awal penelitian.
6. Seluruh partisipan yang telah terlibat dan bekerja sama dalam penelitian ini.
7. Keluarga tercinta, Suami saya Andreas, anak-anak saya Hendrik Lie dan Yustina Anggraini Lie, Keluarga besar Moy, Mertua saya Elisabeth Tansil, Saudara dan Sahabat yang telah sangat mendukung saya dengan cinta dan pengorbanan yang luar biasa dalam melanjutkan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan dan dalam penyusunan tesis ini.
8. Direktur Politeknik Kesehatan Kupang beserta staf, Ketua Program Studi Keperawatan Waingapu dan rekan-rekan pengajar beserta staf di Prodi Keperawatan Waingapu yang telah mendukung saya dalam melanjutkan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan dan dalam penyusunan tesis ini baik moril maupun materil.
9. Teman-teman angkatan VI Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah banyak memberikan dukungan selama penyusunan tesis ini.

semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini.

Saya berharap tesis ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dan dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya.

Surabaya, 10 Agustus 2015

Penulis

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

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan

NIM : 131314153024

Program Studi : Magister Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

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

“Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga Yang Menderita TB di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu Kabupaten Sumba Timur”

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya

Pada tanggal: 10 Agustus 2015

Yang Menyatakan,

Yosephina Eizabeth Sumartini Gunawan  
NIM. 131314153024

## EXECUTIVE SUMMARY

### FAMILY'S AUTONOMY IN IN HEALTH TREATMENT OF A FAMILY MEMBER WITH TB AT WORKING AREA OF PUSKESMAS KAWANGU EAST SUMBA

Tuberculosis is a contagious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis* and spread by infected droplets. The main indication of a lung TB patient is a cough with sputum for 2 – 3 weeks or more. It can be followed by other indications, such as sputum with blood, blooded cough, asphyxiation, fatigue, less appetite, malaise, sweating at night without physical activity, fever for more than one month. TB medication aims to heal the patients, prevent death, prevent recurrence, cut the spreading chains and prevent germ resistancy towards OAT. TB medication is mainly antimicrobial for a quite long period of time. This medication can also be used to prevent a clinical disease in the infected people. Family are the most closed people who have important roles in the medication process.

Family is the smallest unit of the society consisted of the head of the family and some other people living together under one roof who are dependent to each other. Family can be described as two or more individuals living in one house connected by genes, marriage or adoption and interact one another based on their own roles, create and maintain a culture. Each member of a family has a structure of formal roles and information. Family's strength structure includes communicating and sharing ability, self treatment and problem solving. The potential of family involvement is getting bigger when one of the family members needs continuous help because of health problems.

Family is a system. When one member has problems, it will affect the other members system. Family is called a system because it has subsystems (members, functions and roles, rules, culture and others learned and maintained in the family life), there is a connection and dependancy among the subsystems, and becomes the smallest unit of the society which can affect the supra system. Individual problems in the family are solved by involving other members actively in taking care of the sick member. Friedman ensures that if this intervention is done in the family, the healthy family will form a healthy community or society because a family is a subsystem in a community. Authority is an ability to do daily activities or tasks with a little guide according to each capacity. Family authority in Society Health Treatment Program is divided into 4 levels, i.e Independent Family level 1 (the lowest) to Independent Family level IV (the highest).

The method used in this research was the method of ethnographic research. Ethnographic research is a method to fully comprehend a culture of a community in which the researcher describes and interpretes the same patterns of values, behavior, beliefs and language of a group with the same culture. 15 participants were selected purposively based on the aims and objectives determined by the researcher, consisted of a family member with TB and 8 informants to find detailed information related with family authority in taking care of the family

member with TB viewed from the perspective of health, social culture and religions.

This research was held in the working area of Puskesmas Kawangu, East Sumba. Data were taken in April – June 2015 by considering the ethical concepts in nursing research. The researcher used data collecting tools, i.e interview guidance, field note, observation sheet, recorder and camera. Data were collected through interview, Focus Group Discussion (FGD), field note and observation. Data analysis was done by content analysis method towards the result of the interview. The validity was proven with credibility, dependability and confirmability.

The theme as the result of the research was formulated based on the participants' answers in the interview and the field note done by the researcher during the data taking process. This research resulted in 7 themes which will be explained based on the objectives of the research. Family perception identification towards the member with TB is divided into 2 themes, i.e frame of reference and frame of experience, family's support in taking care of the member with TB mention the support source obtained by member with TB and the support forms given are explained in 2 themes. Family's ability in coping with all problems in taking care of member with TB is explained in 2 themes, i.e. stressor and coping mechanism used by the family, while social culture values expressed by the participants are explained as a trusted stigma based on the perspective of the participants and the society towards TB and its causes, also the society point of view towards people with TB. Observation result towards the level of family authority was that all families in this research were categorized as Independent Family level I (the lowest).

## ABSTRAK

**KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM PERAWATAN KESEHATAN  
ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA TB  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KAWANGU  
KABUPATEN SUMBA TIMUR**

**Pendahuluan:** Keterlibatan keluarga menjadi semakin besar jika salah satu anggota keluarga membutuhkan bantuan terus-menerus karena mengalami masalah pada kesehatannya. Keluarga sebagai orang terdekat bagi pasien mempunyai peran yang penting dalam menentukan keberhasilan pengobatan TB. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita TB. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan etnografi. Sampel ditentukan secara purposif sebanyak 15 partisipan. Data dikumpulkan melalui wawancara, FGD, *field note* dan observasi. Hasil wawancara dianalisa menggunakan *content analysis method*. **Hasil Penelitian:** Penelitian ini memperoleh 7 tema yaitu kerangka pengetahuan, pengalaman, sumber dukungan, bentuk dukungan, stresor, mekanisme koping dan stigma. Tingkat kemandirian keluarga berada pada kategori paling rendah yaitu keluarga mandiri tingkat I. **Kesimpulan:** Persepsi keluarga tentang TB menggambarkan kurangnya pengetahuan keluarga tentang konsep penyakit TB, penyebab, cara penularan dan pencegahan TB didalam keluarga. Keluarga mendukung program pengobatan TB yang sedang dijalani oleh anggota keluarganya akan tetapi masih kurangnya sumber-sumber daya yang dimiliki oleh keluarga menyebabkan dukungan yang diberikan belum optimal. Memiliki anggota keluarga yang menderita TB dan lamanya waktu pengobatan TB yang harus dijalani penderita menjadi stresor tersendiri bagi keluarga. Mekanisme koping yang digunakan oleh keluarga yaitu mekanisme koping adaptif dan maladaptif. Adanya label sosial terhadap penderita TB dan stigma yang kuat dalam masyarakat tentang penyakit TB menyebabkan pasien dan keluarga merasa diasingkan dan secara tidak sadar menyebabkan terbentuknya perlakuan yang mengucilkan penderita TB dalam keluarga. Hal ini menyebabkan kemandirian keluarga masih berada pada Tingkat I (paling rendah).

**Kata kunci :** *Tuberkulosis, keluarga, kemandirian keluarga, perawatan kesehatan*

**ABSTRACT****FAMILY AUTONOMY IN HEALTH TREATMENT OF A FAMILY MEMBER WITH TB AT THE WORKING AREA OF PUSKESMAS KAWANGU, EAST SUMBA**

**Introduction:** Family's involvement is getting bigger when one member needs a continuous help because of a health problem. Family, as the most closed people for the patient has very important roles in the TB treatment. This research aimed to find out the family authority in taking care of its member with TB. **Method:** This research used qualitative method with ethnographic approach. There were 15 participants selected purposively as the samples of this research. Data were collected through interviews, FGD, field note and observation. The result of the interview was analyzed using content analysis method. **Result of the research :** the result of the research showed 7 themes, i.e frame of reference, experience, support source, support forms, stressors, coping mechanism and stigma. Family authority level was in the lowest category, i.e. the Independent Family Level I. **Conclusion :** Families' perspective towards TB showed the lack of knowledge about TB, the cause, spread and prevention of TB in the family. Families supported TB medication program of the member, but the lack of resources made them unable to optimize the support. Having members with TB and the long period of medication became stressor for the families. Coping mechanisms used by the families were adaptive and maladaptive coping mechanisms. The social label of TB sufferer and the strong stigma in the society about TB made the patients and their families feel isolated, and unconsciously, excommunication occurred in the families. This caused the family's authority in the Level I (the lowest).

**Keywords:** *tuberculosis, family, family autonomy, health treatment*

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Pengesahan Pembimbing tesis .....	ii
Kata Pengantar .....	iii
Ringkasan .....	v
Abstrak .....	vi
Daftar isi .....	viii
Daftar gambar .....	x
Daftar skema .....	xi
Daftar tabel .....	xii
Daftar istilah .....	xiii
Daftar lampiran .....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi Masalah .....	5
1.3 Rumusan Masalah .....	7
1.4 Tujuan Penelitian .....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
1.5 Manfaat .....	8
1.4.1 Teoritis .....	8
1.4.2 Praktis .....	8
1.6 <i>Theoretical Mapping</i> .....	9
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>16</b>
2.1 Konsep Tuberkulosis .....	16
2.1.1 Definisi TB .....	16
2.1.2 Penyebab TB .....	16
2.1.3 Cara Penularan TB .....	17
2.1.4 Perjalanan Alami TB Pada Manusia .....	18
2.1.5 Manifestasi Klinis TB .....	19
2.1.6 Klasifikasi Penyakit TB .....	20
2.1.7 Tipe Pasien TB .....	23
2.1.8 Evaluasi Diagnostik TB .....	24
2.1.9 Penatalaksanaan Medis .....	25
2.2 Konsep Keluarga .....	26
2.2.1 Pengertian Keluarga .....	26
2.2.2 Karakteristik Keluarga .....	27
2.2.3 Bentuk Keluarga Tradisional Dan Non Tradisional .....	28
2.2.4 Struktur Dan Fungsi keluarga .....	29
2.3 Kemandirian Keluarga .....	30
2.4 Peran Perawat Keluarga .....	32
2.5 Model <i>family centered Nursing</i> .....	34
2.6 Konsep Penelitian Kualitatif .....	37
2.6.1 Pengertian .....	37
2.6.2 Karakteristik penelitian kualitatif .....	37

2.6.3 Manfaat metode penelitian kualitatif .....	38
2.6.4 Pengumpulan data Kualitatif .....	39
2.6.5 <i>Indepth Interview</i> .....	40
2.6.6 <i>Focus Group Discussion</i> .....	41
2.6.7 Analisis Data Kualitatif .....	42
2.6.8 Pendekatan Kualitatif Etnografis .....	46
<b>BAB 3 KERANGKA PIKIR PENELITIAN</b>	<b>52</b>
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN</b>	<b>54</b>
4.1 Desain Penelitian .....	54
4.2 Rekrutmen Partisipan .....	55
4.3 Variabel Penelitian .....	57
4.4 Tempat Dan Waktu Penelitian .....	58
4.5 Etika penelitian .....	58
4.6 Alat Pengumpulan Data .....	60
4.7 Prosedur Pengumpulan Data .....	61
4.8 Pengolahan Dan Analisis Data .....	66
4.9 Keabsahan .....	69
4.10 Jadwal Penelitian .....	71
<b>BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN</b>	<b>72</b>
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	72
5.2 Karakteristik Umum Partisipan .....	73
5.3 Data Anggota Keluarga Yang Menderita TB .....	77
5.4 Hasil Penelitian .....	80
5.4.1 Persepsi keluarga terhadap penyakit TB .....	81
5.4.2 Dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita TB .....	87
5.4.3 Kemampuan keluarga mengatasi hambatan .....	101
5.4.4 Nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga .....	106
5.4.5 Tingkat kemandirian keluarga dalam melakukan perawatan ..	111
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b>	<b>112</b>
6.1 Interpretasi Hasil Penelitian .....	112
6.1.1 Persepsi keluarga terhadap penyakit TB .....	112
6.1.2 Dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita TB .....	119
6.1.3 Kemampuan keluarga mengatasi hambatan .....	135
6.1.4 Nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga .....	143
6.2 Interpretasi Hasil Penelitian Pada Teori Sistem Keluarga .....	146
6.3 Keterbatasan Penelitian .....	148
<b>BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>151</b>
7.1 Kesimpulan .....	151
7.2 Saran .....	152
Daftar Pustaka	154
Lampiran	160

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka pikir penelitian dengan modifikasi teori sistem keluarga	53
Gambar 5.1	Jendela rumah keluarga penderita TB (K1) di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	94
Gambar 5.2	Jendela rumah keluarga penderita TB (K6) di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	94
Gambar 5.3	Rumah keluarga penderita TB (K2) yang tidak memiliki jendela di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	95
Gambar 5.4	Rumah keluarga penderita TB (K7) yang tidak memiliki jendela di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	95
Gambar 5.5	Papan peringatan tanda bahaya angin puting beliung di desa Palakahembi di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	96
Gambar 5.6	Selokan didepan rumah partisipan (K2) dan pot penampung dahak di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	98

**DAFTAR SKEMA**

Skema 5.1	Analisis persepsi keluarga terhadap penyakit TB di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	86
Skema 5.2	Analisis dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita TB di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	100
Skema 5.3	Analisis kemampuan keluarga mengatasi hambatan di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	104
Skema 5.4	Analisis nilai-nilai- sosial budaya dalam keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	110

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	<i>Theoretical mapping</i>	9
Tabel 2.1	<i>The traditional and nontraditional american family</i>	28
Tabel 2.2	Pendekatan pengumpulan data kualitatif	39
Tabel 3.1	Jadwal penelitian	71
Tabel 5.1	Karakteristik partisipan berdasarkan umur di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	73
Tabel 5.2	Karakteristik partisipan berdasarkan jenis kelamin di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	74
Tabel 5.3	Karakteristik partisipan berdasarkan agama di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	74
Tabel 5.4	Karakteristik partisipan berdasarkan tingkat pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	75
Tabel 5.5	Karakteristik partisipan berdasarkan pekerjaan di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	75
Tabel 5.6	Karakteristik partisipan berdasarkan masa kerja informan lain di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	76
Tabel 5.7	Karakteristik anggota keluarga yang menderita TB berdasarkan umur di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	77
Tabel 5.8	Karakteristik anggota keluarga yang menderita TB berdasarkan tipe pengobatan TB di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	78
Tabel 5.9	Karakteristik anggota keluarga yang menderita TB berdasarkan lama minum obat yang sedang berlangsung di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	78
Tabel 5.10	Karakteristik keluarga berdasarkan jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	79
Tabel 5.11	Karakteristik keluarga yang menderita TB berdasarkan riwayat penularan TB dalam rumah di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	79
Tabel 5.12	Karakteristik keluarga berdasarkan jarak rumah ke Puskesmas di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	80
Tabel 5.13	Pencapaian kriteria kemandirian keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015	111

## DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

AIDS	: <i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>
BKKBN	: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
BTA	: Bakteri Tahan Asam
CNR	: <i>Case Notification Rate</i>
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
Fasyankes	: Fasilitas Pelayanan Kesehatan
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
KM	: Keluarga Mandiri
MDGs	: <i>Millenium Development Goals</i>
OAT	: Obat Anti TB
OAT KDT	: Obat Anti TB Kombinasi Dosis tetap
PMO	: Pengawas Menelan Obat
SPS	: Sewaktu Pagi Sewaktu
TB	: Tuberkulosis
TSR	: <i>Treatment Success Rate</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Pengantar Ijin Penelitian	160
Lampiran 2	Surat Ijin Penelitian	161
Lampiran 3	Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	164
Lampiran 4	Keterangan Laik Etik	165
Lampiran 5	Permohonan Menjadi partisipan (keluarga pasien)	166
Lampiran 6	Permohonan Menjadi partisipan (FGD)	168
Lampiran 7	Permohonan Menjadi partisipan (nakes & informan lain)	170
Lampiran 8	Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan	172
Lampiran 9	Data Demografi Partisipan (keluarga pasien)	173
Lampiran 10	Data Demografi Partisipan (nakes & informan lain)	174
Lampiran 11	Pedoman Wawancara Semi Berstruktur (untuk partisipan keluarga)	175
Lampiran 12	Pedoman Wawancara Semi Berstruktur (untuk partisipan tokoh agama dan aparat desa)	177
Lampiran 13	Pedoman Wawancara Semi Berstruktur (untuk partisipan petugas kesehatan)	178
Lampiran 14	<i>Field note</i>	180
Lampiran 15	Panduan FGD	181
Lampiran 16	Lembar observasi	184
Lampiran 17	Data Demografi Partisipan	186
Lampiran 18	Hasil observasi	189
Lampiran 19	Daftar foto-foto	192
Lampiran 20	Uji Coba Instrumen Penelitian	193
Lampiran 21	Analisis Tema 1-7	195
Lampiran 22	Verbatim (K1)	232

# BAB 1

# PENDAHULUAN

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) masih menjadi masalah kesehatan global walaupun upaya pengendalian dengan strategi DOTS telah diterapkan di banyak negara. Indonesia telah menerapkan strategi DOTS dan telah mencapai kemajuan yang bermakna dalam upaya pengendalian TB dan pencapaian target MDGs, namun tetap harus diwaspadai agar tidak menghambat laju program selanjutnya (Kemenkes, 2014). Indikator utama penilaian keberhasilan program pengendalian TB adalah *Case Notification Rate* (CNR) dan *Treatment Success Rate* (TSR). Pencapaian CNR di Kabupaten Sumba Timur pada tahun 2014 sebanyak 224 kasus per 100.000 penduduk dengan jumlah penduduk sebanyak 237.956, sedangkan TSR pada tahun 2014 meningkat menjadi 85,7% dibandingkan tahun sebelumnya. *Treatment Success Rate* pada tahun 2014 telah mencapai target nasional tetapi beberapa indikator proses belum mencapai target, seperti Angka Kesembuhan (*Cure Rate*) yang masih jauh dibawah target. Pencapaian Angka Kesembuhan Penyakit TB di Kabupaten Sumba Timur pada tahun 2014 sebesar 53,7%. Jumlah ini menurun 5,4% dari tahun 2013 (Dinkes Kabupaten Sumba Timur, 2014).

Pengobatan TB diberikan pemerintah secara gratis tetapi Fasilitas pelayanan kesehatan (Fasyankes) yang mengharuskan pasien datang ke Fasyankes menyebabkan kerugian pasien karena dibutuhkan biaya transportasi, kemungkinan kehilangan pekerjaan dan pendapatan (Kemenkes, 2014). Hasil wawancara singkat dengan petugas kesehatan di 2 Puskesmas di Sumba Timur yaitu Puskesmas Kawangu dan Puskesmas Kambaniru pada bulan Januari 2015, diceritakan bahwa

sebagian besar pasien TB diwilayah kerja puskesmas tersebut tidak datang ke puskesmas pada jadwal yang telah di tentukan untuk mengambil obat lanjutan selama dalam masa pengobatan dikarenakan alasan jarak rumah pasien yang cukup jauh dari Puskesmas, kurangnya sarana transportasi umum ataupun alasan keuangan untuk biaya transportasi ke Puskesmas. Mengantisipasi kejadian *drop out* akibat terputusnya pengobatan maka petugas puskesmas mengingatkan pasien untuk datang mengambil obat pada hari ke tiga sebelum obat habis diminum dan jika pasien tidak datang mengambil obat ke Puskesmas pada hari terakhir jadwal obat habis maka petugas akhirnya mengantarkan obat ke rumah pasien. Hal ini tentu saja menambah beban kerja petugas di puskesmas.

Tuberkulosis juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial seperti stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat (Kemenkes, 2014). Masih adanya anggapan masyarakat bahwa TB adalah penyakit kutukan menyebabkan orang yang terduga TB menolak untuk diperiksa dan bahkan menolak untuk diobati walaupun hasil pemeriksaan menunjukkan dirinya terinfeksi TB. Malu jika ketahuan oleh tetangga bahwa ada anggota keluarga yang menderita TB pun menjadi alasan penolakan tersebut (Hasil Wawancara Petugas Puskesmas Kawangu dan Kambaniru, 2015). Chang & Cataldo (2014) melakukan studi sistematika review tentang variasi budaya secara global dalam pengetahuan, sikap dan respon kesehatan terhadap stigma tuberkulosis dan menyimpulkan adanya variasi budaya sehubungan dengan TB dan potensi terjadinya stigma di masyarakat global yang berhubungan dengan kejadian TB. Variasi budaya harus dipertimbangkan dalam pengembangan intervensi yang bertujuan untuk mengurangi stigma dan meningkatkan kepatuhan pengobatan. Hasil penelitian Anand, dkk (2014) di India tentang persepsi pasien TB terhadap

stigma masyarakat dan keluarga kepada mereka yaitu pasien pernah menunda usaha pencarian pengobatan TB karena stigma tersebut (21%), 34% pasien mengeluhkan adanya perubahan negatif perilaku keluarga terhadap mereka dan 40% diisolasi oleh keluarga sedangkan 65% pasien TB menceritakan adanya perilaku negatif dari teman-teman mereka.

Struktur budaya di lingkungan masyarakat turut mempengaruhi nilai dan norma didalam keluarga (Fitryasari, 2009). Sebagian besar tipe keluarga pada masyarakat Sumba Timur terutama di daerah pedesaan adalah *kin network family* yaitu dua atau lebih rumah tangga timbal balik terkait dengan kelahiran atau perkawinan yang tinggal berdekatan secara demografis. *Kin network family* dapat menghuni satu rumah yang terdiri dari anggota keluarga yang mempunyai pertalian darah ataupun tidak sedarah. Masyarakat Sumba Timur menganut pola kekerabatan patrilineal dimana ayah atau kakek mereka menjadi identitas orang-orang suku sumba dengan stratifikasi sosial yang masih diterapkan. Keluarga memiliki peranan yang penting untuk mendukung pasien TB dalam mengikuti program pengobatannya hingga tuntas. Potensi keterlibatan keluarga menjadi semakin besar jika ada anggota keluarga yang membutuhkan bantuan terus menerus karena memiliki masalah kesehatan (Friedman, 2014). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Chard (2009) menyatakan bahwa upaya mencari bantuan kesehatan merupakan suatu proses yang dialami oleh pasien TB dimana dukungan keluarga sangat membantu pasien TB dalam mengambil keputusan mengikuti program pengobatan atau tidak mengikuti. Pentingnya peran keluarga selama perawatan pasien TB diteliti oleh Kabongo & Mash (2010), Raza, *et al* (2012) Truzyan, *et al* (2013), Horter, *et al* (2014) yang

menerangkan bahwa perawatan pasien TB di rumah (*home based care*) memberi pengaruh yang signifikan dalam proses penyembuhan penyakit TB.

Salah satu penerapan asuhan keperawatan dengan pendekatan *family-centered nursing* menggunakan *Friedman Model* dapat digunakan oleh perawat. Pengkajian dengan model ini melihat keluarga sebagai subsistem dari masyarakat (Allender & Spradley, 2005 didalam Nursalam, 2013). Aplikasi dari teori ini termasuk mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, lingkungan, tipe keluarga dan budaya ketika melakukan pengkajian dan proses keperawatan lainnya (Friedman, 2014). Tujuan dari asuhan keperawatan keluarga adalah memandirikan keluarga dalam melakukan pemeliharaan kesehatan anggota keluarganya seperti mampu mengambil keputusan terhadap tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota keluarganya, mampu merawat anggota keluarga yang sakit dan mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi anggota keluarganya (Freeman & Heinrich, 1981 didalam Friedman, 2014). Data indikator dampak Perawatan Kesehatan Masyarakat yang dinilai dari tingkat kemandirian keluarga yang berorientasi pada lima fungsi keluarga dalam mengatasi kesehatannya di wilayah Kabupaten Sumba Timur belum pernah diukur dan dilaporkan sehingga belum dapat diperoleh gambaran tingkat kemandirian keluarga di Sumba Timur (Hasil wawancara Petugas Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur pada bulan Maret 2015).

Pratiwi, dkk (2012) melakukan penelitian etnografi terhadap indikator kemandirian keluarga dalam perilaku pencegahan penularan penyakit TB paru didapatkan bahwa pengetahuan masyarakat Indonesia masih rendah, persepsi masyarakat yang keliru terhadap penyakit TB, kepercayaan masyarakat yang masih tergantung pada petugas kesehatan, belum adanya kader yang memberikan

penyuluhan langsung tentang pencegahan penularan sangat mempengaruhi kemandirian keluarga. Agrina dan Zulfitri (2012) juga melakukan penelitian *quasy experimental* yang membuktikan adanya pengaruh yang signifikan penerapan asuhan keperawatan terhadap tingkat kemandirian keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan di keluarga. Penyakit TB pada hakekatnya adalah penyakit yang dapat disembuhkan dan bukan merupakan penyakit kutukan, sehingga seorang pasien TB sangat membutuhkan bantuan dan dukungan keluarganya selama proses pengobatan dan perawatan yang berlangsung lama. Keberhasilan pengobatan pasien TB tidak terlepas dari kemandirian keluarga dalam bekerja sama dengan petugas kesehatan dan dukungan kepada anggota keluarga yang menderita TB. Pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan TB sangat membantu perawat dalam mengembangkan intervensi keperawatan selanjutnya.

Berdasarkan kenyataan tersebut diatas, peneliti merasa perlu melakukan sebuah penelitian untuk menghasilkan pengetahuan dasar yang dapat berguna dalam mengembangkan suatu pendekatan keperawatan keluarga yang tepat untuk meningkatkan kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang menderita TB. Peneliti ingin mendapatkan gambaran kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB pada masyarakat Sumba Timur dengan pendekatan riset kualitatif.

## **1.2 Identifikasi Masalah**

*Treatment Success Rate* di Kabupaten Sumba Timur pada tahun 2014 telah mencapai target nasional tetapi beberapa indikator proses belum mencapai target, seperti Angka Kesembuhan (*Cure Rate*) yang masih jauh dibawah target. Pencapaian Angka Kesembuhan Penyakit TB di Kabupaten Sumba Timur pada tahun 2014

sebesar 53,7%. Jumlah ini menurun 5,4% dari tahun 2013. Hasil wawancara singkat dengan petugas kesehatan di 2 Puskesmas di Sumba Timur yaitu Puskesmas Kawangu dan Puskesmas Kambaniru pada bulan Januari 2015, diceritakan bahwa sebagian besar pasien TB di wilayah kerja puskesmas tersebut tidak datang ke puskesmas pada jadwal yang telah ditentukan untuk mengambil obat lanjutan selama dalam masa pengobatan dikarenakan alasan jarak rumah pasien yang cukup jauh dari Puskesmas ataupun alasan keuangan untuk biaya transportasi ke Puskesmas. Mengantisipasi kejadian *drop out* akibat terputusnya pengobatan maka petugas mengingatkan pasien untuk datang mengambil obat pada hari ke tiga sebelum obat habis diminum dan jika pada hari terakhir jadwal obat habis dan pasien tidak datang mengambil obat ke Puskesmas maka petugas akhirnya mengantarkan obat ke rumah pasien. Hal ini tentu saja menambah beban kerja petugas di Fasyankes. Masih adanya anggapan masyarakat bahwa TB adalah penyakit kutukan menyebabkan orang yang terduga TB menolak untuk diperiksa dan bahkan menolak untuk diobati walaupun hasil pemeriksaan menunjukkan dirinya terinfeksi TB. Malu jika ketahuan oleh tetangga bahwa ada anggota keluarga yang menderita TB pun menjadi alasan penolakan tersebut. Data indikator dampak Perawatan Kesehatan Masyarakat yang dinilai dari tingkat kemandirian keluarga yang berorientasi pada lima fungsi keluarga dalam mengatasi kesehatannya di wilayah Kabupaten Sumba Timur belum pernah diukur dan dilaporkan sehingga belum dapat diperoleh gambaran tingkat kemandirian keluarga di Sumba Timur.

### **1.3 Rumusan Masalah**

Penelitian ini ingin menjawab secara kualitatif tentang “bagaimanakah gambaran kemandirian keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita TB?”.

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan umum**

Mendapatkan gambaran tentang kemandirian keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita penyakit TB di wilayah kerja Puskesmas Kawangu, Kabupaten Sumba Timur.

#### **1.4.2 Tujuan khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- 1) Mengidentifikasi persepsi keluarga terhadap penyakit TB.
- 2) Mengidentifikasi dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita penyakit TB.
- 3) Mengidentifikasi kemampuan keluarga mengatasi hambatan dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB.
- 4) Menganalisis nilai-nilai sosial budaya keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit TB.

## 1.5 Manfaat

### 1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini memberikan gambaran kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB sehingga diharapkan dapat digunakan sebagai dasar bagi perawat puskesmas dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan interaktif kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit TB berdasarkan *evidence base practice*.

### 1.5.2 Manfaat praktis

#### 1. Pasien dan keluarga

Hasil penelitian dapat menjadi masukan bagi keluarga dalam meningkatkan dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita TB dan kemandirian keluarga dalam melakukan perawatan kesehatan .

#### 2. Perawat puskesmas

Hasil penelitian dapat menjadi acuan bagi perawat puskesmas untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan melibatkan keluarga yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian keluarga dan dalam penyusunan program konseling bagi keluarga yang membutuhkan.

#### 3. Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur

Hasil penelitian dapat menjadi masukan bagi penyusunan program selanjutnya di bidang pengendalian penyakit infeksi dan penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat dengan melibatkan peran serta aktif keluarga dan masyarakat.

**1.6 Theoretical mapping**

No	Judul	Desain Penelitian	Sampel dan Teknik Sampling	Variabel	Instrumen	Analisis	Hasil dan Kesimpulan
1.	Effectiveness of Home-based Directly observed treatment for tuberculosis in Kweneng west subdistrict, Bostwana (Kabongo and Mash, 2010)	Mixed quantitative and qualitative techniques	Sampel: - 405 TB patients for quantitative observational data - 20 participants in indepth interviews	Home-based Directly observed treatment	1. Lembar observasi 2. Indepth interview	Data kuantitatif dianalisa dengan Chi Square Test  Data kualitatif dianalisa dengan metode framework (familiarisation, create a thematic index, indexing, charting and mapping and interpretation)	Hasil kuantitatif: Tidak ada perbedaan outcomes antara facility-based, home-based dan mixed types of DOT  Hasil kualitatif: - Advantages and disadvantages of Facility-based DOT - Advantages and disadvantages of home-based DOT - Organisational issues

2.	"Home is where the patient is": a qualitative analysis of a patient-centred model of care for multi-drug resistant tuberculosis (Shona Horter, et al 2014)	Qualitative research study	Sampel: 30 partisipants Teknik sampling: Purposive	Home base treatment	Semi structure interview FGD	Framework analysis	1. Perceived preference for home-based treatment and care and high acceptability 2. Fears of transmissions of MDR-TB and other infections 3. Inadequate treatment of DS-TB
3.	Household TB Infection Control Pilot Project: Counseling for TB Patients and Their Family Members (Nune Truzyan, et al, (2013)	Pilot project:	Sampel: 136 pasien TB dan keluarga 52 perawat Teknik sampling: purposive		Qualitative study using semi-structured in-depth interview and focus group discussion guide Interventions 1 & 2 using questioner	Framework analysis and Chi square test method	This project demonstrated that conducting a single household TB counseling session for households with TB patients is a cost-effective intervention.

4. Pengaruh penerapan model keluarga untuk keluarga terhadap kemandirian keluarga merawat penderita TB paru peserta DOTS di Makasar (Integrasi Konsep <i>Kep.self care &amp; family-centred nursing</i> )	<i>Quasy experiment Pretest &amp; posttest with control group experiment</i>	Sampel 80	Variabel independent:	Kuesioner	<i>Wilcoxon signed rank test</i>	Hasil:
Perlakuan: 40 keluarga	Kontrol: 40 keluarga	Model keluarga untuk keluarga	Variabel dependent: Kemandirian keluarga	Teknik sampling: <i>purposive</i>		Ada perbedaan yang bermakna pada pengetahuan dan kemandirian keluarga merawat anggota keluarga yang menderita TB antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol ( $p < 0.01$ ).  Kesimpulan: Intervensi penerapan KUK dengan model edukasi suportif yang diberikan pada keluarga pasien TB sangat berpengaruh terhadap keandirian keluarga merawat anggota keluarga yang menderita TB.

<p>5. Kemandirian masyarakat dalam perilaku pencegahan penularan penyakit TB paru (Ninie L. Pratiwi, dkk., 2012)</p>	<p><b>Kualitatif:</b> <i>etnografis</i></p> <p>60 sampel dari 3 kabupaten endemik TB di Indonesia: Rote Ndao (NTT), Kota pariaman (Sumbur), Lombok Barat (NTB)</p>	<p><b>Variabel independent:</b> Kemandirian keluarga</p> <p><b>Variabel dependent:</b> Perilaku pencegahan penularan TB</p>	<p><b>Observasi partisipatori, Indepth interview, FGD</b></p>	<p><b>Content analysis</b></p>	<p><b>Hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 52% kondisi rumah penderita TB paru di Rote Ndao berlantai tanah</li> <li>- Kebiasaan membuka jendela di Rote Ndao 67%, Pariaman dan Lombok barat &lt;35%</li> <li>- Faktor yang mempengaruhi kejadian TB: rendahnya daya tahan tubuh (HIV dan gizi buruk), faktor lingkungan (ventilasi, kepadatan hunian), faktor perilaku, kesehatan perumahan, lama kontak dan konsentrasi kuman</li> <li>- Hasil analisis dari 4 indikator: <i>knowledge</i> masih rendah, persepsi masyarakat yang keliru terhadap penyakit TB, kepercayaan masyarakat masih tergantung pada petugas kesehatan, belum ada kader yang memberikan penyuluhan langsung tentang pencegahan penularan.</li> </ul>
<p><b>Kesimpulan:</b></p>					
<p>Diperlukan upaya kemandirian masyarakat melalui peningkatan partisipasi masyarakat dari berbagai LSM yang lainnya, lintas sektoral untuk secara terpadu melakukan upaya preventif, promotif penanggulangan penyakit TB paru dengan menggalakkan kembali sosialisasi rancangan rumah genteng kaca, ventilasi rumah yang memadai, dan perilaku pencegahan penularan dnegan PHBS.</p>					

*Snow ball method*

6. Efektifitas Asuhan Keperawatan Keluarga terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Mengatasi Masalah kesehatan Di Keluarga	kuasi eksperimen <i>one group pretest-posttest design</i>	50 keluarga Purposive sampling	Variabel independent: Asuhan keperawatan keluarga Variabel dependent: Tingkat kemandirian keluarga	kuesioner dan panduan observasi	<i>univariat dan bivariat (uji T dependen)</i>	Hasil: sebelum dilakukan asuhan keperawatan pada keluarga mayoritas tingkat kemandirian keluarga adalah tingkat kemandirian 3, yaitu sebanyak 21 keluarga (42%), setelah dilakukannya asuhan keperawatan keluarga secara efektif mayoritas tingkat kemandirian keluarga adalah tingkat kemandirian 4, yaitu sebanyak 35 keluarga (70%). hasil analisa bivariat: terdapat pengaruh yang signifikan pemberian Askep keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga, dengan $p\text{ value}=0,000$
(Agrina & Zulfirri, R., 2012)						Kesimpulan: Penting bagi perawat Puskesmas melakukan asuhan keperawatan pada keluarga dalam bentuk kunjungan rumah guna membantu keluarga mengatasi masalah kesehatan yang ada di keluarga sehingga status kesehatan keluarga dapat meningkat. Hasil dan kesimpulan Uji wilcoxon dan mann whitney menunjukkan nilai $p<0,005$ (pembedayaan keluarga berpengaruh terhadap <i>self efficacy</i> $p=0,001$ dan <i>self care activity</i> $p=0,001$ ). Uji spearman rho menunjukkan hubungan yang signifikan antara <i>self efficacy</i> dan <i>self care activity</i>
7. Family empowerment experiment in increasing no self-efficacy randomized and self care control group family and design patients with pulmonary TB	<i>Quasy experiment</i> <i>of pre-post test and design</i>	32 responden: kelompok perlakuan 16 dan kelompok kontrol 16 di Puskesmas Paruga dan Mpunda	Independen : - Family empowerment Dependen: -Self efficacy -Self care activity	Kuesioner	<i>Wilcoxon sign rank test, mann whiney test and spearman rho</i>	Alpha: 5%
(Muhtar, 2013)	Tesis FKp.	Teknik sampling: purposive				

<p>9. Hubungan antara sikap dengan perilaku keluarga tentang pencegahan penyakit menular tuberculosis</p>	<p>Cross sectional</p>	<p>Sampel: 22 keluarga pasien TB</p> <p>Teknik sampling: Total sampling</p>	<p>Variabel independent: sikap keluarga tentang pencegahan tuberculosis</p> <p>Variabel dependent: perilaku keluarga tentang pencegahan tuberculosis</p> <p>Kata kunci: Sex, HIV/Aids, TB</p>	<p>Kuesioner</p> <p>Uji spearman</p>	<p>Terdapat hubungan antara sikap dengan perilaku keluarga tentang pencegahan penyakit menular tuberculosis</p>
<p>8. <i>a systematic review of global cultural variations in studies knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma</i></p> <p>(Chang, S-H &amp; Ccataldo, J.K, 2014)</p>	<p>Systematic review of international descriptive studies</p>	<p>1268 studies:</p>	<p>Hasil: Total 1268 studi diidentifikasi dari beberapa data base. 83 studi berasal dari 35 negara dengan kriteria inklusi: english, peer reviewed, original &amp; non interventional studies. Variation and similarities in the influence of TB stigma on knowledge, attitudes and responses to TB across countries were identified. Stigma antecedents included negative attitudes and misperceptions regarding the causes of TB and the association with the human immunodeficiency virus. Decisions about illness disclosure and choices between traditional healers and public or private providers were influenced by TB stigma. Sex-influenced perceptions and management of TB.</p>		

**Kesimpulan:**

Our findings confirm cultural variations with respect to TB and the potential for stigma. Cultural variations should be considered in the development of interventions aimed at reducing stigma and improving treatment adherence.

**Hasil:**

A total of 100 patients on DOTS and 200 patients from general OPD were interviewed. There were 21 patients who reported to have delayed treatment seeking due to stigma.

Nearly one third patients (n=34; 34%) noted negative changes in the behaviour of their family members towards them while 40% were isolated on being diagnosed with the disease. Out of the 36 employed TB patients, 65.5% (n=23) experienced negative change in the behaviour of their colleagues.

In general OPD patients, significantly higher proportion of female patients said that they would not disclose the disease status of a family member suffering from TB to their neighbours (p<0.001).

**Kesimpulan:**

Perception of stigmatizing effect of Tuberculosis was high both amongst TB and other patients. Behaviour Change Communication (BCC) strategies are needed to address the effects of stigma like delayed treatment seeking.

10. *Perception of stigma towards TB among patients on DOTS & patients attending general OPD di Delhi.*

100 pasien DOTS dan 200 pasien general OPD

Kuesioner, interview

Variabel independen: Penyakit TB

Variabel dependen: Persepsi

Cross sectional study

(Anand, dkk., 2014)

## BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menjelaskan beberapa konsep yang berhubungan dengan penelitian yang dilakukan, meliputi konsep tuberkulosis, konsep keluarga, konsep kemandirian keluarga, konsep *family-centered nursing*, konsep peran perawat dan dibagian akhir akan disampaikan konsep penelitian kualitatif.

### 2.1 Konsep Tuberkulosis

#### 2.1.1 Definisi

Tuberkulosis didefinisikan oleh WHO (2013) sebagai penyakit infeksi yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis* yang secara khas mempengaruhi paru-paru (*pulmonary TB*) tetapi dapat juga mengenai bagian lain (*extrapulmonary TB*), sedangkan Kemenkes RI (2012) menyebutkan TB adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan dapat menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi basil TB. Beberapa ahli menyatakan tuberkulosis adalah penyakit infeksi kuno yang telah menjangkiti manusia sepanjang sejarah dan merupakan suatu penyakit granulomatosa multisistemik yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis* (Dutt *cit* Schlossberg, 2006).

#### 2.1.2 Penyebab

*Mycobacterium tuberculosis* adalah agen infeksius utama penyebab penyakit tuberkulosis yang merupakan bakteri *aerobic* berbentuk batang (*basil*) yang bersifat tahan asam yang tumbuh dengan lambat dan sensitif terhadap panas dan sinar ultra violet. *M. tuberculosis* mempunyai ukuran 0,5-4 mikron x 0,3-0,6

mikron dengan bentuk batang tipis, lurus atau agak bengkok, bergranular atau tidak mempunyai selubung tetapi mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid terutama asam mikolat. Bakteri ini mempunyai sifat istimewa yaitu dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol serta tahan terhadap zat kimia dan fisik, bersifat dorman dan aerob. Bakteri ini mati pada pemanasan 100°C selama 5-10 menit atau pada pemanasan 60°C selama 30 menit, dan dengan alkohol 70-95% selama 15-30 detik, akan tetapi bakteri ini dapat bertahan hidup selama 1-2 jam diudara terutama ditempat yang lembab dan gelap, bahkan dapat bertahan hingga berbulan-bulan jika kelembaban udaran tinggi dan tidak terpapar panas (Widoyono, 2011).

### 2.1.3 Cara Penularan TB

Sumber penularan TB adalah pasien TB BTA positif melalui percik renik dahak yang dikeluarkan pasien, namun bukan berarti bahwa pasien TB dengan hasil pemeriksaan BTA negatif tidak mengandung kuman TB dalam dahaknya. Tingkat penularan pasien BTA positif adalah 65%, pasien TB BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% sedangkan pasien TB dengan hasil kultur negatif dan foto toraks positif adalah 17%. Infeksi akan terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percik renik dahak yang infeksius tersebut. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuklei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak (Kemenkes, 2014).

#### 2.1.4 Perjalanan alami TB ada manusia

Terdapat 4 tahapan perjalanan alamiah penyakit. Tahapan tersebut meliputi tahap paparan, infeksi, menderita sakit dan meninggal dunia (Kemenkes, 2014).

##### 1) Tahap paparan

Paparan kepada pasien TB menular merupakan syarat untuk terinfeksi. Setelah terinfeksi ada beberapa faktor yang menentukan seseorang apakah akan terinfeksi saja, menjadi sakit atau meninggal dunia karena TB. Peluang peningkatan paparan terkait dengan jumlah kasus menular dimasyarakat, peluang kontak dengan kasus menular, tingkat daya tular dahak sumber penularan, intensitas batuk sumber penularan, kedekatan kontak dengan sumber penularan, lamanya waktu kontak dengan sumber penularan, dan faktor lingkungan seperti konsentrasi kuman di udara yang dipengaruhi oleh ventilasi dan sinar ultra violet.

##### 2) Tahap infeksi

Infeksi adalah masuknya kuman atau mikroorganisme infeksius kedalam tubuh manusia dan berkembang biak didalamnya (Noor, 2013). Reaksi daya tahan tubuh akan terjadi setelah 6-14 minggu setelah infeksi. Reaksi daya tahan tubuh ini terjadi secara lokal yaitu ketika kuman TB memasuki alveoli dan ditangkap oleh makrofag dan kemudian berlangsung reaksi antigen-antibodi dan reaksi daya tahan tubuh umum yang ditandai dengan hasil tes tuberkulin menjadi positif (*delayed hypersensitivity*). Lesi pada umumnya sembuh total namun kuman dapat tetap hidup dalam lesi tersebut (*dormant*) dan suatu saat dapat aktif kembali jika daya tahan tubuh penderita menurun.

Penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat terjadi sebelum penyembuhan lesi.

### 3) Tahap sakit TB

Tahap sakit TB adalah tahap dimana penderita yang terinfeksi kuman TB menunjukkan tanda dan gejala penyakit TB. Hanya sekitar 10% orang yang terinfeksi TB akan menjadi sakit TB. TB umumnya terjadinya pada paru dan disebut TB paru, namun penyebaran melalui aliran darah atau getah bening dapat menyebabkan terjadinya TB diluar organ paru (TB ekstra paru). Penyebaran secara masif melalui aliran darah dapat menyebabkan TB milier yaitu TB yang mengenai semua organ tubuh. Faktor resiko untuk menjadi sakit TB tergantung dari konsentrasi/jumlah kuman yang terhirup, lamanya waktu sejak terinfeksi, usia seseorang yang terinfeksi dan tingkat daya tahan tubuh seseorang.

### 4) Tahap meninggal dunia

Secara fisik jika seorang penderita TB tidak diobati dalam 5 tahun maka sekitar 50% dari mereka dapat meninggal dunia akibat TB. Faktor resiko kematian karena TB adalah akibat dari keterlambatan diagnosis, pengobatan yang tidak adekuat, adanya kondisi kesehatan awal yang buruk atau penyakit penyerta.

## 2.1.5 Manifestasi Klinis

Beberapa referensi menuliskan tentang manifestasi klinis TB, sebagai berikut:

- 1) Depkes (2006): Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan

menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan.

- 2) Price & Wilson (2006): Gejala yang berkaitan dengan TB paru adalah batuk lama yang produktif (durasi lebih dari 3 minggu), nyeri dada, dan hemoptisis. Gejala sistemik meliputi demam, menggigil, keringat malam, lemas, hilangnya nafsu makan, dan penurunan berat badan. Batuk pada awalnya mungkin nonproduktif, tetapi dapat berkembang ke arah pembentukan sputum mukopurulen dengan hemoptisis. Tuberkulosis dapat mempunyai manifestasi atipikal pada lansia, seperti perilaku tidak biasa dan perubahan status mental, demam, anoreksia dan penurunan berat badan. Basil TB dapat bertahan lebih dari 50 tahun dalam keadaan dorman.
- 3) Kunoli (2013): seseorang ditetapkan sebagai tersangka penderita TB paru apabila ditemukan gejala klinis utama seperti batuk berdahak lebih dari 3 minggu, batuk berdarah, sesak nafas dan nyeri dada. Gejala lainnya adalah berkeringat pada malam hari, demam tidak tinggi, meriang dan penurunan berat badan. Dahak penderita harus diperiksa dengan pemeriksaan mikrobiologis untuk menegakkan diagnosa TB paru.

### 2.1.6 Klasifikasi Penyakit

Depkes RI (2006) menuliskan bahwa penentuan klasifikasi penyakit dan tipe pasien TB memerlukan suatu definisi kasus yang meliputi empat hal, yaitu lokasi atau organ tubuh yang sakit (paru atau ekstra paru), bakterologi (hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopis) apakah BTA positif atau BTA negatif, tingkat keparahan penyakit: ringan atau berat dan riwayat pengobatan TB sebelumnya apakah baru atau sudah pernah diobati.

Manfaat dan tujuan menentukan klasifikasi dan tipe TB adalah untuk menentukan paduan pengobatan yang sesuai, registrasi kasus secara benar, menentukan prioritas pengobatan TB BTA positif dan analisis kohort dalam pengobatan.

Beberapa istilah dalam definisi kasus TB adalah:

- 1) Kasus TB adalah pasien TB yang telah dibuktikan secara mikroskopis atau didiagnosis oleh dokter.
- 2) Kasus TB pasti (definitif) adalah pasien dengan biakan positif untuk *Mycobacterium tuberculosis* atau tidak ada fasilitas biakan, sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.

Klasifikasi TB berdasarkan organ tubuh yang terkena adalah:

- 1) Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. Tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
- 2) Tuberkulosis ekstra paru adalah tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (perikardium), kelenjar limfe, tulang persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain lain.

Klasifikasi TB berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, yaitu pada TB

Paru:

1. Tuberkulosis paru BTA positif.

- 1) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- 2) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- 3) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.

- 4) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

## 2. Tuberkulosis paru BTA negatif

Tuberkulosis paru BTA negatif adalah kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

- 1) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
- 2) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- 3) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
- 4) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

Klasifikasi TB 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:
  - 1) TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.
  - 2) TB ekstra-paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin.

Bila seorang pasien TB paru juga mempunyai TB ekstra paru, maka untuk kepentingan pencatatan, pasien tersebut harus dicatat sebagai pasien TB paru. Bila seseorang pasien dengan TB ekstra paru pada beberapa organ, maka di catat sebagai TB ekstra paru pada organ yang penyainya paling berat.

### 2.1.7 Tipe Pasien TB

Tipe pasien TB ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe pasien yaitu :

- 1) Kasus Baru adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).
- 2) Kasus Kambuh (*Relaps*) adalah pasien TB yang sebelumnya pernah mendapatkan pengobatan TB 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 di pindahkan 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.

### 2.1.8 Evaluasi Diagnostik

Diagnosis TB ditegakkan dengan mengumpulkan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, rontgen dada, usap basil tahan asam (BTA), kultur sputum, dan tes kulit tuberkulin. Diagnostik TB paru menurut Depkes (2006):

- 1) Semua suspek TB diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS)
- 2) Diagnosis TB paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA). Pada program TB Nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya.
- 3) Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB paru, sehingga sering terjadi over diagnosis.
- 4) Gambaran kelainan radiologi paru tidak selalu menunjukkan aktifitas penyakit.

Diagnostik TB ekstra paru menurut Depkes (2006):

- 1) Gejala dan keluhan tergantung organ yang terkena, misalnya kaku kuduk pada meningitis TB, nyeri dada pada TB pleura (pleuritis), pembesaran kelenjar limfe superfisialis pada limfadenitis TB dan deformitas tulang belakang (gibbus) pada spondilitis TB dan lain-lainnya.
- 2) Diagnostik pasti sering sulit ditegakkan sedangkan diagnosis kerja dapat ditegakkan berdasarkan gejala klinis TB yang kuat (presumtif) dengan menyingkirkan kemungkinan penyakit lain. Ketepatan diagnosis tergantung

pada metode pengambilan bahan pemeriksaan dan ketersediaan alat-alat diagnostik, misalnya uji mikrobiologi, patologi anatomi, serologi, foto toraks dan lain-lain.

#### 2.1.9 Penatalaksanaan Medis

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Kemenkes, 2013). Pengobatan TB terutama berupa pemberian obat antimikroba dalam jangka waktu lama. Obat-obatan ini juga dapat digunakan untuk mencegah timbulnya penyakit klinis pada seseorang yang sudah terjangkit infeksi (Price & Wilson, 2006).

Pengobatan TB dilakukan dengan prinsip-prinsip sebagai berikut (Depkes, 2005):

- 1) OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat 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 (*Directly Observed Treatment*) oleh seorang PMO.
- 3) OAT ditelan sekaligus dan sebaiknya saat perut kosong.
- 4) Jangka waktu pengobatan relatif lama (6-8 bulan), diberikan secara terus-menerus, yang dibagi dalam 2 tahap yaitu tahap awal dan tahap lanjutan

##### 1. Tahap awal.

Pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan obat. Potensi penularan menurun dalam

kurun waktu 2 minggu jika pengobatan tahap awal ini diberikan secara tepat. Setelah menjalani pengobatan tahap awal, sebagian besar penderita TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi).

## 2. Tahap lanjutan.

Pasien mendapat obat lebih sedikit namun dalam jangka waktu yang lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten guna mencegah resiko terjadinya kekambuhan.

## 2.2 Konsep Keluarga

### 2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga telah didefinisikan dalam berbagai hal. Perbedaan definisi keluarga bergantung pada orientasi teoritis yaitu menurut jenis penjelasan yang dibuat oleh profesional mengenai keluarga. Friedman (1988) mendefinisikan keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasikan diri mereka sebagai bagian dari keluarga. Beberapa definisi lain tentang keluarga juga dikemukakan oleh WHO (1976) didalam Judit, dkk (2010) bahwa keluarga adalah agen sosial primer dalam promosi kesehatan dan kesejahteraan. Kemenkes RI (2012) menyebutkan keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal dalam satu atap dalam keadaan saling ketergantungan, selanjutnya Bailon & Maglaya (1978) didalam Sudiharto (2007) menyatakan keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, yang hidup dalam satu rumah tangga, melakukan interaksi satu sama lain menurut peran masing-masing, serta menciptakan dan

mempertahankan suatu budaya, sedangkan BKKBN (1999) didalam Sudiharto (2007): keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya.

Dengan menggabungkan pernyataan pokok pada definisi-definisi diatas, keluarga dapat dikatakan sebagai dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2014).

### 2.2.2 Karakteristik Keluarga

Judit, dkk (2010) menyatakan beberapa observasi yang dilakukan tentang keluarga secara umum. Yang pertama adalah setiap keluarga adalah unik dengan masalah dan kekuatannya masing-masing. Kedua, setiap keluarga menunjukkan karakteristik umum dengan setiap keluarga lainnya. Karakteristik umum inilah yang menjadi kunci utama dalam memahami keunikan yang dimiliki oleh keluarga. Karakteristik umum keluarga tersebut adalah:

- 1) Setiap keluarga adalah sistem sosial yang kecil.
- 2) Setiap keluarga memiliki nilai budaya dan aturannya sendiri.
- 3) Setiap keluarga memiliki struktur.
- 4) Setiap keluarga mempunyai fungsi dasar tertentu.
- 5) Setiap keluarga bergerak melalui tahapan dalam siklus hidupnya.

Karakteristik keluarga yang berfungsi secara optimal menurut Beavers dan Hampson (1993) didalam Friedman, dkk (2014) ditandai dengan:

- 1) Menunjukkan tingkat kemampuan keterampilan negosiasi yang tinggi dalam menghadapi masalahnya secara terus menerus.
- 2) Menghargai perasaan anggotanya.
- 3) Memotivasi otonomi anggotanya.
- 4) Mengharapkan anggota keluarga untuk memikul tanggung jawab pribadi terhadap tindakan yang mereka lakukan.
- 5) Menunjukkan perilaku afiliatif (kedekatan dan kehangatan) satu sama lain.

### 2.2.3 Bentuk Keluarga Tradisional dan Non Tradisional

Beberapa bentuk keluarga tradisional dan non tradisional dapat dilihat pada tabel 2.1 dibawah ini:

Tabel 2.1 *The Traditional and Nontraditional American Family*

N o	Struktur	Anggota ( <i>participants</i> )	Pengaturan tempat tinggal ( <i>living arrangements</i> )
<b>TRADISIONAL</b>			
1	<i>Nuclear dyad</i>	Suami dan istri	Tinggal bersama dalam satu rumah
2	<i>Nuclear family</i>	Suami, istri, dan anak/anak-anak	Tinggal bersama dalam satu rumah
3	<i>Commuter family</i>	Suami, istri, dan anak/anak-anak (kadang-kadang)	Memiliki dua rumah di kota yang berbeda
4	<i>Single-parent family</i>	Satu orang dewasa (berpisah, bercerai, ditinggal mati pasangannya) dan anak/anak-anak	Tinggal bersama dalam satu rumah
5	<i>Divorced family</i> (berbagi hak asuh dengan anak-anak)	Satu orang tua dan anak pada waktu tertentu	Tinggal di dua rumah yang berlainan
6	<i>Blended family</i>	Suami, istri, dan anak dari suami atau istri, atau anak kandung	Tinggal bersama dalam satu rumah
7	<i>Single adult</i>	Satu orang dewasa	Tinggal sendiri
8	<i>Multigenerational family</i>	Kombinasi struktur keluarga tradisional	Tinggal bersama dalam satu rumah
9	<i>Kin network family</i>	dua atau lebih rumah tangga timbal balik (terkait dengan kelahiran atau perkawinan)	Tinggal berdekatan secara geografis
10	<i>Augmented family</i>	kelompok keluarga atau nonrelatives yang memberikan perawatan anak yang signifikan	Tinggal bersama dalam satu rumah atau tinggal berdekatan secara geografis

**NONTRADISIONAL**

11	<i>Unmarried single-parent family</i>	Salah satu orangtua (tidak pernah menikah), dan anak	Tinggal bersama dalam satu rumah
12	<i>Cohabiting partners</i>	2 orang dewasa (heteroseksual, homoseksual, atau "hanya teman"), dan anak (mungkin)	Tinggal bersama dalam satu rumah
13	<i>Commune family</i>	Dua atau lebih pasangan monogamy, dan berbagi <i>childrearing</i> "	Tinggal bersama dalam satu rumah
14	<i>Group marriage commune family</i>	Beberapa dewasa yang telah menikah satu sama lainnya	Tinggal bersama dalam satu rumah
15	<i>Group network</i>	Beberapa rumah tangga keluarga inti atau yang tinggal sendiri	Tinggal berdekatan secara geografis
16	<i>Homeless family</i>	Kombinasi beberapa anggota keluarga	Dijalanan atau tempat penampungan
17	<i>Foster families</i>	Suami dan istri atau orang dewasa tunggal dan anak kandung (mungkin) serta anak angkat	Tinggal bersama dalam satu rumah
18	<i>Gangs</i>	Laki-laki dan perempuan, biasanya yang memiliki latarbelakang budaya dan etnik yang sama	Tinggal berdekatan secara geografis
19	<i>"loose shirt" families</i>	Orangtua yang bekerja dari rumah via computer pribadi (aplikasi <i>word</i> , email, fax, telfon seluler- <i>"telecommuting"</i> )	Tinggal bersama dalam satu rumah

Sumber: Judith, *et al* (2010, hal.483).

#### 2.2.4 Struktur dan Fungsi Keluarga

Setiap anggota keluarga mempunyai struktur peran formal dan informasi. Struktur kekuatan keluarga meliputi kemampuan berkomunikasi, saling berbagi, perawatan diri, dan menyelesaikan masalah (Sudiharto, 2007).

Menurut Friedman (2014), 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 keluarga, adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

### **2.3 Kemandirian Keluarga**

Mandiri adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit. Kemandirian adalah kemampuan untuk melakukan kegiatan atau tugas sehari-hari atau dengan sedikit bimbingan sesuai dengan kapasitasnya.

Kemandirian mengandung unsur:

- 1) Mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi
- 2) Mempunyai rasa percaya diri
- 3) Melakukan sesuatu sendiri tanpa bantuan orang lain
- 4) Tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri
- 5) Sesuai dengan tahapan perkembangan

Keputusan Menteri kesehatan RI No.279 tahun 2006 tentang pedoman penyelenggaraan upaya perawatan kesehatan masyarakat di Puskesmas menuliskan bahwa kemandirian keluarga dalam program Perawatan Kesehatan Masyarakat di bagi dalam 4 tingkatan yaitu Keluarga Mandiri tingkat I (paling

rendah) hingga Keluarga Mandiri tingkat IV (paling tinggi), dengan rincian sebagai berikut:

- 1) Keluarga Mandiri Tingkat Pertama (KM-I), dengan kriteria:
  1. Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
  2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
- 2) Keluarga Mandiri Tingkat Dua (KM – II), dengan kriteria:
  1. Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
  2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
  3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
  4. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
- 3) Keluarga Mandiri Tingkat Tiga (KM – III), dengan kriteria:
  1. Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
  2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.
  3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
  4. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara aktif.
  5. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
  6. Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
- 4) Keluarga Mandiri Tingkat Empat (KM – IV), dengan kriteria:
  1. Menerima petugas Perawatan Kesehatan Masyarakat.
  2. Menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan.

3. Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar.
4. Memanfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran.
5. Melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan.
6. Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif.
7. Melaksanakan tindakan promotif secara aktif.

#### **2.4 Peran Perawat Keluarga**

Dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga, perawat keluarga perlu memperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut (Sudiharto, 2007):

- 1) Melakukan kerja bersama keluarga secara kolektif.
- 2) Memulai pekerjaan dari hal yang sesuai dengan kemampuan keluarga.
- 3) Menyesuaikan rencana asuhan keperawatan dengan tahap perkembangan keluarga.
- 4) Menerima dan mengakui struktur keluarga.
- 5) Menekankan pada kemampuan keluarga.

Peran perawat keluarga dalam asuhan keperawatan berpusat pada keluarga sebagai unit fungsional terkecil dan bertujuan memenuhi kebutuhan dasar manusia pada tingkat keluarga sehingga tercapai kesehatan yang optimal untuk setiap anggota keluarganya. Bila keluarga dapat menjalankan fungsinya secara optimal, setiap individu didalam keluarga dapat memiliki karakter yang kuat, tidak mudah dipengaruhi hal-hal yang sifatnya negatif serta memiliki kemampuan berpikir yang cerdas, dan pada akhirnya memiliki daya saing yang tinggi (Sudiharto, 2007).

Peran perawat keluarga adalah:

1) Sebagai pendidik

Perawat bertanggungjawab memberikan pendidikan kesehatan kepada anggota keluarga, terutama untuk memandirikan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang memiliki kesehatan.

2) Sebagai kordinator pelaksana pelayanan keperawatan

Perawat bertanggungjawab memberikan pelayanan keperawatan yang komprehensif. Pelayanan keperawatan yang berkesinambungan diberikan untuk menghindari kesenjangan antara keluarga dan unit pelayanan kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit).

3) Sebagai pelaksana pelayanan keperawatan

Pelayanan keperawatan dapat diberikan kepada keluarga melalui kontrak pertama dengan anggota keluarga yang sakit yang memiliki masalah kesehatan. Dengan demikian anggota keluarga yang sakit dapat menjadi *entry point* bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif.

4) Sebagai supervisor pelayanan keperawatan

Perawat melakukan supervisi ataupun pembinaan terhadap keluarga melalui kunjungan rumah secara teratur, baik terhadap keluarga beresiko tinggi maupun yang tidak. Kunjungan tersebut dapat direncanakan terlebih dahulu atau secara mendadak.

#### 5) Sebagai pembela (advokat)

Perawat berperan sebagai advokat keluarga untuk melindungi hak-hak keluarga sebagai klien. Perawat diharapkan mampu mengetahui harapan serta memodifikasi sistem pada perawatan yang diberikan untuk memenuhi hak dan kebutuhan keluarga. Pemahaman yang baik oleh keluarga terhadap hak dan kewajiban mereka sebagai klien memudahkan tugas perawat untuk memandirikan keluarga.

#### 6) Sebagai fasilitator

Perawat dapat menjadi tempat bertanya individu, keluarga dan masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi sehari-hari serta dapat membantu memberikan jalan keluar dalam menghadapi masalah.

#### 7) Sebagai peneliti

Perawat keluarga melatih keluarga untuk dapat memahami masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Peran sebagai peneliti difokuskan pada kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi penyebab, menanggulangi dan melakukan promosi kepada anggota keluarganya.

### **2.5 Model *Family Centered Nursing (Friedman Model)***

Teori keperawatan keluarga terus berkembang sejalan dengan penelitian dan praktik keperawatan, dan para peneliti keperawatan terus berdebat tentang perkembangan teori keperawatan di semua area keperawatan. Praktik keluarga sebagai pusat keperawatan (*family-centered nursing*) didasarkan pada perspektif bahwa keluarga adalah unit dasar untuk perawatan individu dari anggota keluarga dan dari unit yang lebih luas. Nursalam (2013) mengutip pernyataan Hitchcock,

dkk (1999) bahwa keluarga adalah unit dasar dari sebuah komunitas dan masyarakat yang mempresentasikan perbedaan karakteristik budaya, ras, etnik dan sosial ekonomi yang kemudian menjadi faktor-faktor yang dipertimbangkan dalam melakukan pengkajian dan perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Faktor tersebut adalah sosial, ekonomi, politik dan budaya.

Praktik keluarga sebagai pusat keperawatan didasarkan pada perspektif bahwa keluarga adalah unit dasar untuk keperawatan individu dari anggota keluarga. Friedman memandang keluarga sebagai *entry point* dalam pemberian pelayanan kesehatan di masyarakat untuk menentukan resiko gangguan akibat pengaruh gaya hidup dan lingkungan. Potensi keterlibatan keluarga menjadi semakin besar ketika salah satu anggota keluarga memerlukan bantuan terus menerus karena mengalami masalah pada kesehatannya. Friedman (2014) mengemukakan beberapa alasan mengapa keluarga menjadi salah satu sentral dalam perawatan, yaitu:

1. Keluarga sebagai sumber dalam perawatan kesehatan
2. Masalah kesehatan individu akan berpengaruh pada anggota keluarga yang lainnya
3. Keluarga merupakan tempat berlangsungnya komunikasi sepanjang hayat sekaligus menjadi harapan bagi semua anggota keluarga
4. Penemuan kasus-kasus suatu penyakit seringkali diawali dari keluarga.
5. Anggota keluarga lebih mudah menerima suatu informasi jika informasi tersebut didukung oleh anggota keluarga lainnya.
6. Keluarga merupakan *support system* bagi individu

Keluarga adalah suatu sistem, jika salah satu anggota keluarga bermasalah, akan mempengaruhi sistem anggota keluarga lainnya (Stanhope & Lancaster, 2004 didalam Nursalam, 2013). Masalah individu didalam keluarga diselesaikan melalui intervensi keluarga dengan melibatkan anggota keluarga lainnya secara aktif dalam melaksanakan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit. Friedman meyakini bahwa jika intervensi ini dilakukan dalam keluarga maka keluarga yang sehat akan membuat komunitas atau masyarakat juga menjadi sehat karena keluarga merupakan subsistem dalam komunitas (Friedman, 2014).

Asuhan keperawatan keluarga difokuskan pada peningkatan kesehatan seluruh anggota keluarga melalui perbaikan dinamika hubungan internal keluarga, struktur dan fungsi keluarga yang terdiri atas afektif, sosialisasi, reproduksi, ekonomi dan perawatan kesehatan. Fungsi perawatan kesehatan ini dilakukan oleh keluarga terhadap anggota keluarganya yang sakit dan bagi anggota keluarga lainnya agar tidak tertular penyakit serta adanya interdependensi antar anggota keluarga sebagai suatu sistem dan meningkatkan hubungan keluarga dengan lingkungannya (Nursalam, 2013).

Tujuan asuhan keperawatan keluarga dengan menggunakan pendekatan model Friedman adalah memandirikan keluarga dalam melaksanakan pemeliharaan kesehatan keluarga dengan melakukan tugas kesehatan keluarga sebagai berikut:

1. Mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga
2. Mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan
3. Mampu mempertahankan suasana rumah yang sehat

4. Mampu memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan anggota keluarga
5. Mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga

## 2.6 Konsep Penelitian Kualitatif

### 2.6.1 Pengertian

Definisi tentang metode penelitian kualitatif telah dikemukakan oleh para ahli dalam banyak literatur, seperti Strauss & Corbin (2003) dalam Afrizal (2014) yang mendefinisikan metode penelitian kualitatif sebagai jenis penelitian yang temuan-temuannya tidak diperoleh melalui prosedur statistik atau bentuk hitungan lainnya. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang berfokus menggambarkan dan memahami fenomena atau konsep dalam dunia sosial dari perspektif individu yang memiliki pengalaman dalam dunia sosial tersebut (Dharma, 2011).

### 2.6.2 Karakteristik penelitian kualitatif

Dharma (2011) menuliskan beberapa karakteristik spesifik yang membedakan penelitian kualitatif dengan kuantitatif, sebagai berikut:

- 1) Bersifat induktif.
- 2) Lebih memperhatikan proses dan arti atau makna berdasarkan perspektif individu.
- 3) Dipakai dalam seting penelitian yang natural.
- 4) Menggunakan peneliti sebagai instrumen utama dalam pengumpulan dan analisis data (*researcher as instrument*).
- 5) Analisis dilakukan sejak awal penelitian.

Berdasarkan karakteristik diatas maka penelitian kualitatif dapat digunakan untuk:

1. Metode pengumpulan atau penelitian utama dimana peneliti ingin mengetahui gambaran yang mendalam dan jelas tentang suatu fenomena berdasarkan pengalaman kehidupan individu atau proses-proses sosial yang mendasarinya.
2. Langkah awal dalam mengembangkan penelitian kuantitatif.
3. Cara untuk memahami hasil penelitian kuantitatif.
4. Cara menggali gagasan.

### 2.6.3 Manfaat metode penelitian kualitatif

Afrizal (2014) menuliskan bahwa metode penelitian kualitatif sangat diperlukan karena banyak hal yang tidak dapat ditelaah dengan pendekatan penelitian kuantitatif, seperti:

- 1) Metode penelitian kualitatif berguna untuk pemahaman yang lebih mendalam tentang makna dan konteks tingkah laku serta proses yang terjadi pada faktor yang berkaitan dengan tingkah laku tersebut.
- 2) Metode penelitian kualitatif berguna untuk mengungkapkan proses kejadian secara mendetail sehingga diketahui dinamika sebuah realitas sosial dan saling pengaruh berbagai realitas sosial tersebut. Hal ini dapat menginformasikan penyebab sebuah kejadian dan aksi orang lain yang mempunyai konsekuensi-konsekuensi yang tidak diinginkan bagi orang lain dan masyarakat.
- 3) Metode penelitian kualitatif berguna untuk mengetahui realitas sosial dari sudut pandang aktor sehingga bermanfaat untuk mengetahui sesuatu dari sudut pandang aktor sehingga dapat mengembangkan sesuatu yang sesuai dengan aspirasi dan pengetahuan lokal atau kelompok sasaran.

- 4) Metode penelitian kualitatif menghasilkan informasi yang lebih kaya dibandingkan metode kuantitatif dan ini sangat berguna untuk meningkatkan pemahaman terhadap realitas sosial.

Penelitian kualitatif dalam keperawatan lebih menekankan pada investigasi pengalaman, proses sosial atau aspek budaya yang dialami individu perawat ataupun pasien yang berhubungan dengan kesehatan (Dharma, 2011).

#### 2.6.4 Pengumpulan data kualitatif

Melakukan penelitian kualitatif berarti melakukan pengumpulan data dengan menggunakan teknis-teknik tertentu dan menganalisis data yang telah dikumpulkan dengan cara tertentu (Afrizal, 2014).

Beberapa pendekatan pengumpulan data kualitatif (Creswell, 2010):

Tabel 2.2 Pendekatan pengumpulan data kualitatif

<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengumpulkan data lapangan dengan berperan sebagai partisipan.</li> <li>2. Mengumpulkan data lapangan dengan berperan sebagai observer.</li> <li>3. Mengumpulkan data lapangan dengan lebih banyak berperan sebagai partisipan daripada observer.</li> <li>4. Mengumpulkan data lapangan dengan lebih banyak berperan sebagai observer daripada partisipan.</li> <li>5. Mengumpulkan data lapangan dengan berperan sebagai <i>outsider</i> (orang luar) terlebih dahulu, kemudian mulai masuk kedalam setting penelitian sebagai <i>insider</i> (orang dalam)</li> </ol>
<p><b>Wawancara</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaksanakan wawancara tidak terstruktur dan terbuka, sambil mencatat hal-hal yang penting.</li> <li>2. Melaksanakan wawancara tidak terstruktur dan terbuka, sambil merekamnya dengan audiotape lalu mentranskripsinya.</li> <li>3. Melaksanakan wawancara semi struktur sambil merekamnya dengan audiotape lalu mentranskripsinya.</li> <li>4. Melakukan wawancara <i>focus group</i>, sambil merekamnya dengan audiotape, lalu mentranskripsinya.</li> <li>5. Melaksanakan jenis wawancara yang berbeda sekaligus: melalui email, dengan berhadapan langsung, wawancara <i>focus group</i>, wawancara <i>focus group online</i> dan wawancara telepon.</li> </ol>
<p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendokumentasikan buku harian selama penelitian.</li> <li>2. Meminta buku harian atau <i>diary</i> dari partisipan selama penelitian.</li> <li>3. Mengumpulkan surat pribadi dari partisipan.</li> <li>4. Menganalisis dokumen publik seperti memo resmi, catatan resmi, atau arsip-arsip lainnya.</li> <li>5. Menganalisis autobiografi atau biografi.</li> </ol>

6. Meminta foto partisipan atau merekam suara mereka dengan videotape.
7. Audit-audit.
8. Rekaman medis.
Materi Audio-Visual
1. Menganalisis jejak-jejak fisik seperti jejak kaki di salju.
2. Merekam atau menfilmkan situasi sosial atau seorang individu atau kelompok tertentu.
3. Menganalisis foto dan rekaman video.
4. Mengumpulkan suara/bunyi seperti musik, teriakan anak-anak, klakson mobil.
5. Mengumpulkan email.
6. Mengumpulkan text message dari telepon seluler.
7. Menganalisis harta kepemilikan atau objek-objek ritual.
8. Mengumpulkan bunyi, aroma, rasa atau stimuli-stimuli indra lainnya

(Sumber: Creswell, 2010 hal.272-273)

### 2.6.5 *Indepth interview*

Salah satu teknik pengumpulan data yang sering digunakan peneliti dalam penelitian kualitatif adalah *indepth interview* atau wawancara mendalam. Konsep wawancara mendalam berbeda dengan wawancara tidak terstruktur. Wawancara mendalam adalah wawancara tanpa alternatif pilihan jawaban dan dilakukan untuk mendalami informasi dari seorang informan atau partisipan (Afrizal, 2014). Karena pewawancara perlu mendalami informasi dari seorang informan maka wawancara mendalam perlu dilakukan berulang-ulang kali antara pewawancara dengan informan (Taylor, 1984 didalam Afrizal, 2014). Berulang kali yang dimaksud dalam hal ini yaitu menanyakan hal-hal yang berbeda kepada informan yang sama untuk tujuan klarifikasi informasi yang sudah didapat dalam wawancara sebelumnya.

Afrizal (2014) menuliskan ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hasil wawancara mendalam, untuk itu agar memperoleh data yang valid faktor-faktor tersebut perlu dikontrol oleh peneliti. Faktor-faktor tersebut adalah:

- 1) Jenis kelamin pewawancara
- 2) Perilaku pewawancara
- 3) Situasi wawancara

Ada enam hal yang perlu dilakukan oleh peneliti agar wawancara mendalam yang dilakukan dapat menghasilkan data yang valid (Afrizal, 2011), yaitu:

1. Membangun hubungan yang baik dengan informan.
2. Sabar mendengarkan informan memberi keterangan.
3. Hargai para informan.
4. Berkonsentrasi mendengarkan keterangan para informan.
5. Melakukan *probing*.
6. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan struktural dan pertanyaan yang mendalami hal-hal.

#### 2.6.6 *Focus group discussion*

*Focus group discussion* (FGD) adalah sebuah teknik pengumpulan data dalam penelitian kualitatif dan bukan merupakan disimulasi informasi ataupun sebuah diskusi untuk membuat keputusan. Sehubungan dengan itu, maka setiap penyelenggara FGD harus merumuskan atau menetapkan data apa yang akan dikumpulkan dengan melakukan FGD. FGD adalah suatu wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti dengan sekelompok orang dalam suatu waktu yang dapat dilakukan pada suasana formal maupun informal (Afrizal, 2014).

Agar FGD memungkinkan peneliti untuk mendapatkan pandangan kelompok yang valid maka sebaiknya melakukan FGD formal dan melakukan hal-hal berikut:

1. Tetapkan objektif FGD secara jelas. Pastikan objektif ini perlu dicapai untuk mendapatkan data bagi penelitian.
2. Membuat panduan FGD atau buat daftar pertanyaan FGD.

3. Mengatur tempat duduk yang memungkinkan fasilitator dan peserta saling berhadap-hadapan. Susunan tempat duduk peserta sebaiknya seperti huruf U dengan fasilitator duduk di ujung huruf U.
4. Batasi peserta FGD maksimal 10 orang dengan karakteristik yang sama (homogen secara status dan posisi sosial). Peserta FGD harus komunikatif dan berpengetahuan dengan isu yang dibicarakan.
5. Mengontrol wawancara secara baik dan terarah.
6. Mencegah dominasi atau pengarahannya oleh salah satu peserta FGD.
7. Mencatat penuturan setiap peserta diskusi dan kesimpulan kelompok secara mendetail.

#### Kelemahan FGD:

1. Kualitas data tergantung pada keterampilan fasilitator.
2. Sulit untuk dianalisis karena peserta berdiskusi.
3. Kemungkinan peserta yang diundang tidak datang sangat besar sehingga FGD tidak terjadi atau tidak sesuai harapan peneliti.
4. Pertanyaan yang diajukan terbatas karena keterbatasan waktu.
5. Hanya pandangan kelompok yang diperoleh, bukan pandangan individual.
6. Data mungkin tidak valid karena ada peserta tertentu yang mendominasi jalannya FGD.

#### 2.6.7 Analisis data kualitatif

Data pada penelitian kualitatif berupa hasil wawancara, observasi partisipan, catatan lapangan atau hasil diskusi terarah yang berupa narasi atau pernyataan. Subyektifitas dalam penafsiran data tersebut dikurangi dengan melakukan metode analisis yang cermat dengan membaca, memahami, menelaah

dan menganalisa makna yang terkandung dalam data kualitatif tersebut (Dharma, 2011).

Miles dan Huberman (1992) mendefinisikan analisis data kualitatif sebagai mereduksi data, menyajikan data dan menarik kesimpulan. Reduksi data adalah kegiatan pemilihan data penting dan tidak penting dari data yang telah terkumpul. Menyajikan data adalah pemaparan informasi yang tersusun. Kesimpulan data adalah tafsiran atau interpretasi terhadap data yang disajikan. Analisis data yang dimaksudkan ini bukan kegiatan pengkuantifikasian atau menghitung (Afrizal, 2014).

Salah satu metode yang sering digunakan oleh peneliti kualitatif terutama dalam bidang keperawatan adalah analisis isi atau *content analysis* (Dharma, 2011). Langkah dalam melakukan *content analysis* adalah:

1) Membuat transkrip data.

Seluruh data yang terekam dalam *tape recorder*, catatan lapangan, atau dokumentasi lainnya kemudian ditranskrip menjadi sebuah teks narasi berisi pernyataan partisipan atau catatan hasil observasi. Mentranskrip data merupakan tahap awal dari analisis data kualitatif. Seluruh data verbatim di transkrip kedalam bentuk teks narasi yang siap dianalisis.

2) Menentukan *meaning unit*.

*Meaning unit* yaitu kalimat atau paragraf yang saling berhubungan melalui isinya dan membentuk suatu makna. Tidak seluruh pernyataan partisipan yang telah dibuat dalam transkrip mengandung makna sesuai tujuan penelitian. data yang tidak relevan dapat dihilangkan tanpa mengurangi makna dari data secara

keseluruhan. Pemilihan *meaning unit* membuat peneliti lebih fokus dalam melakukan analisis isi.

3) Meringkas dan mengorganisir data.

Data yang mengandung makna (*meaning unit*) diatur dan dikelompokkan sesuai dengan topik atau pertanyaan yang diajukan. Peneliti biasanya menemukan jawaban partisipan yang meloncat dari satu topik ke topik lainnya tanpa berurutan. Menelompokkan dan mengurutkan *meaning unit* sesuai dengan topik.

4) Melakukan abstraksi data.

Abstraksi data yaitu mengelompokkan data yang memiliki makna yang sama kemudian membuat label terhadap data tersebut. Peneliti membuat label terhadap suatu unit data, mengelompokkan beberapa label yang serupa menjadi suatu kategori tertentu serta membuat suatu tema dari beberapa kategori yang saling berhubungan.

Tahap dalam abstraksi data, yaitu:

1. Koding

Koding adalah membuat label data yang memiliki makna tertentu yang disebut *substantive coding*. Setiap *meaning unit* diberi label dengan kode berupa kata atau frase yang dibuat oleh peneliti atau berdasarkan apa yang disampaikan oleh partisipan. Label dari suatu data mempermudah peneliti untuk memaknai data tersebut dan mempermudah dalam proses pengelompokan data.

## 2. Membuat kategori

Setelah membuat label data (koding), peneliti kemudian membuat kategori dari beberapa label. Kategori merupakan tingkatan deskriptif dari isi data yang dapat dilihat sebagai ekspresi dari data tersebut. Beberapa kode atau label yang sama dikelompokkan menjadi suatu kategori, sedangkan beberapa kode lainnya membentuk kategori yang lain pula. Satu data tidak boleh dimasukkan kedalam 2 kategori yang berbeda. Satu data yang telah dilabel (koding) hanya dapat membentuk satu kategori yang artinya 1 data sesuai untuk 1 kategori, sedangkan 1 kategori dapat dibentuk oleh lebih dari 1 data.

## 3. Menyusun tema

Tema merupakan ekspresi dari isi laten sebuah teks yang telah dibuat dalam bentuk kategori. Satu tema disusun dari beberapa kategori-kategori dalam kelompok yang sama. Penyusunan tema dari beberapa kategori merupakan tahap akhir dari kegiatan abstraksi data.

## 5) Mengidentifikasi variabel dan hubungan antar variabel secara kualitatif.

Tema-tema yang telah teridentifikasi dari kumpulan data dirumuskan dan dikelompokkan menjadi satu variabel, kemudian dilihat kecenderungan hubungan secara kualitatif. Tabel ringkasan dari abstraksi data (tahap 4) dapat diringkas berdasarkan pengelompokan tertentu untuk mempermudah identifikasi kecenderungan hubungan antar variabel.

## 6) Menarik kesimpulan.

Pada tahap ini peneliti memahami kembali seluruh isi data dan mengidentifikasi benang merah dari kumpulan kategori, tema, hubungan antar tema dan variabel. Pemahaman tentang benang merah ini akan menghasilkan suatu wawasan baru tentang fenomena yang diteliti.

### 2.6.8 Pendekatan kualitatif etnografis

#### 1. Pengertian etnografi

Menurut teknik pengumpulan data, metode penelitian kualitatif dapat dibedakan menjadi dua yaitu metode penelitian etnografis dan metode penelitian non etnografis. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian etnografis. Metode penelitian etnografis adalah sebuah metode untuk memahami secara mendalam dan menyeluruh dalam waktu yang lama terhadap kebudayaan suatu komunitas (Afrizal, 2014). Etnografi berfokus pada kelompok yang mempunyai kebudayaan yang sama, maka dari itu etnografi merupakan suatu desain kualitatif yang penelitiannya mendeskripsikan dan menafsirkan pola yang sama dari nilai, perilaku, keyakinan, dan bahasa dari suatu kelompok berkebudayaan yang sama (Haris, 1968 didalam Creswell, 2015). Peneliti mempelajari makna dari perilaku, bahasa dan interaksi di kalangan para anggota kelompok berkebudayaan sama tersebut. Proses penelitiannya fleksibel dan biasanya berkembang sesuai kondisi dalam merespons kenyataan-kenyataan hidup yang dijumpai di lapangan (LeCompte & Schensul, 1999 *cit* Creswell, 2010). Tujuan penelitian etnografi adalah mengidentifikasi bagaimana suatu kelompok budaya (kultural) mengekspresikan pola budaya tentang suatu perilaku seperti

memelihara kehamilan, proses persalinan atau merawat anggota keluarga yang sakit (Dharma, 2010).

## 2. Ciri utama etnografi

Beberapa ciri utama dari etnografi yang baik (Creswell, 2015), yaitu:

- 1) Etnografi berfokus pada perkembangan deskripsi yang kompleks dan lengkap tentang kebudayaan dari kelompok, yaitu kelompok berkebudayaan sama. Etnografi tersebut mungkin saja membahas keseluruhan kelompok atau bagian dari kelompok. Sebagaimana disebutkan oleh Wolcott (2008a) *cit* Creswell (2015) bahwa etnografi bukanlah studi tentang kebudayaan tetapi studi tentang perilaku sosial dari kelompok masyarakat yang dapat teridentifikasi.
- 2) Didalam etnografi, peneliti mencari berbagai pola dari aktivitas mental kelompok tersebut misalnya ide dan keyakinan yang diekspresikan melalui bahasa, atau aktivitas material, misalnya bagaimana mereka berperilaku dalam kelompok yang diekspresikan melalui tindakan mereka yang diamati oleh peneliti (Fetterman, 2010 *cit* Creswell, 2015). Pola yang dimaksud juga dideskripsikan sebagai ritual, perilaku sosial adat, atau kebiasaan. Dengan kata lain, peneliti mencari pola dari organisasi sosial misalnya jaringan sosial dan sistem ideasional misalnya pandangan dunia (Wolcott, 2008 *cit* Creswell, 2015).
- 3) Hal ini berarti bahwa kelompok berkebudayaan sama tersebut telah lengkap dan berinteraksi dalam waktu yang cukup lama sehingga dapat membangun pola kerja yang jelas.

- 4) Disamping itu, teori memainkan peran penting dalam memfokuskan perhatian peneliti ketika melaksanakan etnografi. Contohnya, para etnografer memulai dengan teori yaitu suatu penjelasan umum tentang apa yang mereka harapkan untuk ditemukan yang diambil dari ilmu pengetahuan kognitif untuk memahami ide dan keyakinan, atau dari teori materialis, misalnya tekno-environmentalisme, marxisme, akulturasi, atau inovasi untuk mengamati bagaimana individu dalam kelompok berkebudayaan sama tersebut berperilaku atau berbicara (Fetterman, 2010 *cit* Creswell, 2015).
- 5) Untuk dapat menggunakan teori tersebut dan untuk menemukan pola dari kelompok berkebudayaan sama, peneliti harus terlibat dalam kerja lapangan yang lama, mengumpulkan data terutama melalui wawancara, pengamatan, simbol, artefak, dan beragam sumber data yang lain (Fetterman, 2010 *cit*, 2015).
- 6) Dalam menganalisis data ini peneliti bersandar pada pandangan dari para partisipan sebagai perspektif *emis insider* dan melaporkan dalam kutipan verbatim, dan kemudian menyintesis data tersebut, menyaringnya melalui perspektif ilmiah *etis* dari peneliti untuk mengembangkan suatu penafsiran kebudayaan yang menyeluruh. Penafsiran kebudayaan ini adalah deskripsi tentang kelompok dan tema yang terkait dengan konsep teoritis yang sedang dieksplorasi dalam studi tersebut.
- 7) Analisis ini menghasilkan pemahaman tentang bagaimana kelompok berkebudayaan sama berjalan, yaitu bagaimana kelompok tersebut berfungsi dan bagaimana cara hidup dari kelompok tersebut. Wolcott

(2010) *cit* Creswell (2015) memberikan dua pertanyaan yang sangat membantu yang pada akhirnya harus dijawab dalam etnografi: “apakah yang harus diketahui oleh masyarakat dalam setting ini dan harus mereka lakukan untuk membuat sistem ini berjalan?” dan “apakah kebudayaan, yang terkadang didefinisikan secara sederhana sebagai pengetahuan bersama, kebanyakan ditularkan daripada diajarkan? Bagaimana kebudayaan yang masuk ke dalam kelompok tersebut mendapatkan jalan masuknya hingga tercapai satu tingkat kebersamaan yang mencukupi?”.

### 3. Prosedur pelaksanaan etnografi

Beberapa langkah dalam pelaksanaan etnografi adalah sebagai berikut:

- 1) Menentukan apakah etnografi merupakan desain yang paling tepat digunakan untuk mempelajari permasalahan riset yang dimaksud. Etnografi sangat tepat digunakan jika kebutuhannya adalah untuk mendeskripsikan bagaimana kelompok kebudayaan berjalan dan untuk mengeksplorasi berbagai keyakinan, bahasa, perilaku, dan persoalan yang mereka hadapi (Creswell, 2015).
- 2) Mengidentifikasi dan menentukan suatu kelompok berkebudayaan sama yang hendak dipelajari. Kelompok yang dimaksud adalah kelompok yang para anggotanya telah hidup bersama dalam waktu yang lama, sehingga bahasa, pola perilaku, dan sikap mereka telah terbentuk menjadi pola yang dapat dilihat. Oleh karena seorang etnografer perlu mengamati dan berbincang dengan kelompok ini, dia harus menemukan satu atau lebih individu yang akan mempersilahkan peneliti masuk ke dalam kelompok tersebut, yaitu seorang *gatekeeper* atau informasi penting atau partisipan (Creswell, 2015).

- 3) Menyeleksi berbagai tema, permasalahan atau teori kebudayaan yang hendak dipelajari dari kelompok tersebut. Tema, permasalahan atau teori menyediakan suatu kerangka pengarah bagi studi tentang kelompok berkebudayaan sama tersebut. Tema dapat mencakup beberapa topik seperti enkulturasi, sosialisasi, pembelajaran, kognisi, dominasi, ketidaksetaraan, atau perkembangan anak dan orang tua (LeCompte, dkk., 1992 di dalam Creswell, 2015).
- 4) Konsep kebudayaan dipelajari dengan cara menentukan tipe etnografi apa yang hendak digunakan. Dua bentuk etnografi yang populer digunakan adalah etnografi realis dan etnografi kritis. Etnografi realis merefleksikan suatu pendirian tertentu yang diambil oleh peneliti terhadap para individu yang sedang diteliti yang dilaporkan secara objektif tentang situasi atau informasi yang dipelajari dari para partisipan disuatu tempat (Creswell, 2015). Etnografi kritis adalah jenis riset etnografi dimana penulisnya memperjuangkan emansipasi bagi kelompok masyarakat yang terpinggirkan (Thomas, 1993 di dalam Creswell, 2015). Para peneliti kritis biasanya adalah individu yang berpikiran politis yang berusaha melalui riset untuk menentang ketidaksetaraan dan dominasi (Carspecken & Apple, 1992 di dalam Creswell, 2015). Pendekatan etnografi dalam keperawatan digunakan untuk meneliti variasi budaya untuk meneliti variasi budaya yang melatarbelakangi perilaku sehat suatu kelompok. Kelompok pasien atau keluarga sebagai partisipan merupakan sub budaya dalam konteks sosial yang lebih luas (Dharma, 2011).
- 5) Mengumpulkan informasi dalam konteks atau lingkungan dimana kelompok tersebut hidup. LeCompte dan Schensul (1999) mengorganisasikan beberapa

jenis data etnografis menjadi beberapa kelompok yaitu pengamatan, tes dan pengukuran, survei, wawancara, analisis muatan, metode elisitasi, metode audiovisual, pemetaan ruang, dan riset jaringan (Creswell, 2015).

- 6) Menganalisis data tersebut untuk menyusun suatu deskripsi tentang kelompok berkebudayaan sama, tema yang muncul dari kelompok tersebut, dan penafsiran keseluruhan (Wolcott, 1994 *cit* Creswell, 2015). Analisis dimulai dari menyusun deskripsi yang detail tentang kelompok berkebudayaan sama tersebut, memfokuskan pada peristiwa tunggal, pada beberapa aktivitas, atau pada kelompok tersebut dalam waktu yang lama, kemudian dilanjutkan dengan analisis pola atau topik yang memperlihatkan bagaimana kelompok kebudayaan tersebut berjalan dan diakhiri dengan suatu gambaran menyeluruh tentang bagaimana suatu sistem berjalan (Fetterman, 2010 *cit* Creswell, 2015).
- 7) Menyusun rangkaian aturan atau teori tentang bagaimana kelompok berkebudayaan sama tersebut berjalan sebagai hasil akhir dari analisis. Hasil akhirnya adalah potret kebudayaan yang holistik dari kelompok tersebut yang mencakup pandangan dari para partisipan (*emis*) dan juga pandangan dari peneliti (*etis*).

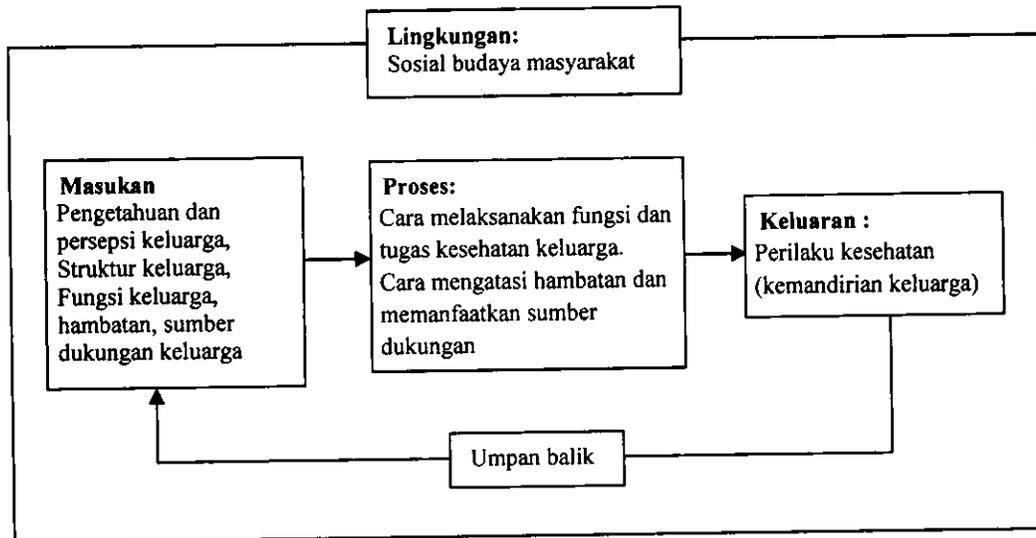
**BAB 3**  
**KERANGKA KONSEPTUAL &**  
**HIPOTESIS PENELITIAN**

### BAB 3

## KERANGKA PIKIR PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan etnografi untuk mengidentifikasi kemandirian keluarga dalam melakukan perawatan kesehatan pada anggota keluarga yang menderita TB. Dasar kerangka pikir yang digunakan adalah teori sistem keluarga yang diturunkan dari teori sistem umum yang dikembangkan oleh von Bertalanffy pada tahun 1970 dan menjadi salah satu teori yang digunakan Friedman sebagai landasan teoritis primer model pengkajian keluarga (Friedman, 2014).

Sebagai suatu sistem didalam keluarga akan terjadi interaksi, interelasi, dan interdependensi antara sub-sub dalam sistem keluarga. Jika ada anggota keluarga mengalami gangguan maka sistem keluarga secara keseluruhan akan terganggu. Keluarga akan berperan banyak terutama dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan oleh anggota keluarga (Mubarak, dkk, 2009). Alasan keluarga disebut sistem adalah karena keluarga mempunyai subsistem (memiliki anggota keluarga, fungsi dan peran, aturan, budaya dan lainnya yang dipelajari dan dipertahankan dalam kehidupan berkeluarga), terdapat saling berhubungan dan ketergantungan antar subsistem, dan merupakan unit terkecil dari masyarakat yang dapat mempengaruhi supra sistem.



Gambar 2.1 Kerangka pikir penelitian dengan modifikasi teori sistem keluarga

# BAB 4

## METODE PENELITIAN

## **BAB 4 METODE PENELITIAN**

### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain riset kualitatif yaitu suatu penelitian yang berfokus menggambarkan dan memahami fenomena atau konsep dalam dunia sosial dari perspektif individu yang memiliki pengalaman dalam dunia sosial tersebut (Dharma, 2011). Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah etnografi yaitu salah satu strategi penelitian kualitatif yang didalamnya peneliti menyelidiki suatu kelompok kebudayaan yang alamiah dalam periode waktu yang cukup lama dalam pengumpulan data utama, data observasi, dan data wawancara (Creswell, 2010). Proses penelitian etnografi berjalan fleksibel dan biasanya berkembang sesuai kondisi dalam merespon kenyataan-kenyataan hidup yang dijumpai di lapangan (LeCompte & Schensul, 1999 *cit* Creswell, 2010). Penelitian ini dilakukan secara bebas tanpa terikat dengan konsep-konsep atau pernyataan tentang kemandirian keluarga dalam melakukan perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita TB dengan menjadikan subyektifitas partisipan sebagai sudut pandang penelitian.

## 4.2 Rekrutmen Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini ditetapkan secara *purposive* berdasarkan maksud dan tujuan yang telah ditentukan oleh peneliti yaitu sebanyak 21 orang, yaitu:

- 1) Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita TB sebanyak 7 orang. Jumlah partisipan ditentukan berdasarkan saturasi data yang dikumpulkan. Keluarga yang dipilih menjadi partisipan adalah keluarga yang memenuhi kriteria inklusi penelitian sebagai berikut:
  - 1) Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita TB yang sedang dalam pengobatan TB tahap lanjut.
  - 2) Partisipan adalah keluarga yang merawat anggota keluarga yang menderita TB.
  - 3) Partisipan adalah keluarga yang bertanggungjawab dalam perawatan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari anggota keluarga yang menderita TB.
  - 4) Partisipan berusia minimal 20 tahun, karena pada usia ini seseorang dianggap telah dewasa dan mampu mempertanggungjawabkan informasi yang disampaikan selama proses penelitian.
  - 5) Partisipan mampu berkomunikasi dengan baik dengan menggunakan bahasa indonesia.
  - 6) Partisipan adalah keluarga yang sehat fisik dan mental saat dilakukan wawancara.

2) Peneliti juga melakukan wawancara dengan beberapa partisipan tambahan sebanyak 8 orang untuk menggali informasi yang lebih mendetail terkait kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB ditinjau dari pemahaman kesehatan, sosial budaya, dan agama. Partisipan tambahan tersebut adalah:

- 1) Dokter di Puskesmas Kawangu sebanyak 1 orang.
  - 2) Perawat Penanggung Jawab Program TB di Puskesmas Kawangu sebanyak 1 orang.
  - 3) Petugas Laboratorium di Puskesmas Kawangu sebanyak 1 orang.
  - 4) Tokoh agama yang mewakili sebanyak 2 orang yaitu 1 orang tokoh agama Kristen Protestan dan 1 orang tokoh agama Katolik.
  - 5) Tokoh adat yang mewakili sebanyak 1 orang.
  - 6) Aparat desa yang mewakili sebanyak 2 orang
- 3) Peneliti juga melakukan FGD pada 1 kelompok homogen yaitu kelompok kader kesehatan yang terdiri dari 6 orang peserta untuk memperoleh pandangan atau pikiran kelompok terkait fenomena yang diteliti.

Proses rekrutmen partisipan dilakukan setelah prosedur perijinan penelitian telah selesai dilakukan oleh peneliti. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tentang pelaksanaan penelitian kemudian menyampaikan ijin penelitian tersebut ke Badan Penanaman Modal dan Ijin Terpadu Kabupaten Sumba Timur dan melanjutkan

ijin penelitian ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur dan yang terakhir meneruskan ijin penelitian ke Puskesmas Kawangu sebagai lokasi penelitian.

Data keluarga penderita TB dan kader kesehatan diperoleh peneliti dari perawat penanggung jawab program TB Puskesmas Kawangu, selanjutnya peneliti melakukan pertemuan pertama dengan calon partisipan untuk memperkenalkan diri, melakukan interaksi dengan partisipan untuk membina hubungan saling percaya yang dilanjutkan dengan penjelasan tujuan, manfaat, prosedur penelitian, batasan keterlibatan partisipan, hak dan kewajiban serta jaminan hak-hak partisipan. Setelah calon partisipan bersedia secara sukarela menjadi partisipan penelitian, peneliti meminta partisipan mengisi dan menandatangani pernyataan kesediaan mengikuti penelitian. Peneliti kemudian membuat kesepakatan waktu dan tempat wawancara.

### **4.3 Variabel Penelitian**

#### **4.3.1 Variabel Independen**

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain. Variabel independen dalam penelitian ini adalah:

- 1) Persepsi keluarga
- 2) Dukungan keluarga
- 3) Kemampuan keluarga
- 4) Nilai sosial budaya dalam keluarga

#### 4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kemandirian keluarga.

#### 4.4 Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kawangu Kabupaten Sumba Timur. Proses pengumpulan data dilaksanakan pada bulan April sampai dengan Juni 2015.

#### 4.5 Etika penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip etik dalam etika penelitian keperawatan seperti yang dikemukakan oleh Dharma (2011) berdasarkan Polit & Beck (2004), yaitu:

1) Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*):

1) Calon partisipan memiliki autonomi mutlak (*autonomy*) dalam mengambil keputusan menolak atau bersedia terlibat dalam penelitian tanpa adanya tekanan ataupun paksaan agar bersedia setelah diberikan penjelasan dan informasi terbuka meliputi tujuan dan manfaat penelitian, prosedur penelitian, resiko penelitian, keuntungan yang mungkin didapat dan kerahasiaan informasi.

2) Persetujuan kesediaan partisipan secara sukarela dituangkan dalam lembar pernyataan kesediaan menjadi partisipan atau *informed consent* yang ditandatangani oleh partisipan dan saksi.

- 2) Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek (*respect for privacy and confidentiality*).

Peneliti menjamin kerahasiaan berbagai informasi yang menyangkut privasi partisipan ataupun keluarganya yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui orang lain. Prinsip ini diterapkan oleh peneliti dengan meniadakan identitas seperti nama dan alamat subyek kemudian mengganti dengan kode tertentu.

- 3) Menghormati keadilan dan inklusivitas (*respect for justice inclusiveness*).

Prinsip keterbukaan dalam penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati, dan dilakukan secara profesional, sedangkan prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subyek.

- 4) Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefits*).

Prinsip ini mengandung makna bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subyek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (*beneficience*). Peneliti meminimalisir resiko/dampak yang merugikan bagi partisipan (*nonmaleficience*).

#### 4.6 Alat Pengumpulan Data

Dalam penelitian kualitatif, peneliti adalah instrumen penelitian itu sendiri, untuk itu dilakukan uji coba terhadap kemampuan peneliti untuk melakukan wawancara dan pencatatan *field note*. Uji coba dilakukan pada 1 partisipan yang memiliki karakteristik yang sesuai dengan kriteria sampel.

Peneliti menggunakan alat bantu pengumpul data sebagai berikut:

1) Pedoman wawancara.

Pedoman wawancara yang digunakan berupa pertanyaan semi terstruktur untuk membantu peneliti selama proses wawancara agar pertanyaan yang diajukan tetap berfokus pada tujuan penelitian.

2) Catatan lapangan (*field note*).

*Field note* digunakan untuk mencatat respon non verbal partisipan dan kondisi yang mempengaruhi selama proses wawancara berlangsung.

3) Lembar Observasi.

Lembar observasi digunakan untuk mengamati tingkat kemandirian keluarga dan dukungan sosial keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita TB. Lembar observasi ini digunakan untuk mendukung hasil wawancara berdasarkan pengamatan peneliti.

4) Alat perekam.

Alat perekam yang digunakan adalah MP3 untuk merekam informasi dari partisipan. Alasan penggunaan alat ini adalah kualitas suara yang jelas dan jernih dan mudah dalam pengoperasiannya baik saat proses perekaman maupun

saat pemutaran kembali untuk dibuat verbatim. Validitas alat perekam dilakukan dengan menggunakan uji coba merekam suara peneliti.

#### 5) Kamera.

Kamera yang digunakan berukuran 13 Mega Pixel yang digunakan untuk merekam gambar yang mendukung selama proses pengumpulan data. Alat yang digunakan memiliki kualitas gambar yang cukup maksimal dan akurat untuk menggambarkan kondisi yang sebenarnya.

### 4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan wawancara, *Focus Group Discussion* (FGD), catatan lapangan (*field note*) dan observasi:

#### 1) Wawancara

Teknik wawancara yang digunakan adalah teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan pertanyaan terbuka yang semi terstruktur sehingga partisipan berkesempatan untuk mengungkapkan pengalaman terkait kemandirian keluarga yang sedang diteliti dengan menggunakan kata-katanya sendiri. Wawancara dilakukan pada partisipan keluarga yang memenuhi kriteria inklusi penelitian, selanjutnya peneliti melakukan wawancara kepada partisipan lain yaitu dokter, perawat, petugas laboratorium, tokoh agama, tokoh adat dan aparat desa untuk mendapatkan gambaran yang lebih mendetail terhadap fenomena yang sedang diteliti.

Peneliti membagi proses pengumpulan data melalui wawancara menjadi 3 tahap, yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap terminasi. Tahap persiapan dilakukan sebelum wawancara dilakukan dimana peneliti

mempersiapkan lingkungan yang kondusif, yaitu tempat yang jauh dari suasana bising.

Tempat wawancara dilakukan berdasarkan kesepakatan yang telah dibuat bersama dan atas persetujuan partisipan. Wawancara dilakukan berdasarkan kontrak waktu yang telah disepakati. Peneliti mengajukan pertanyaan menggunakan pedoman wawancara yang sudah disiapkan. Peneliti menggunakan bahasa sederhana yang mudah dimengerti oleh partisipan dan melakukan klarifikasi terhadap jawaban yang diberikan partisipan jika dirasa belum jelas atau menyimpang dari maksud pertanyaan.

Pada tahap terminasi, peneliti melakukan validasi verbatim kepada partisipan untuk memastikan kesesuaian maksud partisipan dengan hasil wawancara yang telah diverbatimkan. Tahap terminasi berakhir jika partisipan menyetujui isi verbatim dan gambaran yang disampaikan oleh peneliti terhadap tema hasil analisis. Partisipan kemudian diminta untuk menandatangani bagian akhir dari verbatim sebagai bukti bahwa partisipan telah menyetujui isi verbatim tersebut. Tahap terminasi diakhiri dengan memberikan *reward* kepada keluarga yang telah dikonsulkan terlebih dahulu dengan Penanggung Jawab Program TB di Puskesmas Kawangu.

Peneliti berperan sebagai instrumen penelitian, untuk itu dilakukan juga uji coba terhadap kemampuan peneliti melakukan wawancara dan pencatatan *field note*. Uji coba dilakukan pada satu partisipan yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Hasil uji coba didapatkan bahwa peneliti mampu melakukan wawancara dalam waktu 54 menit dan partisipan mampu menjawab semua

pertanyaan dengan tingkat kedalaman informasi yang cukup. Selama proses wawancara berlangsung peneliti mengisi form *field note* dan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh partisipan. Terdapat beberapa interupsi selama prosedur wawancara berlangsung akan tetapi pada dasarnya tidak mengganggu jalannya wawancara dan informasi yang diperoleh.

## 2) *Focus Group Discussion* (diskusi kelompok terarah).

*Focus Group Discussion* (FGD) adalah wawancara dari sekelompok kecil orang yang dipimpin oleh seorang narasumber atau moderator yang secara halus mendorong peserta untuk berani berbicara terbuka dan spontan tentang hal yang dianggap penting yang berhubungan dengan topik diskusi saat itu. Tujuan FGD adalah untuk memperoleh masukan maupun informasi mengenai suatu permasalahan yang bersifat lokal dan spesifik. FGD dalam penelitian ini dilakukan dalam sebuah kelompok yang homogen yaitu kelompok kader kesehatan di desa Kadumbul. Undangan menghadiri diskusi diberikan pada 9 orang kader akan tetapi terdapat 3 orang kader yang berhalangan hadir dan 6 orang kader lainnya bersedia mengikuti proses diskusi.

Proses diskusi berjalan dengan baik. Semua peserta diskusi saling menghormati dan memberikan kesempatan peserta lainnya untuk berbicara. Terdapat satu peserta yang mendominasi di awal diskusi pada saat membahas pertanyaan pertama akan tetapi setelah diberikan pengertian dan menegaskan kembali aturan diskusi, peserta yang dominan tersebut dapat mengikuti jalannya diskusi dengan baik. Semua peserta diskusi terlihat serius dalam

berdiskusi dan memberikan informasi yang sebenarnya sesuai dengan pengetahuan dan pengalaman mereka sebagai kader di masyarakat.

Sebelum menutup diskusi, peneliti yang berperan sebagai fasilitator membuat kesimpulan umum hasil diskusi dan dibacakan didepan semua peserta dan memberikan kesempatan pada peserta untuk memberikan koreksi terhadap kesimpulan yang telah dibacakan tersebut. Diskusi berakhir setelah semua peserta menyetujui kesimpulan. *Reward* kepada peserta diskusi diberikan setelah semua proses diskusi selesai dilakukan yang telah dikonsulkan terlebih dahulu dengan Penanggung Jawab Program TB di Puskesmas Kawangu.

### 3) *Field Note* (catatan lapangan).

*Field note* merupakan hal yang sangat penting dalam mengumpulkan data kualitatif melalui wawancara mendalam, FGD atau observasi. Validitas data sangat dipengaruhi kualitas catatan lapangan yang dibuat oleh peneliti. Peneliti melakukan pencatatan hasil wawancara dan FGD dengan menggunakan 2 cara yaitu merekam proses wawancara dan mencatat dalam lembar *field note* yang telah disiapkan. Hasil wawancara akan dilengkapi dengan *field note* untuk mengidentifikasi respon non verbal dan situasi selama proses wawancara agar dapat dituangkan dalam bentuk verbatim dengan lebih rinci.

Format yang digunakan dalam *field note* terdiri dari unsur nama pewawancara, tanggal dan tempat wawancara, kode partisipan, posisi partisipan, kondisi lingkungan saat wawancara dimulai, waktu wawancara dan catatan non verbal partisipan selama wawancara.

Sebelum digunakan dalam penelitian, format ini dilakukan pengujian terlebih dahulu. Hasil uji coba menunjukkan bahwa format *field note* ini mampu memberikan informasi non verbal yang mendukung hasil wawancara yang sesuai dengan verbal maupun non verbal dan kondisi lingkungan pada saat wawancara berlangsung.

#### 4) Observasi (pengamatan)

Observasi terhadap kemandirian keluarga dan dukungan sosial yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga yang menderita TB dilakukan oleh peneliti sejak kunjungan pertama dilakukan. Observasi meliputi jenis dukungan sosial yang diberikan keluarga kepada anggota keluarga yang sedang sakit TB yaitu dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan penghargaan dan dukungan instrumental yang dinilai menggunakan skala Gutman. Hasil observasi “Ya” jika dukungan tersebut diberikan oleh keluarga dan diberikan skor 1 sedangkan “Tidak” jika dukungan tersebut tidak diberikan oleh keluarga dan diberikan skor 0.

Observasi berikutnya dilakukan untuk mengukur tingkat kemandirian keluarga dengan menggunakan Pedoman Kemandirian Keluarga dalam program Perawatan Kesehatan Masyarakat yang terdiri dari 7 indikator pencapaian keluarga sebagai dasar untuk menentukan tingkat kemandirian keluarga, yaitu Keluarga Mandiri Tingkat I, Keluarga Mandiri Tingkat II, Keluarga Mandiri Tingkat III dan Keluarga Mandiri Tingkat IV.

## 5) Dokumentasi

Dokumentasi dilakukan oleh peneliti dengan melakukan pemotretan terhadap objek yang dianggap mendukung pencapaian tujuan penelitian. Hasil dokumentasi selanjutnya dipilah berdasarkan tema penelitian dan dipilih yang paling sesuai untuk menggambarkan keadaan yang sebenarnya terjadi di lapangan pada saat pengumpulan data dilakukan.

## 4.8 Pengolahan Dan Analisis Data

### 4.7.1 Pengolahan data

Percakapan wawancara sebagai data dalam penelitian ini selanjutnya ditulis dalam bentuk verbatim segera setelah proses wawancara sejak hari pertama penelitian dilakukan. Pembuatan transkrip dalam bentuk verbatim ditulis kembali oleh peneliti berdasarkan hasil wawancara, FGD dan *field note*. Sebelum dianalisis peneliti membaca verbatim secara berulang-ulang sebanyak empat sampai lima kali agar dapat memahami data dengan baik dan dapat menentukan tema sesuai dengan tujuan penelitian. Hasil observasi direkapitulasi setelah peneliti selesai melakukan kunjungan pada keluarga. Tabulasi data observasi dilakukan untuk kemudian dianalisa secara deskriptif.

### 4.7.2 Analisa Data

Salah satu metode yang sering digunakan oleh peneliti kualitatif terutama dalam bidang keperawatan adalah analisis isi atau *content analysis* (Dharma, 2011).

Langkah yang dilakukan peneliti dalam melakukan *content analysis* terhadap hasil wawancara adalah:

1) Membuat transkrip data.

Segera setelah wawancara selesai dilakukan terhadap setiap partisipan, peneliti melakukan penulisan kembali hasil wawancara dengan cara mendengarkan kembali rekaman wawancara dan menuliskan dalam bentuk transkrip wawancara. Transkrip wawancara, hasil observasi, *field note* dan hasil diskusi kelompok terarah (FGD) selanjutnya digabungkan dalam data verbatim yang selanjutnya ditranskripsikan menjadi suatu unit analisis.

2) Menentukan *meaning unit*.

Sebelum data dianalisis peneliti membaca verbatim sebanyak empat hingga lima kali agar dapat memahami data dengan baik untuk kemudian menentukan kata, paragraf atau kalimat yang saling berhubungan melalui isinya (*meaning unit*).

3) Meringkas dan mengorganisir data.

Kata, paragraf atau kalimat yang saling berhubungan melalui isinya yang telah ditentukan oleh peneliti selanjutnya diringkas. Peneliti melakukan organisir data (*meaning unit*) sesuai dengan tujuan khusus penelitian yaitu persepsi keluarga terhadap penyakit TB, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita TB, kemampuan keluarga mengatasi hambatan dan nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga.

#### 4) Melakukan abstraksi data.

##### 1) Melakukan koding

Peneliti membuat label dari data yang memiliki makna tertentu (*substantive coding*) yang terdapat dalam setiap tujuan khusus penelitian.

##### 2) Membuat kategori

Beberapa kode atau label yang sama kemudian dikelompokkan menjadi suatu kategori, sedangkan beberapa kode lainnya membentuk kode lainnya. Pada tujuan khusus pertama terdapat 17 kategori, tujuan khusus dua terdapat 37 kategori, tujuan khusus 3 terdapat 14 kategori dan tujuan khusus 4 terdapat 15 kategori.

##### 3) Menyusun tema

Beberapa kategori dalam kelompok yang sama disusun peneliti untuk menentukan tema. Pada tujuan khusus pertama terdapat 2 tema yaitu kerangka pengetahuan (*frame of reference*) dan pengalaman (*frame of experience*), tujuan khusus dua terdapat 2 tema yaitu sumber pendukung dan bentuk dukungan, tujuan khusus 3 terdapat 2 tema yaitu stresor dan mekanisme coping dan tujuan khusus 4 terdapat 1 tema yaitu stigma.

#### 5) Menganalisis variabel dan hubungan antar variabel secara kualitatif.

Tema-tema yang telah teridentifikasi dari kumpulan data dirumuskan dan dikelompokkan menjadi suatu variabel yang kemudian dilihat kecenderungan hubungannya secara kualitatif. Pada tahap ini peneliti melakukan verifikasi data secara keseluruhan untuk mendukung adanya hubungan sebab akibat secara kualitatif.

#### 6) Menarik kesimpulan

Pada tahap ini peneliti memahami kembali seluruh isi data dan mengidentifikasi benang merah dari kumpulan kategori, tema, hubungan antar tema dan variabel. Pemahaman yang terbentuk menghasilkan suatu wawasan baru tentang fenomena yang diteliti terhadap kemandirian keluarga dalam melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang menderita TB.

### 4.9 Keabsahan

Proses keabsahan penelitian merupakan validitas dan reliabilitas dalam penelitian kualitatif. Hasil penelitian kualitatif dapat dipercaya saat mampu menampilkan pengalaman partisipan secara akurat.

Adapun langkah-langkah yang dilakukan untuk membuktikan keabsahan penelitian adalah:

#### 1) *Credibility*

Merupakan suatu cara membuktikan suatu hasil penelitian dapat dipercaya yaitu ketika partisipan mengakui temuan penelitian. Dalam penelitian ini dilakukan dengan meminta partisipan membaca kembali verbatim dan kisi-kisi hasil analisis tema, kemudian diminta memberikan umpan balik. Umpan balik atau koreksi dari partisipan selanjutnya diperbaiki oleh peneliti dan membawa kembali verbatim yang telah diperbaiki kepada partisipan. Partisipan yang telah menyetujui transkrip hasil wawancara diminta untuk menandatangani lembar verbatim.

Langkah selanjutnya dalam pengujian kredibilitas data dilakukan oleh peneliti dengan teknik triangulasi data terhadap sumber data yaitu data

diperoleh dari partisipan keluarga, kader kesehatan dan beberapa informan lain yang terkait. Triangulasi teknik pengumpulan data yaitu data dikumpulkan dengan melakukan wawancara, observasi, dokumentasi dan diskusi kelompok sedangkan triangulasi bentuk data yang dikumpulkan yaitu menganalisa laporan/data puskesmas, verbatim wawancara, hasil observasi, foto-foto penelitian dan hasil peneliti lain yang terkait.

## 2) *Dependability*

*Dependability* merupakan suatu bentuk kestabilan data yang dilakukan dengan cara melakukan *inquiry audit*, yaitu proses audit dilakukan oleh *external reviewer* untuk meneliti dengan kecermatan data-data dan dokumen yang mendukung selama proses penelitian. *External reviewer* dalam penelitian ini adalah Dosen Pembimbing tesis yang memeriksa cara dan hasil analisis yang telah dilakukan peneliti serta memberikan penekanan dan arahan dalam menggunakan data hasil penelitian yang telah diperoleh agar dapat digunakan dengan baik selama proses analisis data.

## 3) *Confirmability*

Kenetralan data yang diperoleh bergantung kesepakatan beberapa orang terhadap pandangan pendapat dan penemuan penelitian. Dilakukan dengan cara *inquiry edit* dengan cara penerapan *audit trail*, dimana setelah data didapat *external reviewer* melakukan analisis perbandingan untuk menjamin obyektivitas penelitian. *Confirmability* dalam penelitian ini dilakukan dengan meminta konfirmasi pada partisipan terkait hasil wawancara yang telah diverbatimkan.

Peneliti mengumpulkan semua material dan hasil dokumentasi penelitian yaitu file rekaman wawancara, transkrip wawancara, field note dan menyerahkan kepada dosen pembimbing tesis sebagai *external reviewer* untuk selanjutnya dilakukan analisis perbandingan untuk menjamin objektivitas hasil penelitian.

#### 4) *Transferability*

Kemampuan hasil penelitian untuk diterapkan pada tempat/kelompok lain yang memiliki karakteristik serupa dengan cara menyampaikan tema-tema yang didapat pada sampel lain yang tidak terlibat dalam penelitian ini. *Transferability* dalam penelitian ini tidak dilakukan oleh peneliti karena keterbatasan waktu.

### 4.10 Jadwal penelitian

Tabel 3.1 Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Waktu Pelaksanaan (tahun 2015)							
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli	Agus
1.	Pengambilan data awal	■							
2.	Penyusunan proposal	■	■						
3.	Ujian proposal penelitian			■					
4.	Ujian Kelayakan etik			■					
5.	Uji instrumen penelitian				■				
6.	Pengambilan data penelitian				■	■	■		
7.	Analisis data penelitian				■	■	■	■	
8.	Laporan hasil penelitian					■	■	■	
9.	Ujian tesis								■
10.	Revisi								
11.	Pengumpulan hasil penelitian								■

**BAB 5**  
**ANALISIS HASIL PENELITIAN**

## **BAB 5**

### **HASIL ANALISIS PENELITIAN**

Bab ini akan menjelaskan hasil penelitian yang telah dilakukan yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang kemandirian keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita penyakit TB. Peneliti akan menyajikan hasil penelitian dalam 5 bagian yaitu gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik umum partisipan, data anggota keluarga yang menderita TB, hasil observasi dan tema yang muncul dari sudut pandang partisipan tentang kemandirian selama merawat anggota keluarga yang menderita TB.

#### **5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kawangu yang merupakan satu-satunya Puskesmas di Kecamatan Pandawai Kabupaten Sumba Timur. Transportasi antar wilayah dihubungkan dengan jalan darat. Jalan utama desa sebagian besar sudah beraspal dan mudah dijangkau dengan kendaraan bermotor tetapi akses jalan bagian dalam di beberapa desa masih banyak yang belum beraspal dan sulit dijangkau kendaraan bermotor karena kondisi jalan yang menanjak, berluk, sempit, berbatu, dan jika musim hujan ada jalan yang putus dan sangat susah untuk dilewati.

Luas wilayah kerja Puskesmas Kawangu adalah 41.160 Km<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk sebanyak 16.936 orang. Wilayah kerja Puskesmas Kawangu terdiri dari dua kelurahan yaitu kelurahan Kawangu dan Kelurahan Watumbaka,

yang meliputi lima desa yaitu desa Kadumbul, Palakahembi, Moubokul, Laindeha dan Kambatana.

## 5.2 Karakteristik Umum Partisipan

Peneliti membagi partisipan dalam 3 kelompok yaitu keluarga, kader dan informan lain. Karakteristik umum partisipan meliputi umur, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan lama masa kerja informan lain.

### 5.2.1 Karakteristik partisipan berdasarkan umur

Umur partisipan dibagi menjadi lima kelompok umur seperti pada tabel berikut:

Tabel 5.1 Karakteristik partisipan berdasarkan umur di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015

No	Umur (thn)	Keluarga		Kader		Informan lain		Jumlah	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	21-30	1	14,2	2	33,3	1	12,5	4	19
2	31-40	3	42,9	-	-	2	25	5	23,8
3	41-50	3	42,9	1	16,7	1	12,5	5	23,8
4	51-60	-	-	3	50	3	37,5	6	28,6
5	>60	-	-	-	-	1	12,5	1	4,8
Jumlah		7	100	6	100	8	100	21	100

berdasarkan tabel diatas, secara keseluruhan kelompok umur partisipan terbanyak ada pada kelompok umur 51–60 tahun (28,6%) dan yang paling sedikit pada kelompok umur >60 tahun (4,8%).

### 5.2.2 Karakteristik partisipan berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin partisipan adalah laki-laki dan perempuan dengan rincian seperti pada tabel 5.2 berikut ini:

Tabel 5.2 Karakteristik partisipan berdasarkan jenis kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015

No	Jenis kelamin	Keluarga		Kader		Informan lain		jumlah	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Laki-laki	1	14,3	2	33,3	4	50	7	33,3
2	Perempuan	6	85,7	4	66,7	4	50	14	66,7
	Jumlah	7	100	6	100	8	100	21	100

berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa sebagian besar partisipan berjenis kelamin perempuan (66,7%) dibandingkan partisipan berjenis kelamin laki-laki (33,3%).

### 5.2.3 Karakteristik partisipan berdasarkan agama

Agama yang dianut partisipan adalah agama Kristen Protestan, Katolik dan Aliran kepercayaan masyarakat sumba yaitu Marapu dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 5.3 Karakteristik partisipan berdasarkan agama di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan Apri-Juni Tahun 2015

No	Agama	Keluarga		Kader		Informan lain		Jumlah	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Kristen Protestan	4	57,1	6	100	7	87,5	17	81
2	Katolik	2	28,6	-	-	1	12,5	3	14,2
3	Marapu	1	14,3	-	-	-	-	1	4,8
	Jumlah	7	100	6	100	8	100	21	100

pada tabel diatas, dapat dilihat bahwa hampir semua partisipan beragama Kristen Protestan (81%), sedangkan yang lainnya beragama Katolik (14,2%) dan terdapat seorang partisipan yang masih menganut aliran kepercayaan Marapu (4,8%).

### 5.2.4 Karakteristik partisipan berdasarkan tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan partisipan sangat bervariasi dimulai dari partisipan yang tidak sekolah atau tidak menyelesaikan pendidikan dasar hingga partisipan yang memiliki ijazah sarjana yang dapat dilihat rinciannya pada tabel 5.4 berikut:

Tabel 5.4 Karakteristik partisipan berdasarkan tingkat pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015

No	Tingkat pendidikan	Keluarga		Kader		Informan lain		jumlah	
		n	%	n	%	n	%	N	%
1	Tidak sekolah	2	28,6	-	-	1	12,5	3	14,3
2	SD	3	42,8	2	33,3	-	-	5	23,8
3	SMP	1	14,3	2	33,3	-	-	3	14,3
4	SMA	1	14,3	2	33,3	2	25	5	23,8
5	Diploma (D3)	-	-	-	-	3	37,5	3	14,3
6	Sarjana (S1)	-	-	-	-	2	12,5	2	9,5
Jumlah		7	100	6	100	8	100	21	100

pada tabel 5.4 terlihat bahwa tingkat pendidikan partisipan tertinggi adalah sarjana (S1) sebanyak 2 orang (9,5%) yaitu dokter umum dan pendeta sedangkan terendah adalah tidak sekolah sebanyak 3 orang (14,3%). Tingkat pendidikan terbanyak adalah SD dan SMA yang masing-masing berjumlah 5 orang (23,8%).

#### 5.2.5 Karakteristik partisipan berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.5 dibawah ini menjabarkan jenis pekerjaan partisipan yang terdiri dari petani, ibu rumah tangga, pegawai negeri sipil (PNS) dan pendeta:

Tabel 5.5 Karakteristik partisipan berdasarkan pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015

No	Pekerjaan	Keluarga		Kader		Informan lain		jumlah	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Petani	1	14,3	6	100	1	12,5	8	38
2	Ibu rumah tangga	6	85,7	-	-	-	-	6	28,6
3	PNS	-	-	-	-	6	75	6	28,6
4	Pendeta	-	-	-	-	1	12,5	1	4,8
Jumlah		7	100	6	100	8	100	21	100

berdasarkan tabel 5.5 terlihat bahwa mayoritas pekerjaan partisipan adalah petani sebanyak 8 orang (38%) dan 6 orang diantaranya berasal dari kelompok kader,

sedangkan partisipan lain adalah ibu rumah tangga (28,6%), PNS (28,6%) dan pendeta (4,8%).

#### 5.2.6 Karakteristik informan lain berdasarkan masa kerja

Informan lain terdiri dari tenaga kesehatan yaitu Dokter, Petugas laboratorium dan Perawat penanggungjawab program TB, Tokoh agama Katolik dan Kristen Protestan, Tokoh adat dan Aparatur desa yang terdiri dari lurah dan camat. Masa kerja informan lain pada jabatan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.6 Karakteristik partisipan keluarga berdasarkan masa kerja informan lain di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015

Jabatan	Masa kerja (tahun)	Tempat bertugas
Dokter umum	3	Puskesmas Kawangu
Petugas laboratorium	13	Puskesmas Kawangu
Perawat Pj.program TB	5	Puskesmas Kawangu
Pendeta	5	Desa Palakahembi
Ketua stasi (katolik)	14	Desa Kawangu
Tokoh adat	46	Desa Kambatana
Lurah	4	Kelurahan Kawangu
Camat	6	Kecamatan Pandawai

berdasarkan tabel 5.6 diatas, masa kerja termuda adalah dokter umum yaitu 3 tahun sedangkan terlama adalah tokoh adat yaitu 46 tahun. Masa kerja lainnya berturut-turut adalah lurah Kawangu (4 tahun), perawat penanggungjawab program TB (5 tahun), pendeta agama Kristen Protestan (5 tahun), camat Pandawai (6 tahun), petugas laboratorium (13 tahun) dan ketua stasi agama Katolik (14 tahun).

### 5.3 Data Anggota Keluarga Yang Menderita TB

Data anggota keluarga yang menderita TB terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, tipe pengobatan, lama pengobatan, bulan pengobatan TB yang sedang berlangsung, jumlah anggota keluarga dalam satu rumah, riwayat penularan TB dalam rumah dan jarak rumah ke puskesmas.

#### 5.3.1 Karakteristik anggota keluarga yang menderita TB berdasarkan umur

Umur anggota keluarga yang menderita TB dikelompokkan dalam 3 kategori yaitu balita dengan rentang umur kurang dari 5 tahun, usia sekolah dengan rentang umur 5-17 tahun, dewasa dengan rentang umur 18 hingga 50 tahun dan lansia dengan rentang umur diatas 50 tahun.

Tabel 5.7 Karakteristik anggota keluarga yang menderita TB berdasarkan umur di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015

Kategori umur	n	Prosentase (%)
Balita (<5 thn)	1	14,3
Sekolah (5-17 thn)	1	14,3
Dewasa (18-50 thn)	4	57,1
Lansia (>50 thn)	1	14,3
Jumlah	7	100

berdasarkan tabel diatas, umur penderita TB terbanyak ada pada kelompok dewasa (18-50 tahun) sebanyak 4 orang (57,1%) dan sisanya ada pada usia balita, sekolah dan lansia, masing-masing sebanyak 14,3%.

### 5.3.2 Karakteristik anggota keluarga yang menderita TB berdasarkan tipe pengobatan

Tipe pengobatan anggota keluarga yang menderita TB dibagi menjadi 2 kategori yaitu kategori I untuk kasus baru dan kategori II untuk kasus *relaps*, *default & failure*, seperti pada rincian tabel berikut:

Tabel 5.8 Karakteristik anggota keluarga yang menderita TB berdasarkan tipe pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015

Tipe pengobatan	n	Prosentase (%)
I	6	85,70
II	1	14,30
Jumlah	7	14,30

hampir semua anggota keluarga yang menderita TB berada pada kategori I (85,7%) akan tetapi terdapat 1 orang anggota keluarga (14,3%) berada pada kategori II tipe *relaps*.

### 5.3.3 Karakteristik anggota keluarga yang menderita TB berdasarkan lama minum obat.

Lama waktu minum obat anggota keluarga yang menderita TB pada saat pengambilan data berlangsung yaitu pada tahap lanjutan (lebih dari 2 bulan), seperti pada tabel berikut ini:

Tabel 5.9 Karakteristik anggota keluarga yang menderita TB berdasarkan lama minum obat yang sedang berlangsung di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015

Lama minum obat	n	Prosentase (%)
3-4 bulan	3	42,90
5-6 bulan	4	57,10
Jumlah	7	100

berdasarkan tabel 5.9, lebih dari setengah bagian anggota keluarga yang menderita TB sedang menjalani pengobatan TB pada bulan kelima hingga keenam yaitu sebanyak 4 orang (57,1%) dan yang lainnya pada bulan ketiga dan keempat sebanyak 3 orang (42,9%).

#### 5.3.4 Karakteristik keluarga berdasarkan jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah

Jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama dalam satu rumah dibagi dalam kelompok kurang dari 5 orang, 5 hingga 10 orang dan lebih dari 10 orang, seperti pada tabel berikut ini:

Tabel 5.10 Karakteristik keluarga berdasarkan jumlah anggota keluarga yang tinggal serumah di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015

Jumlah anggota keluarga	n	Prosentase (%)
<5 orang	2	28,60
5-10 orang	4	57,10
>10 orang	1	14,30
<b>Jumlah</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

jumlah anggota keluarga partisipan yang tinggal bersama dalam satu rumah sangat bervariasi. Sebagian besar partisipan memiliki jumlah anggota keluarga 5-10 orang (57,1%), sedangkan yang kurang dari 5 orang sebanyak 2 keluarga (28,6%) dan terdapat 1 keluarga yang memiliki lebih dari 10 anggota keluarga (14,3%).

#### 5.3.5 Karakteristik keluarga berdasarkan riwayat penularan TB dalam rumah

Ada tidaknya riwayat penularan TB dalam rumah yang dimiliki oleh keluarga dijabarkan dalam tabel 5.11 berikut ini:

**Tabel 5.11 Karakteristik keluarga yang menderita TB berdasarkan riwayat penularan TB dalam rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015**

<b>Riwayat penularan TB dalam rumah</b>	<b>n</b>	<b>Prosentase (%)</b>
<b>Ya</b>	5	71,4
<b>Tidak</b>	2	28,60
<b>Jumlah</b>	7	100

berdasarkan tabel 5.11 diatas terlihat bahwa sebagian besar partisipan keluarga mempunyai riwayat penularan TB dalam rumah yaitu sebanyak 71,4%. Penularan TB terjadi antara ayah, ibu anak atau anggota keluarga lain yang tinggal serumah.

### 5.3.6 Karakteristik keluarga berdasarkan jarak rumah ke puskesmas

Jarak rumah partisipan ke puskesmas dibagi dalam 4 kelompok jarak yaitu kurang dari 5km, 5-10km, 11-15km dan lebih dari 15km, seperti pada tabel dibawah ini:

**Tabel 5.12 Karakteristik keluarga berdasarkan jarak rumah ke Puskesmas di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni Tahun 2015**

<b>No</b>	<b>Jarak (km)</b>	<b>Keluarga</b>	
		<b>n</b>	<b>Prosentase (%)</b>
<b>1</b>	< 5	3	42,8
<b>2</b>	5 – 10	1	14,3
<b>3</b>	11 – 15	1	14,3
<b>4</b>	> 15	2	28,6
	<b>Jumlah</b>	7	100

berdasarkan tabel 5.12 diatas terlihat bahwa hampir sebagian partisipan (42,8%) memiliki jarak rumah kurang dari 5km menuju Puskesmas Kawangu sedangkan rumah partisipan yang lainnya ada yang berjarak 5-10km (14,3%), 11-15km (11,3%) bahkan lebih dari 15km (28,6%).

## 5.4 Hasil Penelitian

Tema sebagai hasil dari penelitian ini dirumuskan berdasarkan jawaban partisipan terhadap pertanyaan wawancara dan catatan lapangan yang dilakukan peneliti selama proses pengambilan data berlangsung. Penelitian ini menghasilkan 7 tema yang diuraikan berdasarkan tujuan penelitian.

### 5.4.1 Persepsi keluarga terhadap penyakit TB

Persepsi keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita TB terbagi dalam dua tema yaitu kerangka pengetahuan (*frame of reference*) dan pengalaman (*frame of experience*).

#### Tema 1: Kerangka pengetahuan (*frame of reference*)

Kerangka pengetahuan disampaikan oleh partisipan dalam dua sumber yang mempengaruhi yaitu sumber internal dan sumber eksternal. Sumber eksternal terhadap apa saja yang diketahui keluarga tentang TB dan pengakuan keluarga akan ketidaktahuan keluarga tentang konsep penyakit TB.

Pengetahuan keluarga tentang TB meliputi pandangan keluarga bahwa TB identik dengan batuk, penyakit menular, penyakit keturunan, penyakit akibat racun atau ilmu hitam, seperti pada petikan transkrip partisipan berikut ini:

“dari awalnya ... dia kan batuk-batuk ... kalau ada yang batuk, sering batuk-batuk itu, sudah lama begitu, sudah 1 bulan atau satu minggu begitu, kita sering ini sering kasih tahu: coba periksa di puskesmas jangan sampe bisa nanti dapat obat gratis ...” (K4)

“... batuk-batuk saja ibu, batuk kering begitu ... saya punya maitua akhirnya batuk-batuk kering saja begitu dan juga ada juga batuk dan aa lendir juga. Hanya begitu saja kita hanya tau batuk saja, itu termasuk batuk TBC sudah.” (K7)

(*maitua = istri, red.*)

Pernyataan serupa juga disampaikan oleh 4 partisipan lainnya kecuali partisipan K3 yang tidak mengakui ada anggota keluarganya yang sedang sakit TBC seperti dalam kutipan pernyataannya berikut:

“... tidak langsung batuk-batuk, tidak (menggeleng), tidak rasa itu lendir tuh seperti apa ... tidak ada, bapa tidak batuk ... karna memang tidak ada yang batuk disini ...” (K3)

Diskusi kelompok yang dilakukan dengan para kader kesehatan di desa Moubokul, salah satu desa di wilayah kerja Puskesmas Waingapu didapatkan hasil yang serupa. Empat peserta diskusi mengatakan mereka mengetahui TB sebagai penyakit yang identik dengan batuk, seperti kutipan verbatim berikut:

“... yang saya tau selama ini mengenai apa penyakit tuberkulosa ini aa .. batuk berkepanjangan selama beberapa bulan begitu sampe dahaknya juga keluar darah begitu ibu e ...” (F1)

“setaunya saya (senyum) tbc ini mencret, batuk bertelan dengan (tampak berpikir) ... bisa juga terkena penularan ...” (F3)

Dokter yang bertugas di Puskesmas Kawangu membenarkan hal tersebut:

“he'em (mengangguk) jadi sepertinya memang belum paham benar tentang ini TB, dianggap mungkin seperti batuk pilek biasa ...” (P3)

Lima partisipan menyatakan bahwa mereka mengetahui penyakit TB sebagai penyakit yang menular dan merupakan penyakit keturunan seperti pernyataan dari partisipan keempat dan kedua yang dikutip dari verbatim berikut ini:

“... kita hanya bilangnyanya itu penyakit menular, kita hanya tahu itu saja” (K4)

“... kalau memang tidak sembuh, anak dari e istri sampe anak sampe cucu nanti dia akan diterima ... ya trima semua karna dia menjadi bibit ...” (K2)  
*(jika ada anggota keluarga yang sakit TB dan tidak disembuhkan maka ia menjadi penyebab/sumber utama penularan TB ke anggota keluarga lain, red.)*

Lima partisipan mengatakan bahwa mereka tidak mengetahui konsep yang sebenarnya tentang penyakit TB, seperti yang diwakili oleh ungkapan partisipan ketujuh berikut:

“aii kita kurang tahu lagi ibu, kita tidak tahu... karna kami ini orang sumba ee orang kampung juga ibu, itu saja penyakitnya kami tidak tahu lagi seperti buat cara bagaimana itu ...” (K7)  
*(partisipan hanya mengetahui istrinya menderita sakit TB, tetapi tidak memahami konsep penyakit TB termasuk cara penularan, pencegahan, dan lain-lain)*

Partisipan ketiga menceritakan cara minum obat yang selama ini dilakukannya yang ternyata tidak sesuai dengan prosedur minum obat yang seharusnya dilakukan:

“iya kalo sudah jam tujuh, sudah jam tujuh setelah makan ya minum sudah obat, tidak pernah lewat dari jam tujuh” (K3)

Sumber eksternal yang dimaksud dalam penelitian ini berupa akses informasi yang diterima oleh keluarga dari puskesmas. Empat partisipan mengatakan bahwa mereka kurang mendapatkan penjelasan tentang penyakit TB yang diderita oleh petugas kesehatan di Puskesmas, seperti pada kutipan verbatim dari dua partisipan berikut ini:

“memang dia hanya (tampak berpikir) hanya dia bilang karna bapa ini sudah positif saja untuk jelaskan yang seperti seperti yang ininya tidak ... tidak (menggeleng) dia tidak jelaskan sama saya hanya dia bilang bapa sudah positif mama” (K1)

“... dokter bilang ee ibu (perawat) bilang mama coba minum kasih bapa minum obat ini jangan sampe ini bisa diobati begitu ... tidak pernah diceritakan bahwa saya tuh kena penyakit, kena penyakit itu tidak juga, mama minum saja obat ini nanti akan sembuh itu paru-paru yang itu begitu” (K3)

## **Tema 2: Pengalaman (*frame of experience*)**

Pengalaman partisipan tentang penyakit TB yang pernah mereka dengar atau pernah mereka jumpai selama ini dijabarkan dalam dua kategori yaitu bagaimana cara penularan TB dan penyebab TB. Cara penularan TB yang diketahui oleh partisipan yaitu melalui perantara makanan atau minuman, penggunaan alat makan bersama dengan penderita TB, perlengkapan mandi hingga keringat penderita TB seperti yang dinyatakan oleh empat partisipan secara langsung.

Berikut ini kutipan verbatim dari dua partisipan tentang cara penularan TB:

“... misalnya tanpa sadar gelas yang kita pake minum bisa kena di air begitu” (K4)

“bisa saja menular, ibu, kan dari dia punya tempat makan, tempat minum, sisa-sisa minumannya dia barangkali, mungkin kita karna kita haus langsung kita minum tanpa kita tau lagi bahwa sisa minumannya si penderita ini ... air keringat juga, ha dari sabun juga ... handuk juga pake sama-sama ...” (K1)

Hal ini serupa dengan pernyataan tiga dari lima informan lain yang mengatakan penularan penyakit TB dapat melalui ciuman, air liur dan makanan seperti pada kutipan verbatim berikut:

“dan itu bisa berakibat menular, bisa lewat ciuman, air liur seperti itu” (P2)

“ketika seseorang mengeluarkan darah dan aa ketika terbawa darah itu oleh angin atau alat hinggap dimakanan kemudian dimakan oleh orang lain, saya pikir seperti itu ya cara-cara penularan yang kita lihat” (P6)

Seorang peserta FGD juga mengatakan hal yang hampir sama dengan pernyataan diatas dan dibenarkan secara verbal oleh seorang peserta diskusi lainnya:

“penyakit tbc itu dapat menular pada seseorang kalau seumpamanya dia meludah begitu, itu lalat-lalat kan bisa singgap to di dia, mulut apa makan ke, kan bisa saja dia berjangkit...” (F4)

Penyebab TBC yang diketahui oleh keluarga adalah karena kebiasaan merokok, makanan, minuman, minuman beralkohol, racun yang dikirim oleh orang yang tidak menyukai mereka, terjangkit dari keluarga dan juga turunan dalam keluarga, sedangkan penyebaran TB melalui sputum atau dahak penderita tidak diketahui oleh keluarga. Berikut ini beberapa kutipan verbatim partisipan tentang penyebab terjadinya TB:

“...saya juga tidak tau kalo saya langsung diserang penyakit TB mama, tidak tidak (menggeleng), karna hanya pengaruh racun saja ... pokoknya dorang ada saja dorang punya cara itu, kena di sirih pinang, di kopi ...” (K3)  
(*dorang = mereka, red.*)

“... mungkin saya mungkin barangkali ada tasalah makan dirumah sehingga dia terdapat atau mungkin saya dapat dari penyakit luar dari orang-orang lain ... pigi minum sampe dia punya rumah, makan sirih pinang, minum kopi atau mungkin saya dapat dari situ barangkali ...” (K5)  
(*pigi = pergi, red.*)

Pernyataan tersebut diatas serupa dengan yang disampaikan oleh salah seorang informan lain yang bertugas sebagai tokoh agama kristen protestan di desa Palakahembi yang mengatakan bahwa:

“... jadi kalau sudah kena debu, dingin atau tidak jaga pola makan berarti langsung drop, batuk lagi yang cukup ini (parah)...” (P2)

Salah seorang informan lain yang bertugas sebagai tokoh agama katolik di stasi Kawangu membenarkan pandangan masyarakat ini telah ada sejak dulu:

“iya tahun 90an, karna saya tugas di Pandawai itu mulai tahun 1987 ... ya ke orang pintar cari tahu. Jadi ha itu juga tradisi atau kebiasaan-kebiasaan lama yang kurang mendukung e dalam hal kesehatan ... jadi lebih percaya dukun atau orang pintar daripada mencaritau secara medis sakitnya apa. Itu memang ya jaman-jaman sekarang juga masih ada ya pikiran seperti itu ...” (P4)

Kutipan verbatim partisipan lainnya yang menerangkan bahwa TB dapat menular dari anggota keluarga lain, turunan dalam keluarga atau dari makanan:

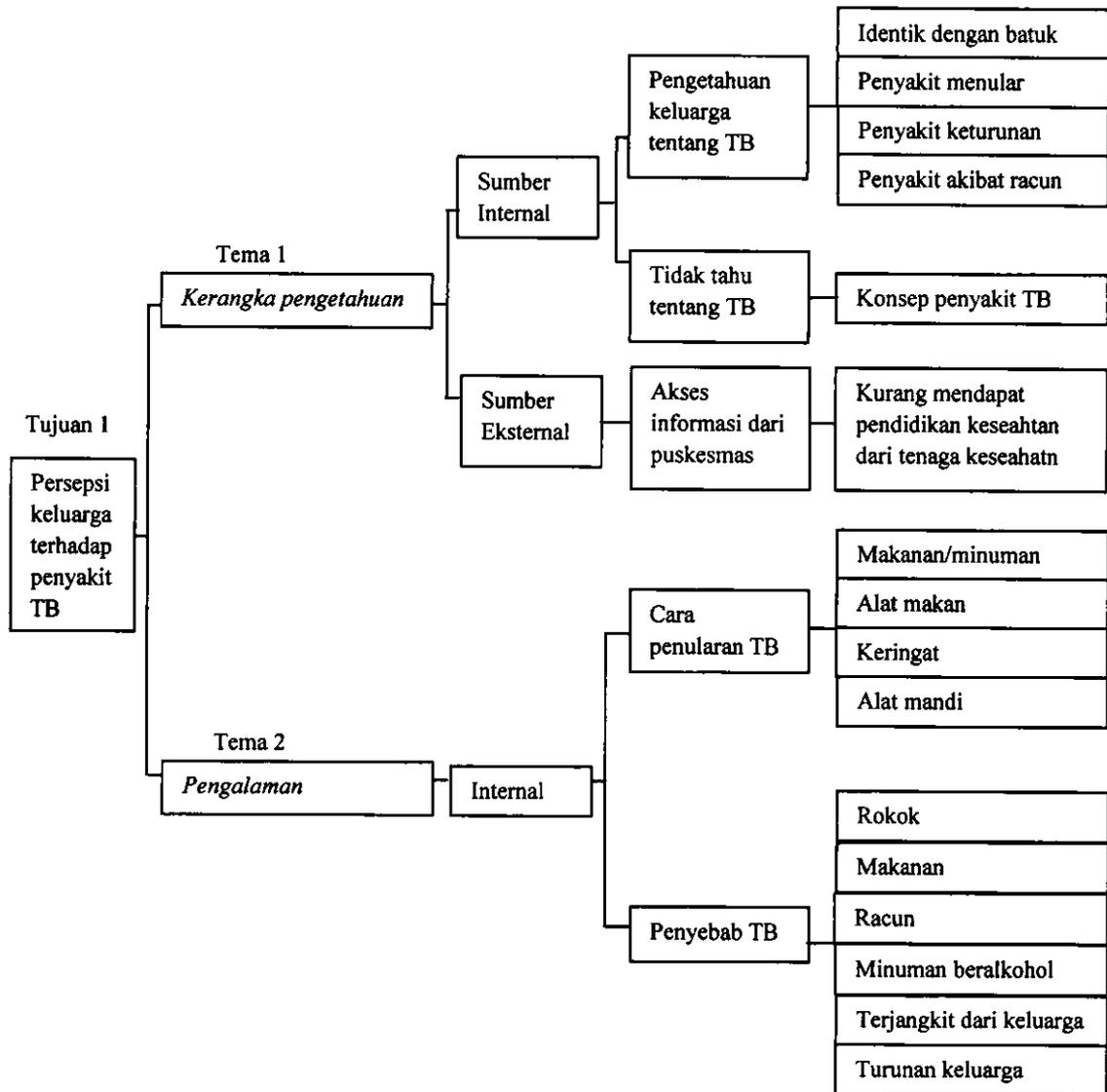
“memang ini bapa mantu yang keturunan TBC. Yang kita masih kawan rumah dengan bapa mantu kan ini (pasien) sering dia tidur dengan bapa, makan sama-sama dengan bapa” (K6)

“... kami satu marga juga turun temurun juga awalnya ... saya punya ipar sendiri juga yang batuk terus sampe habis sekarat ...” (K7)

“iya seandainya saya tbc ... dia makan dengan saya bergabung juga dengan saya berarti dia menular ibu to? ...” (F5)

Analisis persepsi keluarga terhadap penyakit TB dijabarkan dalam skema

5.1 berikut ini:



Skema 5.1 Analisis persepsi keluarga terhadap penyakit TB di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni 2015

#### 5.4.2 Dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita TB

Keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB menyebutkan sumber dukungan yang diperoleh anggota keluarga yang menderita TB dan bentuk dukungan yang diberikan kepada mereka yang sakit dan dijabarkan dalam 2 tema.

##### **Tema 3: Sumber pendukung**

Sumber dukungan keluarga berasal dari internal dan eksternal. Sumber dukungan internal berasal dari ayah, ibu, suami, istri, anak, saudara, dan nenek. Sumber dukungan eksternal berasal dari tetangga disekitar mereka. Semua partisipan mengatakan bahwa mereka mendukung program pengobatan yang sedang dijalani oleh anggota keluarga mereka yang sedang sakit TB. Berikut ini adalah petikan verbatim dari 3 partisipan:

“... kenapa kau bisa tahu bahwa K sakit begitu? dia bilang begitu bapanya K (pasien) ... rutin saja umbu minum obat dia bilang sudah” (K5)

“saya sangat mendukung sekali ibu ... termasuk anak saya yang di surabaya sana yang dua orang, yang disini, anak mantu, dengan keluarga-keluarga dekat saya, saudara sepupu saya ... mereka bilang baik sudah yang penting mama harus rutin kasih minum obat bapa, jangan lalaikan waktu yang dorang kasih” (K1)  
(*dorang = mereka, red.*)

“iya (mengangguk) iya ibu, saya sangat mendukung untuk minum obatnya ... karna saya mau turuti ini apa obat mmm proyek sudah ibu tidak ada lain lagi ... jadi harus bagi kami suaminya aa jadi dikasihtau, peringatkan bahwa dia yang sakit itu kalau jangan sampai dia lupa” (K7)

Petugas kesehatan di Puskesmas Kawangu memberikan keterangan tentang dukungan keluarga dalam program pengobatan seperti pada kutipan verbatim berikut:

“... dan kayaknya tergantung, tergantung yang menderita juga, kalau yang kayak tadi yang di Palakahembi mungkin yang kepala keluarga, tir tahu siapa yang bisa omong sedangkan kalau di adat budayanya kita kan dia yang mengambil keputusan. Kalau yang anak atau istrinya apa (sakit) kadang suaminya yang antar, ada yang pernah suami-istri dulu di Walatungga dua-duanya ikut pengobatan” (P3)

(tir = tidak, red.)

“... keluarganya banyak yang antusias, kakak... memang lebih banyak memang yang memang *welcome*, terbuka ...” (P8)

#### **Tema 4: Bentuk dukungan**

Bentuk dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga kepada anggota keluarganya yang menderita TB dibagi dalam empat sub tema yaitu dukungan informasional, dukungan penghargaan, dukungan emosional dan dukungan instrumental.

Dukungan informasional berupa mengingatkan waktu minum obat, mengingatkan perilaku pencegahan penularan TB dalam rumah dan memberikan minum obat. Semua partisipan mengatakan mereka selalu mengingatkan untuk minum obat sesuai dengan jadwal yang diberikan oleh petugas puskesmas seperti yang disampaikan oleh partisipan kedua dan kelima berikut ini:

“... kasih ingat *we..* ya kalo malam ai kalo sudah sore jam 6 ... kalau mulai sore sudah belum makan, ambil itu obat saya bilang ...” (K2)

“iya, saya kalo tiap malam itu saya ingat dia, saya kasih ingat dia minum itu obat, kadang juga dia ini dia lupa saya yang kasih ingat” (K5)

Perilaku pencegahan yang dilakukan oleh keluarga adalah mengingatkan penderita TB untuk jangan membuang ludah sembarangan, menyarankan untuk selalu menutup mulut saat batuk, meminta untuk menghentikan kebiasaan

merokok dan makan sirih pinang seperti yang dikutip dari verbatim partisipan pertama, kedua, dan keempat berikut ini:

“... kalo dia buang itu sa kan pernah sa sering marah sama dia, dia kan bapa ini sering buang saja begitu to. Sa bilang kalo ko buang buang jauh sa bilang begitu ... jadi kalo sa lihat sa ambil pasir ato tidak tanah, sa tutup ...” (K1)  
(*sa = saya, ko = kau, red.*)

“jangan isap rokok saya bilang ... dengar ibu I (perawat) sama kau lagi karna saya tidak didik sama kau” (K2)

“... kasih ingat kalo batuk itu harus tutup mulut ...” (K4)

Hasil wawancara dengan petugas kesehatan didapatkan keterangan tentang perilaku kesehatan penderita dan keluarga sebagai berikut:

“... kalau konseling awal kita bilang penderita tb kalau batuk jangan buang dahaknya sembarang, *ha* itu sudah terlihat bahwa memang penderita itu memang batuknya ini (membuat gerakan menutup mulut dengan telapak tangan) kalau batuk tutup mulutnya naa...” (P8)

“... tidak semua sih keluarga atau pasien sendiri sudah menerapkan perilaku sehat, contohnya saja kalau batuk mereka masih sering diingatkan ... tapi lebih sering saya temui batuk begitu saja tidak menutup mulutnya untuk mencegah penularan itu tadi ...” (P3)

Semua partisipan mengatakan mereka memberi minum obat kepada anggota keluarganya secara rutin dan teratur, seperti kutipan verbatim partisipan K1 berikut ini:

“... jadi dia dalam satu minggu tiga kali dia sebelum makan sa bilang, senin rabu sabtu sa bilang dia punya jadwal minum ... tepat jam, jam enam sa sudah kasih obat sa bilang soalnya jam tujuh dia mau makan sudah ...” (K1)  
(*sa = saya, red.*)

Petugas kesehatan Puskesmas Kawangu membenarkan peran keluarga dalam memberikan obat bagi anggota keluarganya yang menderita sakit TB:

“... kalau istrinya yang sakit, anak atau suaminya yang jadi PMO, jadi betul-betul obat itu diperhatikan untuk diminum” (P1)

“kalo soal itu kita percaya di keluarga sudah kakak (senyum) dengan kader sekitar ... ada tidak keluarga yang bertanggungjawab dalam hal itu na ...” (P8)

Dukungan emosional berupa perasaan positif, perasaan negatif dan komunikasi verbal. Perasaan positif yang dimaksudkan yaitu tidak merasa malu karena memiliki anggota keluarga yang menderita TB, merasa ikhlas menerima keadaan, merasa senang karena anggota keluarga yang sakit telah menjalani program pengobatan dan merasa lega karena telah melihat adanya perubahan kesehatan setelah mengikuti program pengobatan.

Kutipan pernyataan-pernyataan yang menggambarkan dukungan emosional kepada anggota keluarganya yang menderita TB disampaikan oleh semua partisipan. Tiga partisipan menyatakan bahwa mereka tidak malu memiliki anggota keluarga yang sedang dalam pengobatan TB seperti dalam kutipan verbatim berikut:

“... buat apa saya malu dengan ini penyakit? ... kan bukan hanya kita saja yang dapatkan seperti itu ... tapi di orang lain barangkali rasanya malu, minder, segan begitu barangkali dengan adanya penyakit begitu tho?” (K1)

“... saya tidak malu karna saya mau sembuh saja ...” (K3)

“buat apa ju malu, kan kita cari kesembuhan ibu, buat apa kita malu” (K4)  
(*ju = juga, red.*)

Partisipan lain mengatakan mereka merasa senang dan lega karena anggota keluarga yang sakit sudah menjalani pengobatan TB dan mulai menunjukkan adanya perbaikan kesehatan:

“... supaya saya juga senang, dia juga senang ... waktu kadang sedih tidak ada ...” (K2)

“... sa senang karna dia sudah berobat ...” (K5)  
(*sa = saya, red.*)

“... tidak lagi beban ibu, sudah agak ini, kan K (pasien) sudah sehat” (K6)

“... lebih lega ibu karna liat kondisinya sudah tidak sama lagi kayak dulu berat badannya tidak pernah naik trus sekarang sudah naik” (K4)

Petugas kesehatan memberikan pernyataan yang serupa dengan partisipan keluarga tersebut:

“... mereka senang juga biar supaya tuntas sakitnya begitu ...” (P1)

Partisipan satu dan tujuh mengatakan mereka menerima keadaan bahwa pasangan hidup mereka (suami atau istri) menderita sakit TB:

“biar sudah dia kerja dirumah tidak apa-apa karna kesehatan tidak memungkinkan ... sebab saya pikir itu bukan dorang yang rasakan ...” (K1)

“... ada rasa sedih tapi aa biar bagaimana tetap harus ikuti ini pengobatan... saya tidak berfikir kalau tidak ini tidak apa-apa, tidak masalah ...” (K7)

Perasaan negatif yang digambarkan oleh keluarga yaitu merasa ragu jika pengobatan tidak berhasil, merasa sedih melihat keadaan penderita, merasa beban dan juga takut jika kondisi penderita memburuk, seperti yang dikutip dari verbatim partisipan satu, empat dan enam berikut:

“... perasaan saya sebagai manusia, ibu, memang sa itu ragu juga sedikit tapi saya berpikir juga pengharapan saya itu, saya tidak mau mengharap yang terlalu sulit untuk saya ... supaya dengan obat ini bapa bisa sembuh ...” (K1)  
(*sa = saya, red.*)

“... saya khawatir, sedih ... masih kecil sudah kena penyakit kayak begitu saya menangis waktu di rumah sakit ibu ...” (K4)

“... saya ini rasa beban sudah ... rasanya pikiran saya tidak nyaman begitu, ini saya pikir ini anak sakit begitu tho” (K6)

Komunikasi verbal yang menggambarkan dukungan keluarga kepada anggota keluarga yang sedang dalam pengobatan TB diungkapkan oleh 3 partisipan berikut ini:

“... saya bilang: ko mau sembuh atau tidak? ...” (K1)

“... cepat sembuh saya bilang ...” (K2)

“... minum saja saya bilang, dia tertawa sudah ...” (K3)

Dukungan penghargaan berupa menerima diagnosa TB, menyetujui program pengobatan TB dan menemani mengambil obat ke puskesmas. Lima partisipan secara verbal mengatakan mereka menerima diagnosa TBC yang ditegakkan oleh dokter di puskesmas sedangkan dua lainnya secara tidak langsung mengakui bahwa anggota keluarga mereka memang menderita sakit TB. Berikut ini kutipan verbatim dari lima partisipan tersebut:

“... memang penyakit TB sudah, mau bagaimana lagi ...” (K1)

“... ya mau bagaimana... Kan dokter itu yang tahu semua ...” (K2)

“... karna periksa lebih lanjut mungkin dia tidak sadar bahwa kena diparuparu atau bagaimana ...” (K3)

“...menurut saya apa yang dikatakan perawat atau dokter itu sudah yang terbaik buat kami masyarakat kecil” (K4)

“... mungkin waktu saya dapat pengobatan 6 bulan mungkin itu sudahlah penyakit TBC” (K5)

Lima partisipan mengatakan mereka menyetujui program pengobatan seperti kutipan verbatim partisipan dua dan lima berikut ini:

“... kalau tidak ikut pengobatan mati sudah dia ...” (K2)

“... karna saya mau turuti ini obat proyek sudah makanya tidak dicarikan obat luar” (K5)

Semua partisipan bercerita tentang bagaimana mereka pergi mengambil obat ke puskesmas secara rutin dan teratur sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan oleh petugas:

“... jadwal yang dorang bilang tanggal begini mama datang ambil obat ... saya sudah disana dikesehatan tidak ada mau lakukan ini aa, saya jalan kaki betul bukan omong kosong ...” (K1)  
(*dorang = mereka, red.*)

“... jadi kalau sudah habis itu (obat), baru saya lapor, saya yang pergi ...” (K2)

“belum saat tanggal yang ditentukan, maunya saya tempokan sudah ...” (K5)

Pernyataan tersebut sesuai dengan yang disampaikan oleh petugas kesehatan berikut:

“kalau mau ambil obat, lusa begitu mau ambil obat, hari ini sudah telpon saya: ibu, bapa punya obat sudah tinggal dua hari... kita bisa ambil memang ko? Kita takut nanti lupa ...” (P8)

Dukungan instrumental berupa kondisi di lingkungan rumah partisipan yang mendukung seperti kepemilikan jendela, ventilasi, pencahayaan didalam rumah, menyiapkan pot penampung dahak, menyiapkan makanan dan juga dukungan bagi anggota keluarga yang sedang sakit secara finansial selama mengikuti program pengobatan TB. Hasil observasi mendapatkan data bahwa hampir semua rumah partisipan memiliki ventilasi yang kurang baik, hanya partisipan satu dan tiga yang memiliki lebih dari satu jendela. Berikut ini kutipan verbatim K1 tentang kepemilikan jendela dan pencahayaan di dalam rumah (gambar 5.1):

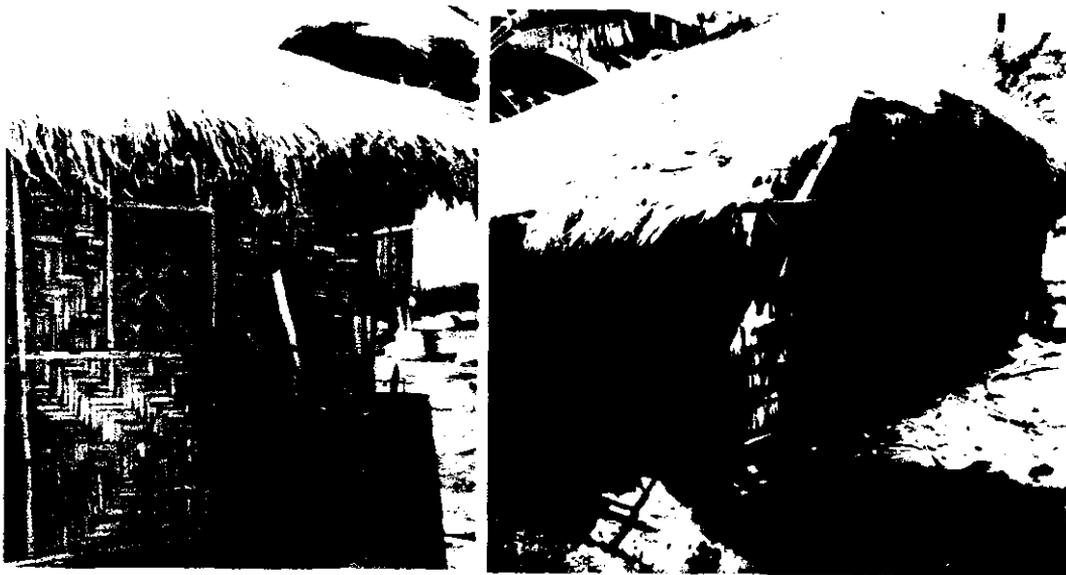
“ada dua kamar dua jendela juga aaa kalo yang dikamar muka itu satu dua ada empat jendela semua lima dengan dimuka (tampak berusaha mengingat)... ha, dua, tiga, enam, ada enam jendela semua ... cukup, cukup terang ibu” (K1)

Dua partisipan hanya memiliki sebuah jendela yang berukuran kurang lebih 40x40cm di kamar tidur akan tetapi jendela tersebut tidak pernah dibuka karena ditutup dengan lemari dari bagian dalam kamar sehingga jendela tersebut tidak

dapat berfungsi sebagai lubang ventilasi dan membantu pencahayaan alami didalam kamar tidur tersebut (gambar 5.2).



Gambar 5.1 Jendela rumah keluarga penderita TB (K1) di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni 2015



Gambar 5.2 Jendela rumah keluarga penderita TB (K6) di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni 2015

Tiga partisipan tidak memiliki jendela di rumah mereka sehingga ventilasi dan pencahayaan didalam rumah tidak memadai (gambar 5.3 dan 5.4).



Gambar 5.3 Rumah keluarga penderita TB (K2) yang tidak memiliki jendela di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni 2015



Gambar 5.4 Rumah keluarga penderita TB (K7) yang tidak memiliki jendela di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni 2015

Berikut ini kutipan verbatim dari partisipan tujuh yang menjelaskan alasan mengapa rumah mereka tidak memiliki jendela:

“ya begitu sudah ibu karna kami ini rumah *bale-bale* karna rumah panggung jadi akhirnya ya boleh dibilang sebenarnya juga diurus itu, betul itu, Cuma karna akhir-akhir kami juga dipadang sana dijaga angin juga yang terlalu kencang terlalu menembus akhirnya sehingga kami juga iya tidak buat jendela ... aii gelap juga sebenarnya jadi matahari dia hanya lewat di pintu saja ... tidak menembus semua di rumah” (K7)

(*rumah bale-bale = rumah berbentuk panggung yang terbuat dari kayu, red*)

Pernyataan partisipan ini sesuai dengan pengamatan peneliti bahwa daerah tempat tinggal partisipan merupakan daerah dengan frekuensi angin kencang cukup besar bahkan terdapat papan peringatan akan adanya tanda bahaya angin puting beliung di beberapa jalan di kecamatan Pandawai (gambar 5.5).



Gambar 5.5 Papan peringatan tanda bahaya angin puting beliung di desa Palakahambi di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni 2015

Pernyataan tokoh agama Kristen Protestan di desa Palakahembi dan Dokter di Puskesmas Kawangu membenarkan bahwa masih banyak rumah warga yang terbuat dari daun dan tidak memiliki jendela yang dikutip dari verbatim wawancara berikut:

“mau dibilang bagus juga sebenarnya belum karna kan disana kan banyak rumah daun trus kan atapnya itu atapnya kan daun, rumahnya kan tertutup, daunnya itu sampai kebawah, sirkulasi udara masuk dan keluar belum terlalu bagus karna kan gelap ... cahaya matahari susah masuk begitu ... baru kan jendela juga kadang ada yang tidak punya jendela” (P2)

“... saya pernah lihat rumah orangnya itu yang di Moubokul dan Leitaki, itu rumah masih rumah panggung yang dulu na, rumah panggung trus yang ventilasinya itu (membuat gerakan dengan tangan membentuk setengah lingkaran) hanya ini dijendelanya itu juga ditutup dengan gedek jadi ventilasinya hanya dari pintu ... gelap jadinya didalam” (P3)

Dukungan instrumental lainnya yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarganya yang menderita TB adalah dengan memperhatikan pola makan dan menyiapkan makanan. Hasil wawancara diperoleh bahwa lima dari tujuh partisipan menyatakan mereka lebih memperhatikan menyediakan makanan bagi anggota keluarganya yang sedang sakit, akan tetapi dari hasil observasi didapatkan hanya tiga partisipan yang menyiapkan makanan dengan gizi yang seimbang sedangkan 4 partisipan lainnya tidak menyediakan makanan dengan gizi yang seimbang bagi anggota keluarganya yang sedang sakit. Berikut ini kutipan verbatim dari partisipan:

“walaupun bukan makanan enak yang penting adalah dia makan *ana* sayur biasa *ha'a* (mengangguk) bubur ... kalau kau mau makan nasi kering nasi lembek, sudah ibu, makan, kalau mau bubur, bubur ... jadi ada bubur nasi bubur ...” (K1)

“... ya kalo pagi itu bubur sama telur, kadang ikan goreng juga sayur-sayur itu ...” (K3)

“... minum obat trus doping dengan minum susu karna dapat puskesmas” (K4)

“... nasi ini beras, masak sendiri sayur ikan begitu ...” (K5)

Dua dari tujuh partisipan mengatakan mereka menyiapkan tempat penampung dahak penderita TB akan tetapi tidak digunakan dengan baik dan mereka tidak mengerti cara perawatannya, sedangkan lima partisipan lain tidak menyiapkan tempat khusus untuk menampung dahak. Berikut ini kutipan pernyataan partisipan satu dan dua tentang kepemilikan tempat penampung dahak tersebut (gambar 5.6):

“saya siap, cuman bapa ini kalo kadang-kadang dia buang sembarang juga begitu ... saya siap *ma* taroh pasir taroh (di) blek ...” (K1)  
(*blek = kaleng, red.*)

“siap tempat ini dos apa jerigen yang lima liter, jadi kasih lobang dia, kalo batuk ludah disitu, jadi paginya buang diselokan, ya cuci bawa diselokan ... tidak (menggeleng) tidak ada tutupnya” (K2)



Gambar 5.6 Selokan didepan rumah partisipan (K2) dan pot penampung dahak di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu pada Bulan April-Juni 2015

Salah satu peserta FGD menceritakan pengalamannya ketika merawat anggota keluarganya yang pernah menjalani pengobatan TB:

“... kalau dia muntah begitu kita cari apa dos wings begitu baru tutup baru kasih dia ludah disitu” (F2)

Tokoh agama kristen protestan di desa Palakahembi menceritakan pengamatannya terhadap perilaku keluarga yang terkait dengan pencegahan penularan tersebut:

“... paling pembersihan disekitar tempat tidur, trus mereka sudah siap memang minyak-minyak ... kemudian tempat buang dahak itu mereka sudah siapkan ... kantong plastik ... kadang ada di ember, mereka isi tanah atau pasir, kadang di ember juga dorang taruh air baru kemudian dibuang” (P2)

(*dorang = mereka, red.*)

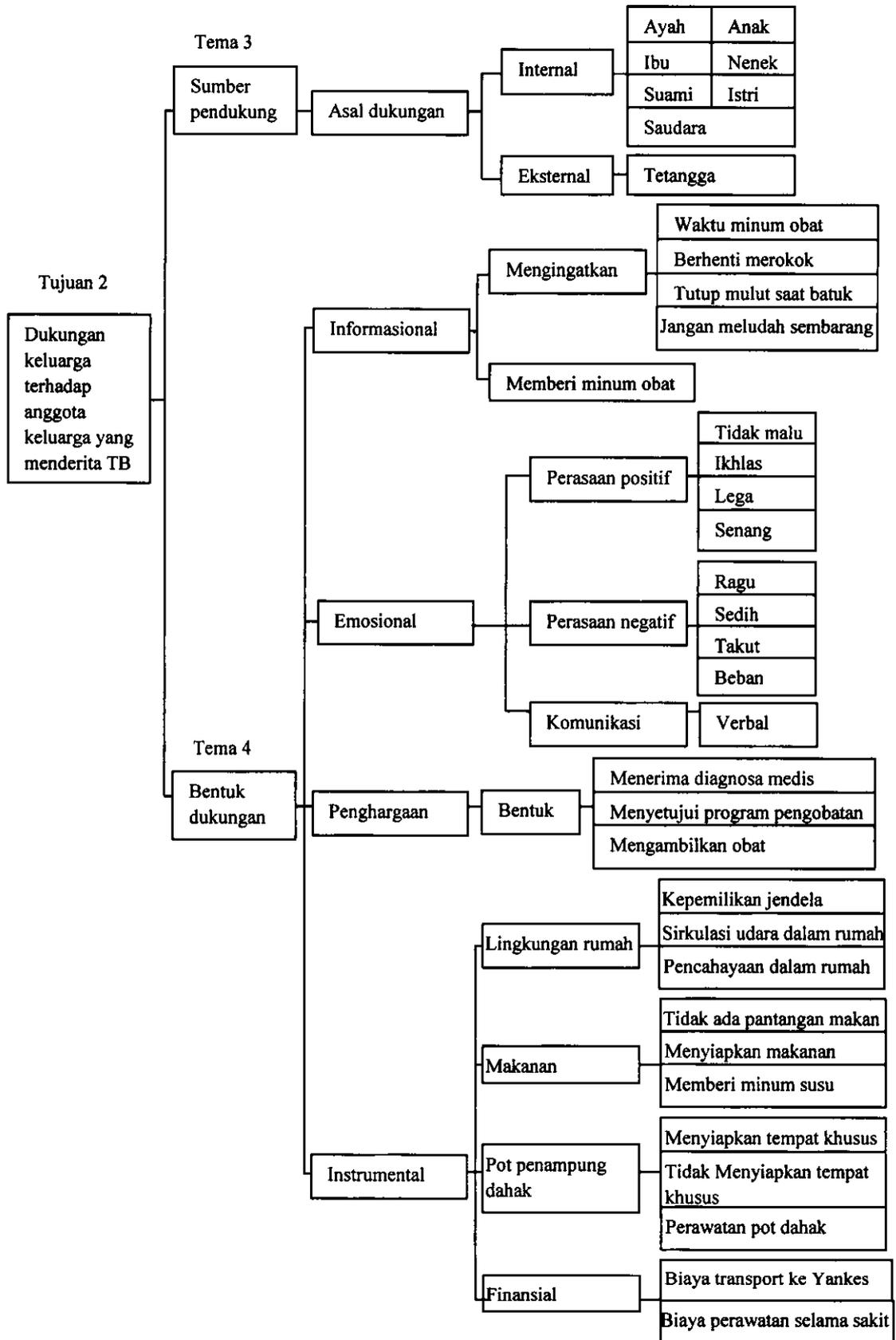
Dukungan finansial diberikan keluarga kepada anggota keluarga yang sedang sakit untuk biaya transportasi ke puskesmas pada saat mengambil obat dan menemani pasien kontrol serta biaya perawatan lain selama sakit seperti yang diungkapkan oleh partisipan satu, empat dan tujuh berikut ini:

“...biaya pengobatannya lebih tinggi saat itu, *ha* tidak apa-apa demi kesehatan saya mau saja begitu ... (yang) penting semua tiga ratus kalau hitung semua uang transportnya ... saya biar pakai saya punya uang pribadi juga ibu selama ini saya, kesehatan yang saya perlu saya bilang” (K1)

“...kalo sampe habis susu dari puskesmas, kita beli (susu), susu itu dari puskesmas kan tidak cukup memang untuk sebulan tho?” (K4)

“... memang kalau ini dalam administrasi kendaraan atau bermotor ojek *mo* bilang apa lagi saya bilang begitu saja, tetapkan saja saya mau menanggulangi saja begitu ...” (K7)

(*mo = mau, red.*)



Skema 5.2 Analisis dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita TB di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni 2015

### 5.4.3 Kemampuan keluarga mengatasi hambatan

Kemampuan keluarga mengatasi hambatan dalam merawat anggota keluarganya yang menderita sakit TB dijabarkan dalam dua tema yaitu stresor dan mekanisme coping yang digunakan oleh keluarga.

#### **Tema 5: Stresor**

Bentuk-bentuk stresor yang disebutkan oleh keluarga selama merawat anggota keluarga yang menderita TB adalah terhalangnya rutinitas kerja dan kendala selama pengobatan seperti lama waktu minum obat dan efek samping minum obat yang dialami oleh penderita, seperti yang diungkapkan oleh partisipan dua, enam dan tujuh berikut ini:

“... iya capek sebenarnya ini minum obat ...” (K2)

“... kalau habis minum obat dia rasa mual dia ludah-ludah ...” (K6)

“... cuma masalahnya karna kami ini sudah dikampung dan petani juga harus kami mengikuti ya boleh dibilang lawan arus juga ini pekerjaan ... cuman masalah karna kami ibu mengenai pekerjaan saja, itu saja ... karna sambil-sambil saya punya anak juga masih sekolah ... masih ada ke sisi menyusui akhirnya bisa juga dia belum selesaikan bahwa itu penyakit TBC yang masih begitu juga ibu” (K7)

*(sebagai petani di desa, istrinya juga ikut membantu berkebun, tetapi sakit TB yang diderita istrinya menyebabkan rutinitas harian mereka terganggu, selain kesibukan istrinya dalam mengurus pekerjaan rumah tangga dan merawat anak-anak mereka yang masih sekolah. Istri partisipan juga sedang menyusui bayi mereka. Hal ini dirasakan partisipan sebagai kendala dalam pengobatan TB, red.)*

Tenaga kesehatan di Puskesmas Kawangu mengatakan beberapa keluhan yang disampaikan keluarga dan pasien berhubungan dengan pengobatan seperti lamanya waktu minum obat, jumlah obat yang harus diminum, ukuran obat yang besar, merasa sudah sembuh dan efek samping obat. Berikut ini kutipan verbatim yang dimaksud:

“... waktu ditanyakan katanya tidak sanggup lagi ibu terlalu ini apa mm terlalu lama minumnya, capek istilahnya. Ada yang pernah berhenti di bulan ketiga itu pasiennya opname, katanya setelah minum itu muntah-muntah, akhirnya mereka dari keluarga dan pasien tidak mau berobat” (P3)

“... dia bilang: saya pikir saya sudah sembuh, habis itu bikin kasih bosan orang saja *na*, obat kayak satu truk, dia bilang begitu lagi” (P8)

“dia merasa ukuran obatnya itu besar ... baru dia harus rutin diminum setiap hari habis itu lagi ini apa minum obatnya terlalu lama begitu, sampe enam bulan memang begitu *na*.. rasa mual mereka kalau terlalu minum terus, baru kan minumnya sebelum makan tho? jadi rasanya mual apa begitu. Pernah satu itu gagal itu lho kakak” (P8)

Hal tersebut diatas sejalan dengan yang diceritakan oleh salah satu informan lain yang berperan sebagai tokoh agama Kristen Protestan tentang salah satu jemaatnya yang juga menderita sakit TB di desa Palakahembi:

“... sudah keluar masuk rumah sakit, sering opname begitu, kadang sampai pada titik putus asa... *benya* sudah saya minum obat, bosan sudah saya minum obat ... obat-obat itu saja terus tapi tidak tau sembuh begitu ...” (P2)  
(*benya = bosan, red.*)

Salah satu aparaturnya desa yang juga menjadi informan dalam penelitian ini menegaskan pandangan masyarakat di Kecamatan Pandawai yang merupakan wilayah kerja Puskesmas Kawangu tentang berobat dan efek obat bagi kesembuhan:

“... ya memang dia sadar betul dia mau sehat mau keluar dari penyakit itu ya rutin datang berobat, kemudian juga kembali lagi tadi, kan maunya kita ini ketika dikasih obat mau langsung stop, tidak ada lagi ulang-ulang. Nah ketika terjadi penyakit ini ulang lagi, ya mungkin motivasi itu yang turun ... “aiss saya sudah minum obat tapi main ulang-ulang” ...” (P6)

### **Tema 6: Mekanisme koping**

Mekanisme koping yang dilakukan oleh keluarga dijabarkan dalam dua bentuk yaitu mekanisme koping adaptif dan maladaptif. Mekanisme koping adaptif seperti motivasi keluarga agar pasien lekas sembuh, mengatur waktu

dengan baik agar tetap dapat merawat, menjaga stamina agar tidak sakit sehingga dapat terus merawat anggota keluarga yang sedang sakit, keyakinan terhadap Tuhan dan terus berdoa serta berharap akan kesembuhan pasien.

Kutipan verbatim berikut ini menggambarkan coping adaptif yang dilakukan oleh keluarga. Kategori ingin sembuh diungkapkan oleh partisipan dua dan lima:

“... oo mungkin disitu barangkali karna sudah rasa puas apa begitu, tapi saya saya bilang biar bagaimanapun juga saya bilang ya kita minum karna itu ... demi selamat saya bilang begitu ... sembuh *ko* tidak sembuh *ko* penting saya minumkan itu ...” (K5)

“walopun jauh, harus jalan sudah, kan (demi) kepentingan supaya tuntas pengobatannya ...” (K2)

Kategori mengatur waktu dan menjaga stamina diungkapkan oleh partisipan satu seperti pada kutipan verbatimnya berikut ini:

“... walaupun saya sibuk dengan saya punya cucu, pagi-pagi sa sudah bangun saya sudah siap semua, saya sudah masak kasih dia, masak nasi, masak ana sayur yang dia makan, sudah, sudah beres semua (tersenyum)... “ (K1)

(*sa = saya, ana = anak = sedikit, red.*)

“... kalau saya mau bebani dengan pikiran karna bapa menderita sakit begini akhirnya saya jatuh sakit, saya berpikir siapa yang harus urus dia jadi sa harus kuat saya punya daya tahan tubuh pemikirannya saya ... bagaimana caranya supaya dia itu bisa dipulihkan kesehatannya...” (K1)

Kategori yakin pada Tuhan, berdoa dan harapan diungkapkan oleh empat partisipan. Berikut ini kutipan verbatim partisipan satu, dua dan tiga:

“... semoga Tuhan juga buka jalan yang terbaik untuk saya supaya dengan obat ini bapa bisa sembuh, itu saja pergumulan saya ibu” (K1)

“... supaya aa saling aa saling berdoa untuk aa supaya obat aa bisa untuk cepat sembuh” (K2)

“saya tidak tanya-tanya saya langsung minum sudah, saya lipat sudah dia tiap malam itu (tertawa) saya tidak pernah, pokoknya saya sembuh ... karna mau ingin sembuh begitu (senyum)” (K3)

Mekanisme koping maladaptif yang diungkapkan oleh partisipan antara lain tindakan-tindakan mencari pengobatan alternatif, menolak diagnosa medis dan menyangkal bahwa anggota keluarganya sedang menderita TB. Satu partisipan menyangkal bahwa anggota keluarganya benar menderita TB dan mengakui walaupun mereka menerima pengobatan medis :

“... memang minum obat rutin (tertawa), minum obat itu hanya karna pengaruh kena itu serang racun, itu saja mama, tapi tidak ada yang batuk disini ... selama saya ini apa minum obat rutin malam itu, paginya saya minta bantuan bapa tua yang dia tahu doakan air, baru dia kasih saya minum air, (mengangguk) ha'a dia sembur juga sembuh, jadi jalan sama-sama begitu” (K3)

Partisipan lima menceritakan pengalamannya ketika ada saudaranya yang juga mengalami muntah darah beberapa waktu lalu:

“sampe saya pikir juga mungkin bisa juga ada sesuatu ... jadi kita hanya pemikiran kasih obat luar ... ooo ada orang buat, ada ini-ini yang racun, jadi ... memang pada saat itu juga memang kita dampingi dengan orang yang tau obat luar begitu” (K5)

Semua tenaga kesehatan yang diwawancarai menceritakan pengalaman mereka menghadapi penolakan pasien dan keluarga

“... palingan hambatannya kalau pasien menolak untuk ikut program pengobatan ... pernah ada yang menolak ... tidak mau saja, sudah dijelaskan “pokoknya saya tidak mau minum obat” begitu dia bilang” (P3)

“... pernah itu di Palakahembi, dem istri bisik sama saya kalo obat dia tidak minum, lempengnya kasih tunjuk saya kakak, dia buka obatnya, obatnya dibuang dia tidak minum ...” (P8)  
(*dem istri = istrinya, red*)

“... hanya setengah bagian saja yang dia minum, dia mati-matian tidak mau minum obat dengan suntik, hanya mau suntik saja ...” (P1)

Tiga partisipan menolak dan menyangkal dikatakan menderita sakit TB, seperti pada kutipan verbatim berikut:

“tbc itu seperti ini orang tua ini dia jalan saja susah, kalo batuk dia selalu batuk-batuk kering begitu ... *uhuk-uhuk-uhuk* (terbatuk-batuk) kalau soal batuk yang biasa seperti kami ini tidak (menggeleng), tidak termasuk tbc hanya batuk saja begitu. Macam itu orang tua disana itu yang tbc (menunjuk sebuah rumah di belakang dapur miliknya)” (K2)

“... karna dulu memang dia tidak tau bahwa dia itu ada kena serang penyakit yang itu mungkin, dia bilang hanya *angin-angin* saja yang kena tapi karna periksa lebih lanjut mungkin dia sadar bahwa kena di paru-paru atau bagaimana saya tidak tau (suara angin kencang) ... mungkin karna memang aslinya penyakit tb itu ...” (K3)  
(*angin-angin = berhubungan dengan sihir/hal gaib, red.*)

“... jadi kalo kita lihat, macam saya ini ... bukan penyakit tbc kalo ini ... tapi paru-paru bintik ... tapi kalo memang untuk tbc karna memang kita keturunannya tidak ada yang batuk tbc dari dulu tidak ada begitu” (K5)

Seorang petugas kesehatan menceritakan hal serupa tentang penolakan pasien dan keluarga terhadap diagnosa medis yang ditegakkan:

“... ada satu lagi itu di Kadumbul karena dia merasa kita salah mendiagnosa dia. Dia merasa maksudnya tidak betul dia TBC, kakak... yang itu, orang buat sudah (pikirnya) ...” (P8)

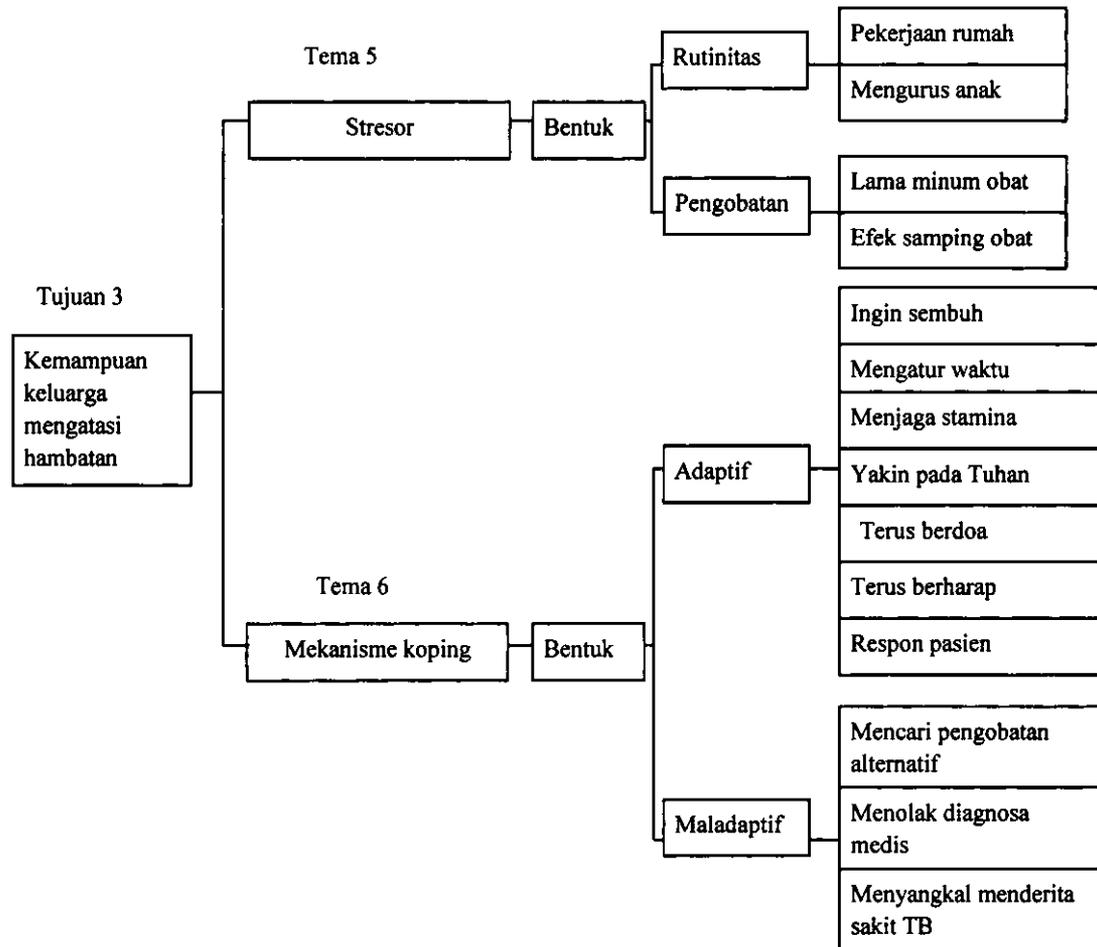
Mekanisme koping maladaptif lainnya yang dijabarkan oleh kader, tenaga kesehatan dan informan lain adalah kurangnya dukungan keluarga selama program pengobatan, seperti dalam kutipan verbatim berikut ini:

“jadi kalo kadang dorang itu supaya jangan dianggap menolak mereka menerima pengobatan kita tapi pas kita konversi bulan kedua itu masih positif ... kalau sudah punya *statement* sama seperti itu, dia punya keluarga pasti juga sebentar sama akan tutupi juga tho?” (P8)  
(*dorang = mereka, red.*)

“... mereka dari keluarga dan pasien sendiri memang tidak mau berobat” (P3)

“... tapi kadang-kadang dipengaruhi oleh keluarga ... apalagi kalau yang sakit kaget-kaget, tiba-tiba sakit, itu lebih cepat lari ke dukun beranggapan bahwa ini buatan luar bukan karna penyakit” (P4)

Berikut ini adalah analisis kemampuan keluarga dalam mengatasi hambatan:



Skema 5.3 Analisis kemampuan keluarga mengatasi hambatan di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni 2015

#### 5.4.4 Nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga

Nilai-nilai sosial budaya yang diungkapkan oleh partisipan dijabarkan sebagai stigma yang dipercaya oleh keluarga berdasarkan pandangan partisipan dan masyarakat disekitarnya tentang penyakit TB dan penyebabnya serta respon atau pandangan masyarakat terhadap penderita TB.

## Tema 7: Stigma

Stigma tentang penyebab TB yang dipercaya oleh keluarga adalah karena disebabkan karma adat akibat urusan pernikahan secara adat yang belum diselesaikan, didapatkan secara turun temurun dalam keluarga yang memiliki riwayat penyakit TB atau oleh racun yang dikirimkan secara gaib.

Satu partisipan menyatakan bahwa TB disebabkan oleh karma adat seperti pada kutipan verbatimnya berikut ini:

“*eee tidak mah dorang bilang, ada bilang mungkin tasalah atau tidak selesai adat to, tau sudah namanya adat istiadat itu e tapi saya bilang tidak ada apa-apa mah kita pung adat sudah selesai juga*” (K1)  
(*dorang = mereka, pung = punya, red.*)

Enam partisipan lainnya menuturkan keyakinan mereka bahwa penyakit TB yang mereka ketahui disebabkan karena faktor keturunan dalam keluarga penderita TB. Berikut ini kutipan verbatim partisipan enam dan tujuh:

“... mungkin karna dia keturunan dari nenek, mama kandungnya dia punya mama ...” (K6)

“... makanya kalau lihat kami satu marga bisa pernah juga turun temurun awalnya ... saya punya ipar sendiri juga yang batuk terus ... prinsipnya saya juga *iii* karna kita juga satu marga disana juga jadi artinya turun temurun juga maitua aa rasa juga ibu” (K7)  
(*sebelum menikah dengannya, istri partisipan telah menderita TB, dan dalam keluarga besar istrinya, beberapa anggota keluarga lainnya juga menderita TB. Hal ini diyakini keluarga sebagai penyakit keturunan yang tidak dapat dihindari, red.*)

Dua partisipan mengungkapkan bahwa sakit TB yang diderita oleh anggota keluarga mereka saat ini disebabkan karena racun yang diberikan oleh orang lain dengan alasan kesal, iri hati dan persaingan yang tidak sehat dalam bermasyarakat. Berikut ini kutipan verbatim dari partisipan tiga dan lima:

“... saya juga tidak tau kalo saya langsung diserang racun mama, tidak tidak (menggeleng) karna hanya pengaruh racun saja, tau sendiri orang-orang kalo kita pergi melayat, pergi ini ada adat-istiadat ini kenoto apa, orang sumba orang sabu itu dorang buat-buat saja macam ini gelap, obat gelap ... kalau dorang sudah tidak suka lihat kita, mungkin ada maju sedikit dorang mulai iri begitu” (K3)

(*dorang = mereka, red.*)

“... jadi rupanya kita kaget sudah jangan sampe orang buat kita sesuatu yang racun atau mungkin dia kasih (racun) ... Tau sendiri kan orang sekarang kan biar kita di (rumah) gedek, kita didalam rumah sendiri masing-masing begitu, kebanyakan ini apa su lepas angin apa begitukan tau sendiri orang buat ... karna kadang kita disini kita bakusaing tidak sehat ...” (K5)

(*su = sudah, red.*)

Stigma lain yang diungkapkan oleh lima keluarga terkait penyakit TB itu sendiri sebagai penyakit menular yang tidak dapat disembuhkan dan mematikan, seperti yang dikutip dari verbatim partisipan dua dan enam berikut ini:

“ya kalo dengar orang omong, *uhuk-uhuk* (batuk), itu penyakit tbc itu cepat ke rumah sakit. Kalo baru kena saja, (harus) cepat ke rumah sakit, kalo sudah lama (baru ke rumah sakit) tidak bisa lagi. Kalo sudah dua, empat, lima tahun sudah kalau sampe dulu kalo tidak sampe paling dua tahun habis sudah dia (meninggal) ... paling 1 tahun atau tidak selamat... kalau macam dia (menunjuk sebuah rumah dibelakang dapur miliknya) itu orangtua itu tidak bisa sembuh lagi biar dia mau minum obat juga tidak bisa lagi” (K2)

“iya kalo tidak ada obat yang cocok waktu dia batuk kadang dia sampe mati juga rambu ...” (K6)

Empat dari lima informan lain juga mengatakan masyarakat menganggap penyakit TB sebagai penyakit yang berbahaya dan mematikan. Berikut ini kutipan verbatim tersebut:

“menurut orang bilang tbc itu tidak kecuali di dokter, dokterpun juga tidak bisa perbaiki ... memang kalo sudah lama sakit jadinya itu tidak dapat diobati sampai meninggal ...” (P7)

“menular dan mematikan ... bahkan ada yang sampe meninggal ... itu sudah yang dipahami oleh jemaat, oleh mereka disana, kalo dia meninggal karna itu (TB)” (P2)

“... dianggap sebagai suatu penyakit yang berbahaya, itu pandangan dulu bahwa penyakit tbc itu susah untuk disembuhkan ...” (P4)

“tbc adalah salah satu penyakit yang bisa merenggut nyawa manusia” (P6)

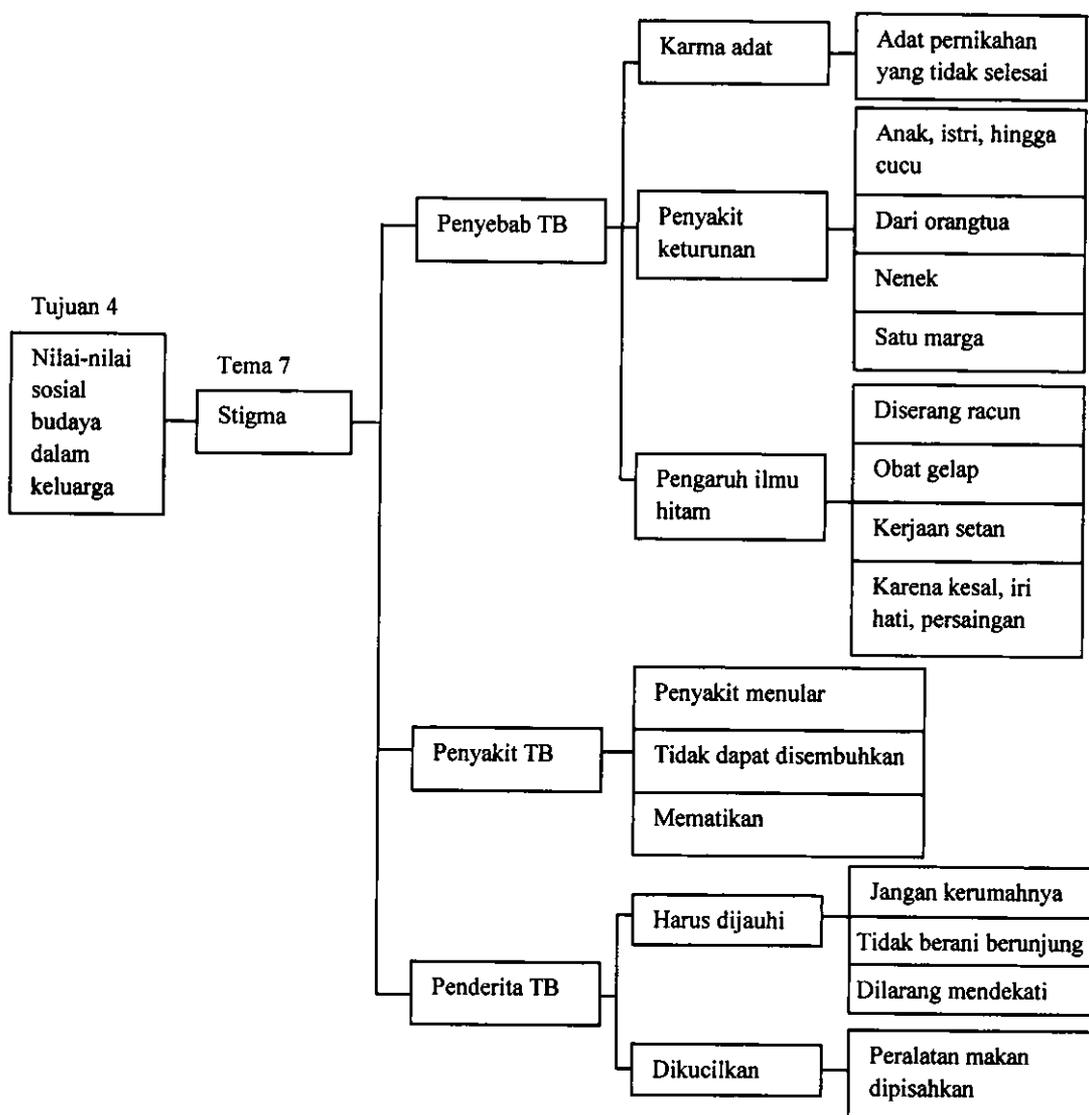
Lima partisipan menceritakan pandangan masyarakat terhadap penderita TB adalah harus dijauhi seperti melarang berkunjung ke rumah penderita TB karena takut tertular atau melarang anggota keluarga lainnya jangan mendekati penderita TB agar tidak tertular bahkan dikucilkan dengan cara memisahkan peralatan makan penderita TB seperti dalam kutipan verbatim berikut ini:

“memang ada juga tapi kalau untuk omong-omong dibelakang: “eits, sini sini jangan dekat disitu, dia penyakit tbc ini, nanti kalau kamu dekat-dekat disitu akhirnya kamu kena juga nanti”, ada juga orang yang omong begitu, jadi seringkali orang tidak datang di orang punya rumah yang penyakit yang begitu itu jadi kalo pergi terus-terus di dia punya rumah akhirnya kena nanti ... iya takut tertular begitu, jadinya orang seringkali tidak berani datang dirumah begitu” (K2)

“takut ini terjangkit, bilang begitu saja: “hati-hati kalau yang tbc berjangkit” ... kita dengar-dengar saja di orang omong” (K6)

“... jaga aa macam ini tempat makan juga piring segala ini apa juga harus jangan campur baur ... aa cuman ibu, karna kami ini, tempat nasi aa harus sudah di ini dipisahkan untuk dia, piringnya mangkoknya” (K7)

Berikut ini adalah skema analisis nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga:



Skema 5.4 Analisis nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni 2015

#### 5.4.5 Tingkat kemandirian keluarga dalam melakukan perawatan

Hasil observasi terhadap tingkat kemandirian keluarga didapatkan bahwa semua keluarga yang terlibat dalam penelitian ini termasuk dalam kategori Keluarga Mandiri tingkat I (paling rendah) dengan pencapaian kriteria kemandirian keluarga sebagai berikut:

Tabel 5.13 Pencapaian kriteria kemandirian keluarga di Puskesmas Kawangu pada bulan April-Juni 2015

No	Kriteria kemandirian keluarga	n	Prosentase (%)
1	Menerima petugas puskesmas	7	100
2	Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana	7	100
3	Menyatakan masalah kesehatan secara benar	0	0
4	Memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai anjuran	5	71,4
5	Melaksanakan perawatan sederhana sesuai anjuran	4	57,1
6	Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif	0	0
7	Melaksanakan tindakan promotif secara aktif	0	0

berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa semua partisipan (100%) menerima petugas puskesmas dan mau menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana walaupun belum semua partisipan memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai anjuran (71,4%) dan melaksanakan perawatan sederhana sesuai anjuran (57,1%). Tidak ada satupun partisipan yang memenuhi kriteria kemandirian keluarga yang ketiga yaitu menyatakan masalah kesehatan secara benar (0%).

# BAB 6

# PEMBAHASAN

## BAB 6 PEMBAHASAN

Bab ini menyajikan interpretasi hasil penelitian. Peneliti akan mengemukakan dan menganalisis makna penemuan penelitian yang telah dinyatakan dalam bab sebelumnya. Hasil penelitian dibandingkan dengan penemuan sebelumnya apakah memperkuat, berlawanan atau merupakan penemuan baru yang didukung dengan kepustakaan yang memadai. Keterbatasan penelitian akan dijelaskan dibagian akhir bab ini.

### 6.1 Interpretasi Hasil Penelitian

#### 6.1.1 Persepsi keluarga terhadap penyakit TB

Hasil penelitian terhadap persepsi keluarga terhadap penyakit TB dijabarkan dalam dua tema yaitu kerangka pengetahuan (*frame of reference*) dan pengalaman (*frame of experience*). Persepsi diartikan sebagai tanggapan atau penerimaan langsung seseorang terhadap sesuatu yang diperoleh dari pengindraannya (KBBI Daring, 2015).

Krech *et al* (1962) menuliskan dua faktor yang mempengaruhi seseorang dalam membentuk suatu persepsi yaitu *frame of reference* yang diartikan sebagai kerangka pengetahuan seseorang yang dipengaruhi dari pendidikan formal, bacaan, penelitian dan sumber informasi lain, dan *frame of experience* yang didasarkan dari pengalaman yang telah dialami seseorang yang tidak terlepas dari keadaan lingkungan sekitarnya.

### **Tema 1: Kerangka pengetahuan (*frame of reference*)**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu melalui panca inderanya sehingga dapat dikatakan bahwa pengetahuan menjadi domain yang penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoadmojo, 2003 *cit* Suparyanto, 2012). Enam tingkatan pengetahuan dalam domain kognitif yang diungkapkan oleh Notoadmojo tersebut adalah <sup>1</sup>tahu (*knowledge*), <sup>2</sup>memahami (*comprehension*), <sup>3</sup>aplikasi (*application*), <sup>4</sup>analisis (*analysis*), <sup>5</sup>sintesis (*synthesis*) dan <sup>6</sup>evaluasi (*evaluation*). Perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan.

Analisis proses pembentukan pengetahuan partisipan dikelompokkan menjadi dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Analisis terhadap faktor internal dijabarkan dalam 4 kategori. Kategori pertama dalam tema ini bahwa TB identik dengan batuk dibentuk dari pernyataan enam partisipan yang mengatakan bahwa TB sama dengan batuk aneh, batuk yang berkepanjangan, batuk kering ataupun berlendir dan batuk berdarah. Pengetahuan partisipan tentang hal tersebut serupa dengan hasil diskusi kelompok terarah yaitu 4 dari 6 peserta sepakat bahwa TB sama dengan sakit batuk yang lama. Lima informan lain juga berpendapat sama. Keyakinan masyarakat akan hal tersebut dibenarkan oleh 3 tenaga kesehatan yang mengatakan masyarakat masih sering menganggap TB sebagai batuk pilek biasa.

Lima dari 7 partisipan mengatakan mereka mengetahui TB adalah penyakit menular tetapi tidak satupun yang dapat menyebutkan dengan benar cara

penularan TB. Demikian halnya dengan informan lain dan hasil diskusi kelompok. TB adalah penyakit keturunan diungkapkan oleh 4 dari 7 partisipan. Walaupun adanya anggapan masyarakat tentang hal ini dibenarkan oleh informan lain, tenaga kesehatan dan peserta diskusi akan tetapi hal tersebut disanggah oleh mereka yang mengatakan bahwa TB bukanlah penyakit keturunan melainkan karena penularan yang terjadi didalam keluarga tersebut sehingga secara turun temurun penyakit TB dialami oleh anggota keluarga mereka. Keadaan inilah yang membentuk persepsi masyarakat bahwa TB adalah penyakit keturunan.

Dua dari 7 Partisipan menyatakan kepercayaan mereka bahwa sakit TB yang mereka derita terjadi akibat racun yang dikirimkan secara gaib oleh orang yang tidak menyukai mereka. Dua tenaga kesehatan membenarkan anggapan tersebut dalam masyarakat dan seringkali menjadi alasan penolakan pasien dan keluarga terhadap pengobatan TB, sedangkan semua informan lain, petugas kesehatan dan peserta diskusi menyangkal hal tersebut sebagai suatu hal yang dapat dibuktikan kebenarannya. Kepercayaan masyarakat Sumba Timur terhadap hal-hal yang bersifat mistik atau gaib telah menjadi bagian dari kehidupan bermasyarakat yang telah ada sejak dahulu, bahkan hal-hal yang bersifat mistis ini seringkali menjadi suatu “pelarian” atau tameng bagi penderita TB dan keluarga untuk mengakui kebenaran kondisi penyakit yang dideritanya.

Temuan penelitian ini sejalan yang diungkapkan oleh Bambang (2008) *cit* Telaumbanua (2012) bahwa seorang individu meyakini kebenaran atas kepercayaannya berdasarkan observasinya mengenai kenyataan daripada sesuatu yang benar secara abstrak. Penciptaan pengetahuan melibatkan perasaan dan

sistem kepercayaan dimana perasaan atau sistem kepercayaan itu dapat tidak disadari.

Secara keseluruhan didapatkan hasil bahwa pengetahuan partisipan tentang TB masih sangat kurang ditandai dengan semua partisipan menyampaikan bahwa mereka tidak mengetahui secara jelas tentang konsep penyakit TB meliputi pengertian penyakit TB, penyebab, tanda dan gejala klinis, cara penularan, cara pencegahan dan pengobatannya. Bahkan sebanyak 4 partisipan mengatakan bahwa mereka tidak pernah dijelaskan sebelumnya tentang sakit TB yang diderita oleh anggota keluarganya. Empat partisipan tersebut mengatakan bahwa petugas kesehatan lebih sering mengatakan bahwa hasil pemeriksaan positif dan pasien harus meminum obat hingga tuntas agar dapat sembuh. Hal yang sama didapati oleh peneliti pada salah satu partisipan yang tidak mengakui bahwa anggota keluarganya sedang sakit TB dan mengatakan bahwa mereka tidak diberitahukan sebelumnya bahwa obat yang diminum adalah untuk mengobati penyakit TB walaupun 6 partisipan lainnya mengakui bahwa mereka mengetahui anggota keluarganya menderita sakit TB akan tetapi mereka tidak mengetahui secara jelas tentang apa itu penyakit TB dan bagaimana pencegahan penularannya. Ketidaktahuan partisipan tentang konsep penyakit TB serupa dengan hasil diskusi kader dimana 4 dari 6 peserta diskusi menyatakan ketidaktahuan mereka sedangkan 2 peserta lainnya mengiyakan hal tersebut, demikian halnya dengan 4 dari 5 informan lain yang menyampaikan ketidaktahuan mereka terhadap konsep penyakit TB.

Temuan diatas bertentangan dengan pernyataan tenaga kesehatan yang mengatakan bahwa mereka telah memberikan konseling tentang penyakit TB pada pasien dan keluarga, melakukan penyuluhan ataupun membagikan leaflet kepada masyarakat. Walaupun 4 dari 5 informan lain membenarkan bahwa pihak Puskesmas Kawangu sering menyampaikan semua informasi terkait TB kepada masyarakat melalui penyuluhan kesehatan akan tetapi informasi tersebut tidak secara optimal diserap oleh masyarakat.

Kesenjangan data ini seharusnya menjadi permasalahan yang sebaiknya ditindaklanjuti oleh pihak Puskesmas dengan cara melakukan evaluasi keberhasilan pendidikan kesehatan yang diberikan oleh petugas. Pendidikan kesehatan yang telah diberikan dengan berbagai cara kepada masyarakat tidak menjamin terjadinya peningkatan pengetahuan masyarakat terkait informasi yang diberikan. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyerap informasi yang diperoleh, misalnya tingkat pendidikan, minat dan *learning habit* masyarakat Sumba Timur, demikian pula halnya dengan pemberi informasi tersebut dalam hal ini tenaga kesehatan. Diperlukan kemampuan komunikasi terapeutik yang baik dalam menyampaikan konseling ataupun edukasi kepada pasien, keluarga dan masyarakat. Informasi yang diberikan disesuaikan dari sudut pandang pasien, keluarga atau masyarakat dengan tidak mengenyampingkan nilai-nilai sosial budaya yang dianut oleh mereka.

Notoatmojo (2007) mengatakan pendidikan menjadi salah satu hal yang mempengaruhi pengetahuan seseorang dari faktor internal selain minat, pengalaman dan usia, atau dengan kata lain semakin tinggi tingkat pendidikan

seseorang maka semakin tinggi pula pengetahuannya. Tingkat pendidikan partisipan terbanyak adalah SD sebanyak 3 orang sedangkan partisipan yang tidak sekolah sebanyak 2 orang dan yang lainnya berpendidikan SMP dan SMA masing-masing berjumlah 1 orang. Hal ini sejalan dengan hasil analisis penelitian Wulandari (2011) yaitu responden dengan pendidikan rendah memiliki pengetahuan yang tidak bagus tentang TB.

Hasil penelitian ini serupa dengan temuan penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Rundi (2010) di Sabah tentang pemahaman masyarakat terhadap tuberkulosis dimana 96% responden menjawab tidak tahu tentang penyebab TB. Responden mendeskripsikan TB sebagai sakit yang ditandai dengan batuk kering (*dry cough*) atau *mengurus (becoming thin)*. Penelitian lain yang dilakukan oleh Vukovic dkk (2008) di Serbia menunjukkan hasil yang hampir sama yaitu hanya 22,9% responden yang mengetahui tentang penyakit TB dengan benar, dan 8,2% responden mengetahui bahwa TB adalah penyakit menular akan tetapi tidak mengetahui secara benar cara penularan penyakit TB.

Rundi (2010) mengatakan bahwa beberapa alasan tidak adekuatnya pengetahuan tentang TB di dalam keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang menderita TB disebabkan oleh kurangnya akses informasi dan kurang memadainya publikasi tentang TB. Hal ini sejalan dengan pernyataan Vukovic dkk (2008) bahwa kurangnya pengetahuan tentang TB menyebabkan berkembangnya miskonsepsi tentang penyakit ini dan memungkinkan pasien serta keluarga mencari alternatif lain dalam penyembuhan penyakit TB.

Pengetahuan tentang TB termasuk pemahaman keluarga tentang pentingnya menyelesaikan pengobatan TB agar TB dapat disembuhkan secara tuntas sehingga tidak terjadi penularan dalam keluarga menjadi hal penting yang harus disampaikan secara jelas dan terperinci oleh petugas kesehatan dalam hal ini dokter dan perawat keluarga. Penyampaian informasi yang adekuat mempersempit kemungkinan terjadinya mispersepsi pasien dan keluarga terhadap TB dan keyakinan-keyakinan yang ada dimasyarakat tentang TB.

Upaya-upaya yang dapat dilakukan oleh pihak puskesmas untuk meningkatkan pemahaman masyarakat sehingga mispersepsi akan penyakit TB dapat diluruskan kembali yaitu dengan melibatkan tokoh-tokoh masyarakat di Sumba Timur. Budaya Sumba Timur yang masih menganut sistem klasis atau pembagian strata sosial dapat menjadi peluang bagi tenaga kesehatan atau pengambil kebijakan program dalam melaksanakan program-program kesehatan. Kecenderungan “mendengarkan” apa yang dikatakan oleh orang yang dihormati atau dituakan dalam adat istiadat Sumba Timur dapat diberdayakan dengan melibatkan peran serta unsur-unsur lintas sektoral yang terkait. Oleh karenanya membuat mereka yang dihormati dan dituakan dalam masyarakat mengetahui pentingnya konsep penyakit TB dan penularan TB menjadi hal yang sebaiknya diperhatikan oleh pihak Puskesmas ataupun pengambil kebijakan program pemerintahan terkait.

## **Tema 2: Pengalaman (*frame of experience*)**

Pengalaman dapat dijabarkan sebagai sesuatu yang pernah dialami, dijalani, dirasai atau ditanggung (KBBI Daring, 2015). Pengalaman merupakan

hal yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan setiap orang yang memungkinkan seseorang menjadi tahu dan hasil dari tahu tersebut selanjutnya disebut sebagai pengetahuan.

Tujuh partisipan yang diwawancarai dalam penelitian ini secara bervariasi menyebutkan pengetahuan mereka berdasarkan pengalaman yang dialami secara langsung ataupun berdasarkan yang didengar dari masyarakat sekitar tentang cara penularan TB dan penyebab TB yang selanjutnya ditetapkan sebagai 2 kategori dalam menjelaskan tema ini. Cara penularan TB disampaikan oleh partisipan melalui makanan atau minuman, alat makan, alat mandi bahkan keringat penderita TB. Hal ini tidak berbeda dengan pernyataan 4 informan lain yang menyebutkan penularan TB dapat terjadi melalui peralatan makan penderita yang digunakan bersama-sama, sedangkan 2 dari 6 peserta diskusi menyampaikan pendapat yang sama tentang cara penularan TB melalui alat makan tersebut dan tidak disanggah oleh peserta lainnya.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Rundi (2010) dimana beberapa pasien yang menjadi respondennya mempercayai bahwa mereka tertular penyakit TB melalui hujan dan juga karena bersentuhan dengan keringat penderita TB lainnya. Responden lain mengatakan TB dapat ditularkan dengan cara mengkonsumsi makanan dan minuman yang terkontaminasi debu, kotoran atau saliva penderita TB.

Partisipan mengetahui dari pengalaman mereka bahwa TB dapat disebabkan karena kebiasaan merokok dan minum minuman beralkohol, makanan yang tidak diolah dengan baik, racun yang dikirimkan secara gaib, terjangkit dari

keluarga dan diturunkan dari garis keluarga sebelumnya. Fakta yang sebenarnya tentang cara penularan TB seperti yang dikutip dari Virginia Health Government (2013) yaitu TB ditularkan melalui udara dari seorang penderita TB ke orang lain disekitarnya, bakteri TB dikeluarkan ketika penderita batuk, bersin, berbicara ataupun bernyanyi. TB tidak ditularkan melalui makanan atau minuman, berciuman, kontak dengan kulit seperti bersalaman dengan penderita TB, penggunaan kloset duduk ataupun sikat gigi. Tuberkulosis didefinisikan oleh WHO (2013) sebagai penyakit infeksi yang disebabkan oleh basil *Mycobacterium tuberculosis* yang secara khas mempengaruhi paru-paru (*pulmonary TB*) tetapi dapat juga dapat mengenai bagian lain (*extrapulmonary TB*).

Pengalaman yang dialami oleh pasien dan keluarga secara tidak langsung membentuk persepsi yang salah tentang penyebab TB dan cara penularan TB yang terus berkembang dimasyarakat dan menyebabkan terbentuknya anggapan yang negatif terhadap penyakit ini. TB yang akan dibahas lebih lanjut pada tema ketujuh. Upaya pemerintah melakukan sosialisasi tentang penyakit TB harus terus ditingkatkan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dan perlahan dapat merubah persepsi serta sikap pasien dan keluarga terhadap TB dan pengobatannya.

#### 6.1.2 Dukungan sosial keluarga terhadap anggota keluarga yang menderita TB

Dukungan sosial berfokus pada sifat interaksi yang berlangsung dalam hubungan sosial saat ini dan dievaluasi oleh individu dan manfaat suportifnya (Roth, 1989 *cit* Friedman, 2014). Dukungan sosial merupakan hadirnya seseorang dalam hidup individu yang membuat individu tersebut merasa dicintai, dihargai,

diperhatikan dan menjadi bagian dari suatu kelompok sosial seperti keluarga. Banyak pengertian tentang dukungan sosial tetapi mengacu pada penilaian individu, oleh sebab itu dalam penelitian ini dukungan sosial yang dimaksudkan adalah dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga kepada anggota keluarganya yang sedang menderita sakit TB.

Dukungan sosial keluarga adalah dukungan sosial yang dirasakan oleh anggota keluarga yang menerima bentuk dukungan tersebut. Dukungan sosial keluarga dapat berasal dari dalam keluarga inti atau dari luar keluarga inti seperti keluarga besar yang masih dalam satu jaringan keluarga (Friedman, 2014). Dalam penelitian ini, dukungan sosial keluarga dijabarkan dalam dua tema yaitu Sumber pendukung dan bentuk dukungan.

### **Tema 3: Sumber pendukung**

Sumber pendukung atau sumber pemberi dukungan sosial kepada anggota keluarga yang sedang sakit TB dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua yaitu sumber internal dan sumber eksternal. Semua partisipan secara verbal mengatakan memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang sedang sakit yaitu sebagai istri pasien, suami pasien dan ibu pasien. Partisipan juga menyebutkan bahwa selain diri sendiri yang memberikan dukungan sosial bagi suami, istri ataupun anak mereka yang sedang sakit, keluarga juga mendapatkan dukungan dari keluarga besar seperti saudara, sepupu, ataupun nenek.

Hasil observasi peneliti terhadap keluarga yang terlibat dalam penelitian ini membuktikan kebenaran pernyataan semua partisipan tersebut. Terlihat dari komunikasi verbal maupun non verbal yang baik antara partisipan dan anggota

keluarga yang sedang sakit dan interaksi yang terjadi didalam rumah dengan anggota keluarga lainnya. Hal ini sejalan dengan pernyataan semua tenaga kesehatan tentang antusias keluarga untuk terlibat dalam pengobatan, walaupun disampaikan juga bahwa ada sebagian keluarga pasien yang terdiagnosa TB yang tidak memberikan dukungan yang positif kepada pasien. Keluarga yang tidak mendukung adalah keluarga yang pada akhirnya menolak program pengobatan TB bagi pasien. Hal ini disebabkan oleh pandangan pasien atau keluarga tentang TB yang berhubungan dengan keyakinan atau kepercayaan keluarga terkait kejadian TB.

Tiga dari enam kader peserta diskusi menyatakan dukungan mereka terhadap penderita TB, satu diantaranya mempunyai pengalaman merawat anggota keluarganya yang menderita TB dan telah menyelesaikan program pengobatan, sedangkan 50% lainnya mengatakan tidak semua anggota keluarga memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang sedang sakit TB. Salah seorang peserta diskusi yang adalah kepala dusun Karawatu, salah satu dusun di wilayah kerja Puskesmas Kawangu selama 6 tahun hingga sekarang, menceritakan tentang pengalamannya mengalami penolakan dari warganya yang terdeteksi menderita TB ketika mengajak bahkan membujuk untuk berobat lebih lanjut ke Puskesmas. Dikatakannya bahwa hal itu menjadi kendala bagi mereka terutama jika tidak mendapatkan dukungan dari keluarga pasien.

Dokter di Puskesmas Kawangu membenarkan hal tersebut terjadi jika anggota keluarga yang sakit adalah kepala keluarga. Hal ini dikarenakan budaya suku sumba yang masih menganut sistem patrilineal yaitu suatu adat masyarakat

yang mengatur alur keturunan berasal dari pihak ayah dan kekuasaan dalam keluarga berada ditangan sang ayah atau pihak laki-laki. Dalam adat budaya Sumba, suami atau ayah adalah pengambil keputusan dalam keluarga. Hal inilah yang menyebabkan kendala bagi tim tenaga kesehatan jika penolakan untuk berobat berasal dari sang ayah atau suami. Keberhasilan pengobatan TB pada pasien anak dikatakan oleh dokter di Puskesmas Kawangu menunjukkan hasil yang lebih baik dibandingkan pengobatan TB pada pasien dewasa dikarenakan anak yang menderita TB cenderung menuruti orang tuanya atau orang terdekatnya yang menjadi PMO.

Sumber pendukung eksternal meliputi tetangga di sekitar keluarga pasien. Tiga dari tujuh partisipan mengatakan mendapatkan dukungan dari tetangga dalam bentuk menyarankan kepada keluarga untuk segera membawa anggota keluarga yang sakit untuk diperiksa lebih lanjut di puskesmas. Perawat penanggungjawab program TB di Puskesmas Kawangu menceritakan pengalamannya terkait dukungan masyarakat yang menyadari adanya suspek TB disekitar mereka. Ketika perawat melakukan kunjungan ke desa, masyarakat seringkali langsung menghampiri dan memberitahukan keberadaan tetangga mereka yang dicurigai TB. Keterlibatan kader dalam program penjangkaran TB juga diakui oleh perawat dengan cara mengambilkan dahak penderita lalu mengantarkan ke puskesmas untuk diperiksa lebih lanjut secara mikroskopis.

#### **Tema 4: Bentuk dukungan**

Cohen & Syme (1985) mengklasifikasi bentuk dukungan sosial dalam 4 kategori, yaitu dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental dan dukungan penghargaan.

Bentuk dukungan informasional yang diberikan oleh keluarga kepada anggota keluarga yang menderita TB dalam penelitian ini adalah mengingatkan dan memberikan obat kepada anggota keluarga yang sedang sakit TB. Dukungan informasional “mengingat” yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah mengingatkan waktu minum obat, mengingatkan untuk tidak meludah sembarangan, mengingatkan untuk berhenti merokok dan mengingatkan untuk menutup mulut saat batuk. Semua partisipan mengatakan mereka selalu membantu mengingatkan untuk minum obat tepat waktu sesuai dengan anjuran dokter ataupun perawat puskesmas, dan enam partisipan mengatakan mereka mengingatkan untuk melakukan perilaku-perilaku pencegahan seperti disebutkan diatas. Petugas kesehatan membenarkan hal tersebut walaupun tidak semua pasien dan keluarga melaksanakan anjuran hidup bersih dan sehat ini tetapi telah ada sedikit perubahan perilaku keluarga ataupun pasien dengan memperhatikan kebersihan lingkungan rumah, kebersihan personal pasien dan menutup mulut saat batuk. Masih ada pasien yang terlihat batuk tanpa menutup mulut ketika sedang berbicara dengan orang lain, ataupun masih ada keengganan pasien atau keluarga menyiapkan wadah khusus untuk menampung dahak.

Informan lain yang menjabat sebagai camat di Kecamatan Pandawai dan lurah di Kelurahan Kawangu mengatakan dalam setiap kesempatan dalam

pertemuan bersama warga, mereka selalu menghimbau agar tidak meludah sembarangan, hal ini bukan saja bagi penderita TB akan tetapi berkaitan dengan budaya *happa* atau memakan sirih pinang di masyarakat Sumba Timur dan kebiasaan membuang ludah sirih pinang tersebut disembarang tempat agar tidak tertelan.

Bentuk dukungan informasional berikutnya adalah memberi minum obat kepada anggota keluarga yang sakit. Semua partisipan mengatakan mereka memberikan obat kepada anggota keluarga yang sakit sesuai anjuran petugas kesehatan, akan tetapi satu diantaranya ternyata salah waktu memberikan obat. OAT seharusnya diberikan kepada pasien kurang lebih 1 jam sebelum makan malam, dan partisipan menceritakan bahwa ia memberikan obat kepada suaminya setelah makan malam.

Petugas kesehatan membenarkan peran keluarga dalam pengobatan TB terutama sebagai PMO, walaupun dengan pertimbangan tertentu sebelum memilih anggota keluarga yang diberi tanggung jawab sebagai PMO akan tetapi pernah terjadi kasus dimana yang sakit adalah sang suami dan yang menjadi PMO adalah istrinya. Obat-obat yang diberikan akhirnya ditolak untuk diminum dan akhirnya dibuang oleh pasien. Dalam program pengawasan langsung minum obat, PMO adalah seseorang yang ditunjuk dan dipercaya untuk mengawasi dan memantau penderita TB untuk meminum obatnya secara teratur dan tuntas agar mencegah terjadinya resistensi obat (Kemenkes, 2014).

Pedoman nasional pengendalian TB yang dikeluarkan oleh Kemenkes RI (2014) menuliskan yang sebaiknya menjadi PMO adalah petugas kesehatan,

misalnya bidan di desa, perawat, pekarya, sanitarian, juru imunisasi, dan petugas kesehatan lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau masyarakat lainnya atau anggota keluarga. Berdasarkan uraian Kemenkes diatas, keluarga adalah pilihan terakhir untuk menjadi PMO. Semua partisipan yang diwawancarai dalam penelitian ini adalah PMO bagi anggota keluarganya yang sedang dalam pengobatan TB dan dibenarkan oleh petugas kesehatan.

Setiap PMO yang ditunjuk sebaiknya telah mendapatkan penyuluhan tentang hal-hal penting berikut ini: <sup>1</sup>TB disebabkan oleh kuman, bukan penyakit keturunan atau kutukan, <sup>2</sup>TB dapat disembuhkan dengan berobat teratur, <sup>3</sup>cara penularan TB, gejala-gejala yang mencurigakan dan cara pencegahannya, <sup>4</sup>cara pemberian pengobatan pasien untuk tahap intensif dan lanjutan, <sup>5</sup>pentingnya pengawasan supaya pasien berobat secara teratur, dan <sup>6</sup>kemungkinan terjadinya efek samping obat dan perlunya segera meminta pertolongan ke fasyankes terdekat (Kemenkes, 2014). Seorang PMO yang ditunjuk walaupun orang tersebut adalah anggota keluarga, maka pengetahuan dasar tersebut di atas tetap harus diberikan oleh tenaga kesehatan sebagai dasar bagi mereka dalam menjalankan perannya sebagai PMO bagi anggota keluarganya yang sedang dalam pengobatan TB.

Bentuk dukungan sosial keluarga yang ketiga adalah dukungan emosional yang dijabarkan dalam tiga ss tema yaitu perasaan positif, perasaan negatif dan komunikasi verbal dengan anggota keluarga yang menderita TB. Perasaan positif keluarga yang teridentifikasi dalam penelitian ini adalah 4 partisipan secara

langsung mengatakan bahwa mereka tidak merasa malu memiliki anggota keluarga yang sedang dalam pengobatan TB, 2 partisipan mengatakan merasa ikhlas menerima keadaan sakit yang dialami oleh anggota keluarga tersebut, 5 partisipan mengatakan merasa senang dan lega melihat perkembangan kesehatan anggota keluarga selama dalam program pengobatan TB.

Perasaan positif yang dirasakan oleh keluarga ini diamati juga oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Kawangu, seperti respon pasien dan keluarga yang tidak merasa minder pada saat harus mengambil obat ke puskesmas. Pasien dan keluarga sering terlihat *ngobrol* bersama dengan pengunjung puskesmas lainnya saat sedang mengantri di loket pendaftaran atau di loket pengambilan obat, dan ketika ditanya oleh pengunjung lain mengapa jumlah obat yang didapat lebih banyak atau mengapa mendapatkan susu sedangkan mereka tidak maka pasien dan keluarga akan menjawab bahwa hal itu dikarenakan mereka sedang minum obat "*proyek 6 bulan*".

Salah seorang peserta diskusi menceritakan perasaan serupa yang dirasakannya saat merawat anggota keluarga yang sakit TB bahwa meskipun anggota keluarganya merasa minder dan enggan mendekati mereka tetapi mereka tidak sungkan untuk mendekatinya. Keluarga bahkan mendorong dan memotivasinya agar rutin melakukan kontrol dan mengambil obat ke puskesmas dan menyelesaikan program pengobatan TB.

Perasaan negatif yang teridentifikasi dalam penelitian ini seperti perasaan ragu diungkapkan oleh seorang partisipan ketika suaminya akan menjalani pemeriksaan konversi diakhir masa pengobatan, sedangkan 3 orang partisipan

mengaku merasa sedih ketika pertama kali diberitahukan orang terdekat mereka didiagnosa TB dan harus menjalani pengobatan selama 6 bulan. Seorang partisipan mengatakan merasa beban karena harus melihat anaknya yang masih sekolah harus minum obat dalam jumlah banyak dan lama, sedangkan dua partisipan mengatakan mereka merasa takut jika pengobatan tiba-tiba terhenti atau tidak dapat dituntaskan jika mereka lupa memberi minum obat.

Peneliti mengamati adanya perbedaan situasi dan pandangan keluarga terhadap masalah, ikut mempengaruhi reaksi emosional keluarga misalnya dua partisipan sebagai seorang ibu mengungkapkan perasaannya dengan lebih emosional, terlihat dari intonasi yang menggambarkan emosi hingga ekspresi non verbal seperti menangis saat menceritakan perasaan tertekannya. Berbeda dengan 5 partisipan lainnya yang menjadi istri dan suami pasien, walaupun tersirat perasaan sedih tetapi partisipan memperlihatkan emosi yang lebih terkontrol.

Dukungan emosional lainnya yaitu komunikasi verbal dalam keluarga. Hasil observasi memperlihatkan interaksi yang cukup baik antara penderita TB dan anggota keluarga lainnya. Keluarga terlihat melakukan komunikasi dua arah dengan pasien. Komunikasi verbal juga dilakukan oleh tenaga kesehatan dan informan lain dalam interaksi mereka untuk mendukung pasien dan keluarga seperti menyemangati untuk menuntaskan program pengobatan.

Dukungan sosial keluarga yang ketiga yaitu dukungan penghargaan yang dijabarkan dalam satu ss tema yaitu bentuk dukungan penghargaan dengan kategori menerima diagnosa medis yang ditegakkan oleh dokter, menyetujui

program pengobatan bagi anggota keluarganya dan menemani pasien ke puskesmas untuk mengambil obat.

Lima dari tujuh partisipan mengatakan menerima diagnosa medis bahwa anggota keluarga mereka menderita TB, walaupun satu diantara masih belum mengakui jika suaminya mengalami TB dikarenakan penyakit medis melainkan disebabkan karena diracuni oleh orang yang tidak menyukai keluarganya. Semua partisipan menyetujui program pengobatan yang diberikan oleh puskesmas dan rutin mengambilkan obat ke puskesmas sesuai jadwal yang diberikan petugas kesehatan.

Hal yang sama diungkapkan oleh petugas kesehatan bahwa pasien dan keluarga pada akhirnya mau menerima diagnosa medis dan program pengobatan setelah diberikan pengertian dan contoh-contoh pasien TB yang telah disembuhkan. Keaktifan pasien dan keluarga dalam mengambil obat pun terlihat pada saat menjelang waktu pengambilan obat, sebagian keluarga menelpon perawat penanggung jawab TB beberapa hari sebelumnya untuk membuat janji mengambil obat, ada juga yang secara aktif menanyakan kepada petugas puskesmas pada saat kunjungan puskesmas keliling di desa apakah obat mereka tidak lupa dibawakan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pasek dan Satyawati (2013) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persepsi dan tingkat pengetahuan penderita TB dengan kepatuhan pengobatan dimana penderita dengan persepsi dan tingkat pengetahuan baik memiliki kepatuhan pengobatan yang juga baik.

Dukungan sosial keluarga yang terakhir yaitu dukungan instrumental yang dijabarkan dalam beberapa ss tema yaitu ventilasi, pencahayaan dalam rumah, sirkulasi udara dalam rumah, menyiapkan makanan, menyiapkan pot dahak dan membantu secara finansial. Hasil observasi memperoleh hasil bahwa hampir semua rumah partisipan memiliki ventilasi yang kurang baik, hanya partisipan satu dan tiga yang memiliki lebih dari satu jendela dirumah mereka. Dua partisipan hanya memiliki sebuah jendela yang berukuran kurang lebih 40x40cm di kamar tidur akan tetapi jendela tersebut tidak pernah dibuka melainkan ditutup dengan lemari dari bagian dalam kamar sehingga tidak dapat berfungsi sebagai ventilasi dan membantu pencahayaan alami didalam kamar tidur tersebut.

Widoyono (2011) menjelaskan karakteristik bakteri mikrobakterium tuberkulosis sebagai bakteri yang bersifat tahan asam yang tumbuh dengan lambat dan sensitif terhadap panas dan sinar ultra violet. Bakteri ini mati pada pemanasan 100°C selama 5-10 menit atau pada pemanasan 60°C selama 30 menit, dan dengan alkohol 70-95% selama 15-30 detik, akan tetapi dapat bertahan hidup selama 1-2 jam diudara terutama ditempat yang lembab dan gelap, bahkan dapat bertahan hingga berbulan-bulan jika kelembaban udaran tinggi dan tidak terpapar panas. Berdasarkan penjelasan tentang bakteri TB, kondisi lingkungan pada sebagian besar rumah partisipan memungkinkan tumbuh dan berkembang biaknya bakteri TB yang akhirnya dapat mengakibatkan tingginya resiko penularan dalam 1 rumah. Hal ini terbukti dari hasil observasi peneliti bahwa 6 dari 7 partisipan mempunyai riwayat penularan TB dalam keluarga mereka, misalnya partisipan kedua yang pertama kali menjalani pengobatan TB adalah suaminya, kemudian

ditularkan kepada istri dan dua orang anaknya yang masih balita. Partisipan lainnya memiliki sekurang-kurangnya 1 orang anggota keluarga lain yang pernah atau sedang mengikuti pengobatan TB.

Karakteristik keluarga di Sumba Timur yang merupakan keluarga dengan tipe *extended family* atau *kin-network family* yang menempati rumah adat berbentuk panggung tanpa jendela merupakan alasan lain tingginya riwayat penularan TB dalam rumah. Hal ini dinyatakan juga oleh informan lain dan dokter puskesmas bahwa masih banyak rumah warga yang berbentuk tradisional dan tidak memiliki jendela sehingga suasana didalam rumah cenderung gelap dan pengap. Selain itu kebiasaan *happa* dan membuang ludah sembarangan termasuk meludah ke bawah kolong rumah membuat siklus penularan TB ini semakin sulit diberantas. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Moha (2012) menguatkan temuan ini bahwa pencahayaan didalam rumah memiliki pengaruh terhadap kejadian paru walaupun ventilasi dan kepadatan hunian tidak berpengaruh terhadap kejadian TB paru.

Memiliki rumah tradisional adalah hak semua orang, bahkan tradisi *happa* yang bukan saja digunakan dalam setiap upacara adat ataupun hajatan lainnya tetapi juga merupakan kebiasaan sehari-hari masyarakat Sumba Timur yang tidak dapat dihilangkan dan tidak seharusnya dihilangkan budaya tersebut. Permasalahan penularan TB ini bukan terletak pada budaya dan adat istiadat masyarakat Sumba Timur melainkan pada pemahaman terhadap penyakit TB dan perilaku yang telah menjadi kebiasaan hidup sehari-hari yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat.

Penelitian etnografi yang dilakukan oleh Pratiwi, dkk (2012) menilai kemandirian masyarakat dalam perilaku pencegahan penularan penyakit TB paru di tiga kabupaten di Indonesia termasuk Kabupaten Rote Ndao di Provinsi NTT yang memiliki karakteristik serupa dengan masyarakat di Sumba Timur. Salah satu variabel yang diteliti adalah *beyond health* yang terdiri dari aspek kemiskinan, sosial, kekumuhan, kelembapan dan kebersihan. Kondisi lingkungan rumah sebagian besar partisipan di Rote berlantai tanah dan prosentase kebiasaan membuka jendela sebanyak 67%. Pratiwi menuliskan bahwa sanitasi lingkungan perumahan sangat berkaitan dengan penularan penyakit. Rumah dengan pencahayaan dan ventilasi yang baik akan menyulitkan pertumbuhan kuman karena sinar ultra violet dapat mematikan kuman dan ventilasi yang baik menyebabkan pertukaran udara sehingga mengurangi konsentrasi kuman.

Kategori berikutnya dalam dukungan instrumental yang diberikan oleh keluarga adalah menyiapkan makanan. Lima dari 7 partisipan mengatakan sejak anggota keluarganya dinyatakan sakit TB, mereka lebih memperhatikan kecukupan makanan baginya, seperti yang diungkapkan salah satu partisipan walaupun bukan makanan mewah yang disiapkan tetapi tetap diupayakan makanan yang pantas bagi suaminya yang sedang sakit. Partisipan lain mengatakan merasa bersyukur mendapatkan bantuan susu bubuk yang dibagikan oleh puskesmas untuk membantu pemenuhan gizi pasien.

Hal tersebut dibenarkan oleh petugas kesehatan puskesmas Kawangu bahwa setelah menjalani pengobatan dan diberikan penjelasan oleh petugas, keluarga lebih memperhatikan makanan yang diberikan kepada pasien. Petugas

juga mengatakan ketika pertama kali terdiagnosa TB pasien terlihat kurus atau memiliki berat badan yang kurang dari berat badan ideal pada usianya kemudian pasien mengalami kenaikan berat badan akhir bulan kedua dan seterusnya.

Temuan ini sejalan dengan penelitian tentang status nutrisi pasien TB yang dilakukan oleh Hutari (2014) dan Arsin, dkk (2013). Hutari (2014) menemukan adanya korelasi yang signifikan antara pengetahuan keluarga dengan peningkatan IMT pasien selama dalam program pengobatan TB, sedangkan Arsin (2013) menemukan bahwa sebagian besar penderita TB terdapat pada kelompok masyarakat dengan status gizi kurang.

Salah satu faktor resiko penularan TB adalah adanya orang-orang yang rentan dalam masyarakat yang terjadi karena daya tahan tubuh yang rendah yang disebabkan oleh gizi buruk. IMT <18,5 menunjukkan adanya ketidakseimbangan antara asupan dan penggunaan energi. Ketidakseimbangan ini menyebabkan terganggunya fungsi sistem imun khususnya *cell mediated immunity* yang menyebabkan seorang individu lebih rentan terinfeksi TB paru (Nugraha, 2012).

WHO (2013) mengeluarkan *five guiding principles* yang merupakan sebuah aturan yang harus ditaati oleh penyedia layanan kesehatan sebagai dasar bagi pemenuhan nutrisi pasien TB untuk membantu proses penyembuhan dan pencegahan penularan. Salah satu poin penting dalam panduan tersebut adalah penderita TB yang teridentifikasi malnutrisi harus dilakukan pengkajian status gizi dan diperhatikan hal-hal lain yang mendukung pencapaian pemenuhan nutrisi termasuk kontrol berat badan dan pemenuhan nutrisi yang adekuat meliputi nutrisi makro dan mikro yang memadai.

Bentuk dukungan instrumental lainnya adalah menyediakan wadah khusus untuk menampung dahak pasien TB. Dari 7 partisipan yang diwawancarai, hanya 2 partisipan yang mengaku menyediakan wadah penampung dahak dengan memanfaatkan kaleng dan jerigen bekas di rumah mereka, walaupun dari hasil observasi ditemukan bahwa wadah tersebut tidak digunakan secara maksimal oleh penderita TB dan keluarga. Salah seorang informan lain mengatakan bahwa salah seorang jemaat diwilayah pelayanannya benar menyediakan kantong plastik disamping tempat tidurnya yang digunakan untuk membuang ludah atau dahaknya, kemudian diikat dan dibakar.

Petugas kesehatan juga membenarkan hal tersebut akan tetapi masih ada beberapa keluarga dan pasien yang menolak walaupun telah dijelaskan manfaat dan alasan mengapa keluarga harus menyediakan wadah penampung dahak. Penolakan keluarga dengan alasan jijik pada dahak yang tertampung di wadah tersebut. Pentingnya menyediakan wadah penampung dahak penderita di rumah bertujuan untuk mengisolasi dan meminimalkan resiko penularan dalam rumah penderita yang diakibatkan kebiasaan membuang ludah disembarang tempat.

Dukungan finansial diberikan oleh keluarga dengan cara menemani pasien mengambil obat ke puskesmas dan sedapat mungkin menyediakan biaya bagi perawatan sehari-hari dirumah. Tiga partisipan mengatakan mereka siap jika harus membiayai pengobatan anggota keluarganya. Selama pengobatan TB walaupun mereka mendapatkan bantuan biaya transport dari puskesmas akan tetapi untuk biaya operasional berkendara ke puskesmas misalnya membeli bahan bakar minyak untuk mengisi sepeda motor atau membayar ongkos ojek ke Puskesmas

masih harus ditanggung oleh keluarga. Petugas puskesmas mengatakan bahwa dana bantuan transportasi sebesar lima puluh ribu rupiah perbulan diberikan pada keluarga sebagai pengganti biaya transport ketika mengambil obat ke puskesmas, yang dibayarkan sesuai dengan masa pencairan dana tersebut sehingga tidak dibayarkan setiap bulan saat keluarga atau pasien datang mengambil obat.

Faktor ekonomi menjadi kendala bagi masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Hal ini disampaikan oleh salah satu informan lain yang menjabat sebagai tokoh adat di Kawangu, walaupun saat diberitahukan oleh peneliti bahwa pada saat ini pengobatan TB telah diberikan secara gratis oleh pemerintah dan keluarga memperoleh bantuan biaya transport, informan tetap mengatakan faktor kemiskinan masyarakat seringkali menjadi pertimbangan tersendiri bagi pasien dan keluarga untuk mendatangi Puskesmas. Pernyataan tokoh adat ini serupa dengan yang dikatakan oleh dokter Puskesmas Kawangu bahwa faktor ekonomi masyarakat ikut berpengaruh terhadap keaktifan pasien dan keluarga untuk datang kembali ke Puskesmas misalnya untuk mengantarkan dahak pada saat pemeriksaan S-P-S atau untuk mengambil obat setiap bulannya. Dokter tersebut mengungkapkan bahkan pasien dan keluarga masih susah untuk membeli makanan setiap harinya.

Menyiasati keadaan ekonomi masyarakat yang masih rendah, perawat puskesmas menceritakan kebijakan-kebijakan yang ditempuh seperti membawakan obat setiap bulan pada saat jadwal puskesmas keliling ke desa-desa yang jaraknya jauh dan sulit dijangkau, mengikutsertakan kader untuk membantu mengambil dahak dan mengantarkan ke puskesmas, hingga mendatangi setiap

rumah pasien jika pasien atau keluarga belum mengambil obatnya pada hari yang sudah dijadwalkan untuk mencegah terjadinya putus berobat.

Kemenkes (2014) menuliskan bahwa dalam era desentralisasi, pembiayaan program kesehatan termasuk pengendalian TB sangat bergantung pada alokasi dari pemerintah pusat dan daerah. Alokasi APBD untuk pengendalian TB secara umum masih rendah dikarenakan masih tingginya ketergantungan terhadap pendanaan dari donor internasional dan banyaknya masalah kesehatan masyarakat lainnya yang juga perlu didanai. Rendahnya komitmen politis untuk pengendalian TB merupakan ancaman bagi kesinambungan program pengendalian TB. Program pengendalian TB nasional semakin perlu penguatan kapasitas untuk melakukan advokasi dalam meningkatkan pembiayaan dari pusat maupun daerah, baik untuk pembiayaan program maupun biaya operasional lainnya sesuai kebutuhan daerah.

### 6.1.3 Kemampuan keluarga mengatasi hambatan

Secara harafiah istilah kemampuan berasal dari kata dasar mampu yang berarti sanggup melakukan sesuatu (KBBI Daring, 2014). Robbins & Judge (2013) mengatakan bahwa kemampuan adalah suatu kapasitas individu untuk melakukan tugas dalam pekerjaan tertentu, sedangkan hambatan diartikan sebagai halangan atau rintangan atau kendala. Hambatan dapat diartikan juga sebagai faktor atau keadaan yang membatasi, menghalangi atau mencegah pencapaian sasaran. KBBI Daring (2014) juga menuliskan bahwa hambatan diartikan sebagai kekuatan yang memaksa pembatalan pelaksanaan. Kemampuan keluarga mengatasi hambatan dalam penelitian ini adalah kapasitas keluarga dalam melaksanakan tugasnya merawat anggota keluarganya yang menderita sakit TB

atau daya yang dimiliki oleh keluarga dalam mengatasi rintangan yang menghalangi jalannya program pengobatan pasien.

Analisis data terhadap kemampuan keluarga mengatasi hambatan menghasilkan dua tema yaitu stresor dan mekanisme coping. Stresor dijabarkan dalam 2 ss tema yaitu rutinitas dan pengobatan, sedangkan mekanisme coping dijabarkan dalam 2 ss tema yaitu coping adaptif dan coping maladaptif.

### **Tema 5: Stresor**

Beberapa bentuk stresor yang diungkapkan oleh partisipan selama merawat anggota keluarga yang sedang menjalani pengobatan TB yaitu terganggunya rutinitas pekerjaan rumah sehari-hari dan kesibukan mengurus anak, lamanya waktu minum obat dan efek samping obat. Partisipan lain mengatakan merasakan hal yang sama tetapi bukan menjadi kendala bagi mereka.

Salah satu peserta diskusi membenarkan stresor ini dialami saat berhadapan dengan penderita TB dan keluarga merasa pengobatan TB selama 6 bulan merupakan waktu yang lama. Pengalaman tidak sembuh pada pengobatan sebelumnya menyebabkan adanya penolakan dari pasien untuk menjalani pengobatan berikutnya. Tenaga kesehatan di Puskesmas Kawangu menceritakan banyak pengalaman ketika menghadapi keluhan pasien dan keluarga tentang waktu pengobatan yang lama, efek samping obat, termasuk ukuran dan jumlah obat, bahkan ada pasien yang menghentikan minum obat karena merasa sudah sembuh dan merasa tidak harus melanjutkan minum obat hingga 6 bulan.

Stresor adalah agen pemrakarsa atau presipitasi yang menyebabkan terjadinya stres (Chrisman & Fowler, 1980 *cit* Friedman, 2014). Stres dalam

penelitian ini diartikan sebagai ketegangan dalam diri pasien atau keluarga yang merupakan reaksi terhadap timbulnya tekanan akibat sakit TB. Perubahan status kesehatan seseorang menjadi salah satu stresor bagi orang tersebut dan juga keluarganya. Pengobatan TB yang lama dan efek samping obat TB menjadi tambahan stresor berikutnya yang dirasakan oleh pasien dan keluarga. Rentang respon stres pasien TB dipengaruhi juga oleh besarnya dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga. Hal ini telah diteliti oleh Juliandri, dkk (2014) di Surabaya dan hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pasien yang memperoleh dukungan sosial sedang mempunyai kualitas hidup yang juga sedang. Hal tersebut terlihat dari data yang diperoleh bahwa semakin sedikitnya dukungan sosial yang dirasakan oleh pasien maka semakin berpengaruh terhadap penurunan kualitas hidupnya. Sedangkan pada *copping stress* pasien, sebagian besar pasien mampu mengatasi stresnya dalam kategori sedang. Hal ini menyebabkan adanya perubahan pada kualitas hidup.

Antari (2013) *cit* Juliandri (2014) mengatakan dukungan sosial yang rendah pada penderita penyakit kronik dapat mempengaruhi tingkah laku individu, seperti peningkatan rasa stres, tidak berdaya dan putus asa, hal-hal tersebut yang pada akhirnya menurunkan status kesehatan. Menurunnya status kesehatan berarti menurunnya kualitas hidup penderita.

Virginia (2013) menuliskan bahwa seorang penderita TB dapat disembuhkan asalkan berobat secara teratur dan rutin selama 6 hingga 12 bulan atau lebih. Sangat penting bagi setiap penderita TB menyelesaikan program pengobatannya. Jika penderita TB menghentikan pengobatannya sebelum waktu

yang ditetapkan maka ia akan sakit lagi dan mengalami resistensi obat. TB dengan resistensi obat lebih sulit untuk disembuhkan dan menghabiskan waktu lebih lama serta biaya yang lebih mahal.

### **Tema 6: Mekanisme koping**

Koping merupakan upaya pemecahan masalah yang dihadapi oleh individu dengan tuntutan yang sangat relevan dengan kesejahteraannya (Lazarus, dkk, 1974 *cit* Friedman, 2014). Koping keluarga menunjukkan tingkat analisis kelompok keluarga sebagai proses aktif saat keluarga memanfaatkan sumber keluarga yang ada dan mengembangkan perilaku serta sumber baru yang akan memperkuat unit keluarga dan mengurangi dampak peristiwa hidup yang penuh stres (McCubbin, 1979 *cit* Friedman, 2014).

Bentuk mekanisme koping dalam penelitian ini dijabarkan menjadi 2 ss tema yaitu koping adaptif dan koping maladaptif. Koping adaptif keluarga yang terurai dari hasil wawancara yaitu mengatur waktu dengan baik untuk mengerjakan rutinitas harian dan tetap merawat anggota keluarga yang sedang sakit TB, menjaga stamina tubuh anggota keluarga lain selain anggota keluarga yang sedang sakit, tetap yakin kepada Tuhan dan terus berdoa, tetap memiliki harapan akan kesembuhan anggota keluarganya yang sedang sakit dan respon pasien yang positif selama dalam program pengobatan TB.

Hal serupa disampaikan oleh seorang peserta diskusi bahwa mereka mengharapkan kesembuhan saudaranya yang menderita TB dan yang bersangkutan juga yakin dapat sembuh melalui pengobatan yang sedang dijalannya saat itu. Sama halnya yang disampaikan oleh seorang tenaga kesehatan

Puskesmas Kawangu bahwa pasien dan keluarga juga berdoa bersama dengan tim doa dari agamanya untuk meminta kesembuhan kepada Tuhan. Dua tokoh agama yang diwawancarai mengatakan walaupun mereka tidak pernah dilibatkan secara langsung oleh Puskesmas dalam program penjarangan suspek atau pengobatan TB di masyarakat pelayanan mereka tetapi pada dasarnya tidak ada ajaran agama Kristen Protestan maupun Katolik yang bertentangan dengan prinsip dan program pengobatan TB.

Peneliti mengamati respon adaptif setiap keluarga berbeda-beda tergantung sudut pandang keluarga dan nilai-nilai yang dianut oleh keluarga seperti agama yang dianut oleh keluarga tersebut dan suku budaya mereka. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Friedman (2014) bahwa perbedaan situasi dan masalah ikut mempengaruhi respon adaptif. Jika anggota keluarga yang menderita TB adalah anak-anak maka respon yang diberikan keluarga akan berbeda jika yang menderita TB adalah orang dewasa, terutama jika yang menderita TB adalah kepala keluarga dalam rumah tersebut.

Bentuk mekanisme koping maladaptif yang dilakukan oleh keluarga adalah mencari pengobatan alternatif, menolak diagnosa medis dan menyangkal. Tiga dari 7 partisipan mengungkapkan respon yang pernah dilakukan yaitu mencari pengobatan alternatif ketika mengetahui ada anggota keluarga mereka yang menderita TB. Pengobatan alternatif yang dimaksud misalnya meminta obat dari orang yang dianggap mengerti pengobatan *luar* atau alternatif, meminta air putih yang telah didoakan oleh “*orang pintar*” atau mencari dukun untuk mengetahui penyebab sakit yang diderita.

Tindakan pasien dan keluarga yang demikian dibenarkan oleh 2 petugas kesehatan dan 3 informan lain bahwa masih banyak masyarakat yang mencari alternatif pengobatan lain sebelum memeriksakan diri ke dokter atau layanan kesehatan. Dari hasil diskusi didapatkan pendapat yang berlawanan dari pernyataan diatas bahwa yang dimaksudkan oleh masyarakat adalah mencari solusi pengobatan dengan obat-obat herbal tradisional dan bukannya ke dukun untuk mencari pengobatan yang bersifat gaib. Bentuk pengobatan tradisional yang di maksud seperti minuman obat yang diracik dari daun-daun tertentu, akar atau kulit pohon tertentu yang sebelumnya direbus terlebih dahulu, campuran telur dan madu yang diberikan kepada pasien setiap hari, semburan ke dada pasien menggunakan biji merica yang telah dikunyah sebelumnya oleh penyembur, atau bawang merah yang dihaluskan kemudian ditempelkan di dada pasien.

Informan lain dalam penelitian ini yang adalah salah satu tokoh adat di Kawangu mengatakan hal ini sudah menjadi tradisi yang telah ada dimasyarakat Sumba Timur sejak dulu. Dikatakannya bahwa masyarakat memilih pengobatan tradisional jika merasa pengobatan medis tidak mampu mengatasi sakit yang diderita atau karena tidak ada biaya untuk mengakses layanan medis. Pendapat tokoh adat tersebut sesuai dengan penelitian Ana (2012) yang mengatakan obat tradisional telah lama dikenal dan digunakan oleh masyarakat Indonesia. Obat tradisional lebih mudah diterima oleh masyarakat karena selain telah akrab dengan masyarakat, obat ini lebih murah dan lebih mudah didapat. Banyak orang yang beranggapan bahwa penggunaan obat tanaman obat tradisional relatif lebih aman dibandingkan obat sintesis, walaupun demikian bukan berarti tanaman obat

atau obat tradisional tidak memiliki efek samping yang merugikan bila penggunaannya kurang tepat. Ana (2012) menuliskan agar penggunaannya optimal perlu diketahui informasi yang memadai tentang kelebihan dan kelemahan serta kemungkinan penyalahgunaan obat tradisional dan tanaman obat.

Sesuai dengan pernyataan Ana (2012) tersebut, saat ini ilmu kedokteran mengembangkan pengetahuan pengobatan tradisional dan menggabungkannya dengan pengetahuan kedokteran modern yang disebut sebagai terapi komplementer. Widyatuti (2008) mengatakan terapi komplementer akhir-akhir ini menjadi isu di banyak negara. Masyarakat menggunakan terapi ini dengan alasan keyakinan, keuangan, reaksi obat kimia dan tingkat kesembuhan.

Selain pengobatan alternatif, respon maladaptif keluarga yang lain yaitu menolak diagnosa dan menyangkal menderita TB. Hal ini diakui oleh tenaga kesehatan, kader dan informan lain. Penolakan dari pasien dan keluarga menjadi kendala utama dari suksesnya pengobatan TB. Keadaan ini serupa dengan sebuah *pilot project* yang dilakukan oleh Truzyan dkk (2013) yang menjelaskan adanya fenomena penolakan pasien dan keluarga terhadap diagnosa medis dan pengobatan TB yang disebabkan kurangnya pengetahuan yang mempengaruhi ketakutan dan kecemasan pasien serta keluarga terhadap bahaya penyakit TB.

Penting juga untuk diketahui oleh tenaga kesehatan dan penyedia layanan kesehatan bahwa gagalnya pengobatan TB tidak hanya disebabkan kurangnya pengetahuan pasien, rendahnya sikap dan kepatuhan berobat pasien atau hal lain yang berhubungan dengan pasien dan keluarga. WHO (2013) menuliskan bahwa tidak adekuatnya *treatment* TB disebabkan oleh 3 hal yaitu dokter, obat dan

pasien. <sup>1</sup>Dokter akan menjadi penyebab tidak adekuatnya pengobatan TB jika dokter menggunakan pedoman yang tidak sesuai, atau tidak patuh terhadap pedoman standar yang ditetapkan bahkan jika dokter tidak memiliki pedoman dalam memberikan *treatment*. <sup>2</sup>Obat sebagai penyebab tidak adekuatnya pengobatan TB jika obat tersebut memiliki kualitas yang rendah, penyaluran yang tidak teratur, dosis atau kombinasi obat yang salah atau obat yang diberikan tidak cocok karena adanya resistensi obat, sedangkan <sup>3</sup>pasien sebagai penyebab tidak adekuatnya pengobatan jika pasien tidak memiliki informasi yang cukup baik, kendala keuangan untuk biaya pengobatan atau transportasi mengakses layanan kesehatan, adanya efek samping obat yang dirasakan atau diduga, kurangnya komitmen terhadap lamanya waktu pengobatan, malabsorpsi dan hambatan sosial.

Petugas kesehatan mengatakan bahwa pada umumnya masyarakat menerima petugas kesehatan dengan sangat *welcome* sekalipun akhirnya obat yang diberikan tidak diminum. Demikian pula yang diungkapkan oleh tokoh agama bahwa masyarakat menerima petugas kesehatan, walaupun ada penolakan tetapi tidak secara langsung dilontarkan oleh masyarakat. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Pratiwi (2012) yang menuliskan bahwa kepercayaan masyarakat Rote Ndao masih tergantung pada petugas kesehatan. Sama halnya dengan kepercayaan masyarakat Sumba Timur terhadap konsep sehat dan sakit yang masih tergantung pada petugas kesehatan, oleh karenanya peneliti menilai jika petugas kesehatan menjalankan tugasnya dengan maksimal dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang kompeten maka penerimaan masyarakat akan lebih optimal, dalam artian masyarakat benar-benar dapat menerima petugas kesehatan

dan bersedia melakukan hal-hal yang dianjurkan petugas kesehatan karena adanya kemauan untuk mempertahankan kesehatan diri dan keluarganya.

#### 6.1.4 Nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga

Friedman (2014) menuliskan orientasi atau latar belakang kebudayaan keluarga dapat menjadi variabel yang paling berhubungan dalam memahami perilaku keluarga, sistem nilai dan fungsi keluarga, karena kebudayaan menembus dan mengitari tindakan individu, keluarga dan sosial. Konsekuensinya pervasif dan implikasi pada praktek menjadi luas. Tujuh partisipan yang diwawancarai berasal dari suku sumba, suku sabu dan campuran sumba sabu karena adanya pertalian perkawinan. Nilai-nilai sosial budaya yang teridentifikasi dari hasil wawancara dijabarkan peneliti dalam 1 tema yaitu stigma.

#### **Tema 7: Stigma**

Stigma dalam penelitian ini dirincikan dalam 3 sub tema yaitu pandangan masyarakat terhadap penyakit TB, penyebab penyakit TB dan penderita TB. Seorang partisipan mengatakan penyebab TB mungkin akibat tidak selesainya adat istiadat perkawinan (karma adat), 6 partisipan mengatakan TB disebabkan keturunan yang diperoleh dari garis keluarga sebelumnya dan 2 partisipan meyakini sakit TB dapat dipengaruhi ilmu hitam.

Stigma lain tentang penyakit TB yang teridentifikasi dalam wawancara yaitu 3 partisipan menganggap TB sebagai penyakit menular yang mematikan dan tidak dapat disembuhkan. Lima partisipan menceritakan adanya anggapan

masyarakat terhadap penderita TB bahwa mereka yang menderita TB harus dijauhi dan dikucilkan.

Diskusi kelompok bersama kader mendapatkan hasil bahwa anggapan dikucilkan sebenarnya bukan saja berasal dari masyarakat akan tetapi adanya label yang diberikan kepada penderita TB seperti “*sakit 3 huruf*” atau “*minum obat proyek*” dan respon keluarga yang memisahkan peralatan dan makanan minuman pasien membuat pasien merasa minder dan menarik diri dari pergaulan. Selain itu adanya perasaan takut menulari anggota keluarga lain atau masyarakat sekitar membuat stigma tentang penyakit TB adalah penyakit yang tidak disembuhkan dan mematikan semakin kuat dirasakan oleh masyarakat.

Stigma yang diungkapkan partisipan ini sama dengan hasil penelitian Pratiwi, dkk (2012) di Kota Pariaman, Kabupaten Lombok Barat dan Kabupaten Rote Ndao NTT bahwa label penyakit *hossa* menjadi sebutan masyarakat Rote Ndao bagi penderita TB, masyarakat Pariaman menganggap TB adalah penyakit akibat “*tamakan*” guna-guna orang lain yang tidak senang, sedangkan di kota Lombok Barat stigma takut dan malu sebagai penderita TB karena masyarakat menganggapnya sebagai penyakit *batuk kering 40 hari* atau *batuk lama*.

Hal ini sejalan dengan hasil *systematic review* yang dilakukan Chang & Cataldo (2014) tentang pengetahuan, sikap dan respon kesehatan tentang TB secara global terhadap 83 studi dari 1268 studi yang relevan. Minimnya pengetahuan warga di beberapa negara menyebabkan timbulnya stigma dan pandangan negatif tentang TB dan pasien TB, seperti di Kenya, TB dipercaya disebabkan paparan udara dingin, atau di Haiti, TB dipercaya akibat dari makanan

yang tercemar. Kenya, Uganda dan Vietnam juga memiliki pandangan TB disebabkan faktor keturunan. Di banyak negara, adanya label atau sebutan khusus bagi penderita TB seperti "*chebuonit*" atau "*kifua kikuu*" di Kenya, "*weak lung*" di Philipina, atau "*lay category bird*" di Etiopia, sedangkan Negara Ruanda, Uganda dan Etiopia mempercayai bahwa TB disebabkan oleh supranatural dan berhubungan dengan "*evil eye*".

Informan lain mengungkapkan adanya stigma yang berkembang dimasyarakat menjadikan alasan bagi pasien untuk menyangkal keluhan yang dialami sebagai tanda dan gejala penyakit TB. Ketakutan akan dijauhi dan dikucilkan jika dikatakan menderita sakit TB seringkali menjadi alasan keterlambatan pengobatan TB. Hal senada juga disampaikan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Kawangu. Dokter puskesmas pernah secara tidak sengaja menemukan kasus putus berobat ketika pasien TB mengunjungi poliklinik puskesmas untuk berobat keluhan sakitnya yang lain dan bukannya datang mengambil obat lanjutan TB.

Kondisi diatas sejalan dengan penelitian yang dilakukan Anand, dkk (2014) di Delhi dengan metode *interview* terhadap 300 pasien TB dan 21 pasien TB diantaranya mengatakan mereka terlambat memeriksakan diri ke layanan kesehatan dikarenakan persepsi terhadap stigma penyakit TB, 34 pasien mengatakan adanya perilaku negatif dari keluarga terhadap mereka sejak terdiagnosa TB, dan 40% dari responden mengatakan mereka dikucilkan karena menderita TB. Pengalaman perubahan perilaku negatif dari kolega atau

lingkungan tempat kerja dikeluhkan juga oleh 23 dari 36 responden yang menjadi pekerja kantor (65,5%).

## 6.2 Interpretasi Hasil Penelitian Pada Teori Sistem Keluarga

Keluarga merupakan sebuah unit pelayanan dasar di masyarakat oleh karenanya keluarga juga merupakan perawat utama yang akan berperan banyak untuk menentukan pola asuhan yang diperlukan oleh anggota keluarganya yang sakit. Keluarga sebagai suatu sistem, akan terjadi interaksi, interelasi, dan interdependensi antara sub-sub didalam sistem keluarga. Keluarga juga merupakan sistem sosial karena terdiri atas kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai peran sosial yang berbeda dengan ciri saling berhubungan dan tergantung antar individu.

Sebagai suatu sistem, keluarga mempunyai komponen sistem yaitu masukan, proses, keluaran, umpan balik dan lingkungan. Penelitian ini mendapati pengetahuan dan persepsi keluarga tentang TB, hambatan-hambatan yang ditemui pasien dan keluarga selama pengobatan dan sumber-sumber dukungan sosial keluarga sebagai komponen masukan (*input*). Kurangnya informasi yang diperoleh keluarga dan pengalaman terkait penyakit TB menyebabkan kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit TB. Persepsi yang salah tentang penyakit TB mengakibatkan adanya penyangkalan terhadap diagnosa yang ditegakkan oleh dokter dan penolakan untuk terlibat dalam program pengobatan.

Masukan yang dimiliki oleh keluarga menjadi dasar berlangsungnya proses di dalam keluarga untuk melaksanakan fungsi dan tugas merawat anggota keluarga yang sakit. Mekanisme koping keluarga dalam mengatasi hambatan serta

memanfaatkan sumber dukungan bermanfaat untuk memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang sakit TB.

Sebagai sistem terbuka keluarga berinteraksi dengan lingkungan fisik, sosial dan budaya, dengan demikian keluarga dipengaruhi oleh lingkungan eksternal. Lingkungan disekitar keluarga mempengaruhi interaksi yang terjadi didalam keluarga, sejak masukan, proses hingga keluaran. Nilai-nilai sosial budaya yang ada di masyarakat turut menentukan nilai-nilai sosial budaya yang dianut oleh keluarga. Adanya stigma tentang penyakit TB dan anggapan yang salah terhadap penderita TB menjadi kendala tersendiri bagi pasien dan keluarga dalam mengakses layanan kesehatan, demikian pula halnya dengan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal dan komprehensif kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita TB.

Penelitian ini mendapatkan hasil bahwa kemandirian keluarga yang diteliti berada pada level kemandirian tingkat I dimana dari 7 kategori kemandirian keluarga, kategori pertama dan kedua terpenuhi oleh semua keluarga demikian pula halnya dengan kategori empat dan lima. Akan tetapi belum ada keluarga yang memenuhi kategori tiga, enam dan tujuh.

Keluarga menerima petugas puskesmas dan menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan tetapi keluarga tidak tahu dan tidak dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar. Sebagian keluarga telah memanfaatkan fasilitas pelayanan sesuai anjuran dan

melakukan perawatan sederhana sesuai yang dianjurkan walaupun mereka belum dapat melaksanakan tindakan pencegahan dan promotif secara aktif.

Umpan balik atau *feedback* merupakan kontrol dalam masukan dan proses yang berasal dari perilaku individu dan keluarga yang ditampakkan pada lingkungan atau masyarakat sekitarnya. Dalam penelitian ini teridentifikasi respon masyarakat terhadap perilaku pasien dan keluarga dan sebaliknya respon keluarga terhadap pandangan masyarakat.

Pola komunikasi yang terbentuk di dalam keluarga, aturan-aturan dalam keluarga dan perilaku anggota keluarga tidak terlepas dari adat-istiadat dan budaya masyarakat Sumba Timur. Hal ini menjadi karakteristik keluarga sebagai suatu sistem yang memiliki komponen sistem dan sub sistem yang saling berinteraksi.

### **6.3 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

- 1) *Transferability* untuk membuktikan kemampuan hasil penelitian dapat diterapkan pada tempat atau kelompok lain yang memiliki karakteristik serupa tidak dapat dilakukan oleh peneliti karena keterbatasan waktu penelitian.
- 2) Terbatasnya referensi tentang kemandirian keluarga dengan menggunakan pendekatan teori sistem keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB menyebabkan peneliti mengalami kesulitan dalam melakukan perbandingan hasil penelitian.

# BAB 7

## KESIMPULAN & SARAN

## **BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini menyajikan kesimpulan secara keseluruhan dari penelitian yang telah dilakukan dan saran bagi pihak-pihak terkait berhubungan dengan hasil penelitian yang didapatkan.

### **7.1 Kesimpulan**

- 1) Persepsi keluarga tentang penyakit TB menggambarkan kurangnya pengetahuan keluarga tentang konsep penyakit TB, penyebab, cara penularan dan pencegahan TB didalam keluarga.
- 2) Dukungan yang diberikan keluarga belum optimal dikarenakan terbatasnya pengetahuan keluarga, sarana prasarana dalam rumah dan keterbatasan kemampuan finansial keluarga.
- 3) Mekanisme koping yang digunakan oleh keluarga yaitu mekanisme koping adaptif dan maladaptif.
- 4) Adanya label sosial terhadap penderita TB dan stigma yang kuat dalam masyarakat tentang penyakit TB menyebabkan pasien dan keluarga merasa diasingkan.
- 5) Kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB berada pada Kemandirian Tingkat I.

## 7.2 Saran

- 1) Keluarga diharapkan mampu memanfaatkan sumber-sumber pendukung dalam keluarga dan pelayanan kesehatan yang ada dalam merawat anggota keluarga yang menderita sakit TB.
- 2) Perawat sebagai tenaga kesehatan diharapkan mampu menerapkan prosedur tetap yang ada secara efisien dan mampu mengaplikasikan keperawatan secara komprehensif dengan memperhatikan peningkatan pengetahuan serta perilaku pasien dan keluarga yang menunjang keberhasilan pencapaian tujuan asuhan keperawatan pada pasien yang menderita sakit TB.
- 3) Puskesmas sebagai penyelenggara kesehatan terdepan di tengah masyarakat diharapkan mampu meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan secara komprehensif dan tepat sasaran terutama dalam pencegahan, penanganan dan pemberantasan TB di masyarakat. Puskesmas diharapkan dapat meningkatkan keterlibatan Tokoh-tokoh adat dan unsur lintas sektoral lainnya dalam mengatasi stigma di masyarakat dan memutuskan rantai penularan TB.
- 4) Diperlukan penelitian lebih lanjut dengan metode *action research* untuk mengatasi stigma masyarakat terhadap TB dengan melakukan pemberdayaan keluarga dan masyarakat.

# DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR PUSTAKA

- Afrizal, M.A., 2014. *Metode penelitian Kualitatif, sebuah upaya mendukung penggunaan penelitian kualitatif dalam berbagai disiplin ilmu*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Ana, Y. U., 2012. Tradisional Medicine. *Jurnal Ilmiah Keperawatan, online-journal.unja.ac.id* , Vol.1, no.1. Diakses pada tanggal 25 Juli 2015, jam 10.01 wib.
- Anand T, Kumar DA, Sharma N, Saha R, Krisnamurthy L, Singh SV & Ingle GK., 2014. Perception of stigma towards TB among patients on DOTS & patients attending general OPD in delhi. *The Indian Journal of Tuberculosis*, vol.61, hal.35-42. Diakses pada tanggal 5 Januari 2015, jam 11.20 wib.
- Agrina & Zulfitri, R., 2012. Efektifitas Asuhan Keperawatan Keluarga terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Mengatasi Masalah kesehatan Di Keluarga. *e-journal unri (jurnal ilmu-ilmu sosial dan ekonomi, lembaga penelitian Universitas Riau)*, vol.VII, hal.81-89. Diakses pada tanggal 5 Januari 2015, jam 13.07 wib.
- Arsin, A. A., Wahiduddin & Ansar, J., 2013. Gambaran Asupan Zat Gizi Dan Status Gizi Penderita TB Paru Di Kota Makasar. <http://repository.unhas.ac.id>.
- Chang, S.H. & Cataldo, J.K., 2014. A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. *International Journal of Tuberculosis & Lung Disease*, vol.18, hal.168-73. Diakses pada tanggal 5 Januari 2015, jam 10.40 wib.
- Chard, S. E., 2009. Routes to Government TB Treatment: Private Providers, Family Support, and the Process of TB Treatment Seeking among Ugandan Women. *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 23 (Issue 3), hal. 257-276. Diakses pada tanggal 26 mei 2014, jam 13.30 wib.
- Cohen, S., & Syme, S. L., 1985. *Social Support and Health*. San Francisco: Academic Press.

- Creswell, J.W., 2015. *Penelitian Kualitatif & Desai Riset: memilih diantara lima pendekatan*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Cresswell, J.W., 2010. *Research Design: Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif Dan Mixed*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Depkes, R.I., 2005. *Pharmaceutical care Untuk Penyakit Tuberculosis*. Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas Dan Klinik.
- Depkes, R.I., 2006. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes, R.I., 2006. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, No.279/MENKES/SK/IV/2006 tentang Pedoman penyelenggaraan Upaya keperawatan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dharma, K.K., 2011. *Metodologi Penelitian keperawatan, Panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. 1<sup>st</sup> edition. Jakarta: Trans Info Media.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur, 2014, Laporan Tahunan, Tidak di publikasikan.
- Dutt, A.K., 2006. Epidemiology And Host Factors. In D. Schlossberg, ed. *Tuberculosis And Nontuberculous Mycobacterial Infection*. 5<sup>th</sup> edition. Philadelphia,; McGraw-Hill.
- Fibriani, L.P., 2011. Hubungan Antara Sikap dengan perilaku Keluarga Tentang Pencegahan penyakit menular tuberculosis. *Jurnal Keperawatan*, Vol.01. hal.1-6. Diakses pada tanggal 9 September 2014, jam 11.10 wib.
- Fitryasari, R., 2009. *Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Anak dengan Autism Di Sekolah Kebutuhan Khusus Bangun Bangsa Surabaya*. Jakarta: Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia, Tesis.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R. & Jones, E.G., 2013. *Buku Ajar keperawatan Keluarga: Riset, teori & Praktik*. 5<sup>th</sup> edition. Jakarta: EGC.
- Horter, S., Stringer, B., Reynolds, L., Shoaib, M., Kasozi, S., Casas, E. C., et al., 2014. "Home is where the patient is": a qualitative analysis of a patient-centred model of care for multi-drug resistant tuberculosis. *BMC Health Services Research* , vol.14:81, hal.1-16. Diakses pada tanggal 29 Maret 2014, jam 02.06 wib.

- Hutari, S., 2014. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan, Pengetahuan Dan Status Gizi Dengan Pengobatan Tuberkulosis Paru Di Puskesmas Tuminting. *Open Journals Systems* , Vol.2, No.1.
- Judith Ann Allender, Cherie Rector, Kristine D. Warner., 2010. *Community Health Nursing: Promoting & Protecting the Public's Health*, 7<sup>th</sup> edition, China. Lippincott Williams & Wilkins
- Juliandari, N. M., Kusnanto & Hidayati, L., 2013. Hubungan Antara Dukungan Sosial Dan Koping Stres Dengan Kualitas Hidup Pasien TB Paru Di Puskesmas Perak Timur Surabaya. *journal.unair.ac.id*. Diakses pada tanggal 24 Juli 2015, jam 22.00 wib
- Kabongo, D. & Mash, B., 2010. Effectiveness Of Home-based Directly Observed treatment For Tuberculosis In Kweneng West Subdistrict, Bostwana. *African Journal Of Primary Health Care & family Medicine*, vol.2, hal.1-6. Diakses pada tanggal 25 Mei 2014, jam 16.53 wib.
- KBBI Daring, 2014. Kamus Besar Bahasa Indonesia Dalam Jaringan Online. *www.kbbi.com*, diakses pada tanggal 22 Juli 2015, jam 18.10 wib.
- Kemenkes, R., 2012. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2011*. Jakarta: Kemenkes RI Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes, R., 2013. *Program Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan.
- Kemenkes, R., 2014. *Pedoman Nasional Pengendalian TB*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Krech, D., S, R., Crutchfield & Ballachey, E. L., 1962. *Individual in society : text book of social psychology*. New York: McGrawHill.
- Kunoli, F.J., 2013. *Pengantar Epidemiologi Penyakit menular: Untuk Mahasiswa Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Marwansyah, 2012. *Pengaruh Pemberdayaan Keluarga Penderita TB Paru Terhadap Kemampuan Melaksanakan Tugas Kesehatan keluarga Di Wilayah Puskesmas Martapura Dan Istambul Kabupaten Banjar*. Surabaya: Tesis Universitas Airlangga.

- Moha, S.R., 2012. *Pengaruh Kondisi Fisik Rumah Terhadap kejadian Penyakit TB Paru Di Desa Pinolosian, Wilayah Kerja Puskesmas Pinolosian Kecamatan Pinolosian Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan*. www.google scholar.com. Diakses pada tanggal 22 September 2013, jam 21.20 wib.
- Mubarak, W.I. & Chayatin, N., 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas, Buku 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, W.I. & Chayatin, N., 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas, Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muhtar, 2013. *Pemberdayaan Keluarga Dalam Meningkatkan Self Efficacy Dan Self Activity Keluarga Dan penderita Tuberkulosis Paru Di Kota Bima Nusa Tenggara Barat*. Surabaya: Tesis Universitas Airlangga.
- Noor, N.N., 2013. *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmojo, 2007. *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pasek, M. S. & Satyawan, I. M., 2013. Hubungan Persepsi Dan Tingkat Pengetahuan Penderita TB Dengan Kepatuhan Pengobatan Di Kecamatan Buleleng. *Jurnal Pendidikan Indonesia*, Vol.2 (No.1), hal.145-152. Diakses pada tanggal 20 Juli 2014, jam 15.07 wib.
- Patilima, H. (2013). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Potter, P.A. & Perry, A.G., 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses Dan Praktik*. 4th ed. Jakarta: EGC.
- Pratiwi, N.L., R. B., Hargono, R. & Widya, N.E., 2012. Kemandirian Masyarakat Dalam Perilaku Pencegahan Penularan Penyakit TB Paru. *e-journal Litbang Depkes (Buletin Penelitian Sistem Kesehatan)*, vol.15, hal.162-69. Diakses pada tanggal 29 Maret 2014, jam 14.05 wib.
- Price, S.A. & Wilson, L.M., 2006. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. 2<sup>nd</sup> edition. Jakarta: EGC.

- Raza, S., Sarfaraz, M. & Ahmad, M., 2012. Practice of family and non-family based directly observed treatment for tuberculosis in Pakistan: A retrospective cohort study. *the Health journal*, vol.3 (issue 2), pp. hal.39-44.
- Robbins, S. P., & Judge, T. A., 2013. *Organizational Behavior, 15th Edition*. San Diego: Prentice Hall International, Inc.
- Rundi, C., 2010. Understanding Tuberculosis: Perspective and Experiences of the People of Sabah, East Malaysia. *Journal of Health Population & Nutrition (JHPN)* , vo.28, hal.114-123. Diakses pada tanggal 23 Mei 2014, jam 14.44wib.
- Sjahttar, E.L., Nurrahmah, E., Bahar, B. & Wahyuni, S., 2011. Pengaruh Penerapan Model Keluarga Untuk keluarga Terhadap kemandirian Keluarga Merawat Penderita TB Paru Peserta DOTS Di Makasar. *JST Kesehatan*, vol.I, hal.1-9. Diakses pada tanggal 29 Maret 2014, jam 02.06wib.
- Schlossberg, D., 2006. *Tuberculosis & Nontuberculosis Mycobacterial Infection*. 5th Edition penyunt. New York: McGraw-Hill, Medical Publishing Division.
- Sudiharto, 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2014). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Suparyanto., 2012. Konsep Pengetahuan dan Dukungan Sosial. *dr-suparyanto.blogspot.com*. Diakses pada tanggal 23 Juli 2015, jam 11.15 wib.
- Telaumbanua, N., 2012. Konsep Pengetahuan. *repository.usu.ac.id*, hal.7-16. Diakses pada tanggal 24 Juli 2015, jam 14.15 wib.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R., 2010. *Nursing Theorist And Their Work*. 7<sup>th</sup> ed. Missouri: Mosby Inc.
- Truzyan N, Harutyunyan Tsovinar, Koshkakyaryan Marianna, Grogoryan Ruzanna, Tradevosyan Meri, Hripsime Martirosyan, Crape Byron & Petrosyan Varduhi., 2013. Household TB Infection Control Pilot Project: Counseling for TB Patients and Their Family Members. *Yerevan: www.google scholar.com School of Public Health, American University of Armenia*. Diakses pada tanggal 06 Juni 2014, jam 22.25 wib.

- Virginia Health Government., 2013. Facts about Tuberculosis (TB). *www.vdh.virgina.gov*. Diakses pada tanggal 23 November 2015, jam 08.51 wib.
- Vukovic, D., Nagorni-Obradovic, L., & V.Bjegovic., 2008. Knowledge and Misconceptions of Tuberculosis in the General Population in Serbia. *European Journal of Clinical Microbiology Infectious Disease*, Vol.27, hal.761-767. Diakses pada tanggal 23 Mei 2014, jam 14.45 wib.
- WHO, 2013. *Global Tuberculosis Report 2013*. *www.who.int*. Diakses pada tanggal 24 November 2013, jam 00.16 wib.
- WHO, 2014. *The Millennium Development Goals Report 2014*. New York: United Nation.
- Widoyono, 2011. *Penyakit Tropis: Epidemiologi, penularan, Pencegahan & pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga.
- Widyatuti., 2008. Terapi Komplementer Dalam Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 12, No. 1, hal 53-57. Diakses pada tanggal 25 Juli 2015, jam 09.36 wib.
- Wulandari, P., 2011. *Pengaruh Tingkat pendidikan Dan Pengetahuan Tentang Tuberkulosis Paru Dengan Keteraturan Minum Obat Anti Tuberkulosis Pada Penderita Tuberkulosis Paru Di Poli Paru RSUP.H.Adam Malik*. Medan: Skripsi.

# LAMPIRAN

# LAMPIRAN-LAMPIRAN



UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752  
Website <http://ners.unair.ac.id> | email : [dekan@fkp.unair.ac.id](mailto:dekan@fkp.unair.ac.id)

Surabaya, 30 Maret 2015

Nomor : 137 /UN3.1.12/PPd/S2/2015  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.  
Kepala Badan Penanaman Modal & Ijin Terpadu  
di –  
empat

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan 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 : Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, S.Kep.Ns  
NIM : 131314153024  
Judul Penelitian : Kemandirian keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita TB di Wilayah kerja Puskesmas Kawangu Kab. Sumba Timur.  
Tempat : Puskesmas Kawangu

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n. Dekan

Wakil Dekan I



Yosephina Elizabeth, SKp. M.Kep

NIP 1904242006042002

Tembusan :

1. Kepala Bakesbangpol Linmas Kab. Sumba Timur
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Sumba Timur
3. Kepala Puskesmas Kawangu



PEMERINTAH KABUPATEN SUMBA TIMUR  
BADAN PENANAMAN MODAL dan PELAYANAN PERIZINAN  
(Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu/ PTSP)

Jl. Jend. Soeharto No 42. Tlp. 0387-61793

WAINGAPU

**SURAT IZIN PENELITIAN**

Nomor : 49/BPMPP-IP/IV/2015

Menanggapi surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomor: 137/UN3.1.12/PPd/S2/2015, tanggal 30 Maret 2015, Perihal Izin Penelitian, dengan ini kepala BPMPP Kabupaten Sumba Timur memberikan Izin Penelitian kepada:

Nama : Yosephina Elisabeth Sumartini Gunawan, S.Kep.Ns  
NIM : 131314153024  
Jurusan/Prodi : Magister Keperawatan  
Kebangsaan : Indonesia

Untuk melaksanakan penelitian dengan judul sebagai berikut :

“Kemandirian Keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita TB di wilayah kerja Puskesmas kawangu Kabupaten Sumba Timur”

Jangka Waktu : 1 (satu) Bulan  
Lokasi Penelitian : Puskesmas Kawangu  
Penanggungjawab : Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Bagi para pihak yang terkait penelitian ini dimintakan untuk memberikan dukungan dan atau data yang diperlukan.

Peneliti diharapkan :

1. Menghormati dan mentaati peraturan / ketentuan yang berlaku pada instansi yang dituju.
2. Menghormati kebiasaan budaya masyarakat di lokasi penelitian.
3. Melaporkan hasil penelitian kepada Bupati Cq Kepala BPMPP Kabupaten Sumba Timur.

Waingapu, 14 April 2015

 Kepala BPMPP  
Kabupaten Sumba Timur,

BADAN PENANAMAN MODAL  
dan PELAYANAN PERIZINAN  
(BPMPP)

  
**Franky Ranggambani, S. STP, M. Si**

Pembina Tk. I

NIP. 19770926 199612 1 001

Tembusan disampaikan dengan hormat kepada :

1. Bapak Bupati Sumba Timur di Waingapu;
2. Kepala Kesbangpol Kab. Sumba Timur di Waingapu;
3. Kepala Dinas Kesehatan Waingapu di Waingapu;
4. Kepala Puskesmas Kawangu di kawangu;
5. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya di Surabaya;
6. Pertinggal.

YOSIS

KEMANDIRIAN KELUARGA...

YOSEPHINA ELIZABETH



**PEMERINTAH KABUPATEN SUMBA TIMUR**  
**DINAS KESEHATAN**

Jl. R. Soeprapto No. 22 Telp. (0387) 61050 Fax. (0387) 62250  
E-mail: [dinkes.sumbatimur@yahoo.com](mailto:dinkes.sumbatimur@yahoo.com) Homepage: [www.dinkes-kabsumtim.web.id](http://www.dinkes-kabsumtim.web.id)

**WAINGAPU**

Nomor : Dinkes.440/ 1.764 /IV/2015

Waingapu, 14 April 2015

Lampiran : -

Perihal : Ijin Penelitian

Kepada

Yth. Kepala Puskesmas Kawangu

Di-

Tempat

Sesuai Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomor: 137/UN3.1.12/PPd/S2/2015 Tanggal 30 Maret 2015 Perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan-FKp Unair, maka dengan ini kami sampaikan kepada Saudara agar dapat memfasilitasi mahasiswa yang akan melaksanakan penelitian di wilayah kerja Saudara atas nama:

Nama : Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, S.Kep,Ns

NIM : 131314153024

Judul Penelitian : Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga yang Menderita TB di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu Kab. Sumba Timur

Tempat : Puskesmas Kawangu

Demikian untuk maklum, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

a.n. Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Sumba Timur;  
Sekretaris,

**Lapu Rengga Yina, SKM**

Pembina Tk.I

NIP. 196305261983031006

Tembusan disampaikan dengan hormat kepada:

1. Kepala Kesbangpol Kabupaten Sumba Timur di Waingapu.
2. Kepala Badan Penanaman Modal dan Pelayanan Perizinan Kabupaten Sumba Timur di Waingapu.
3. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya di Surabaya.
4. Arsip.



**DINAS KESEHATAN KABUPATEN SUMBA TIMUR**  
**PUSKESMAS KAWANGU**  
**Jl. Nusa Cendana Kelurahan Kawangu**  
**KECAMATAN PANDAWAI**

**SURAT KETERANGAN**

Nomor: 442/pusk.Kwg/IV/2015

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yohanes M.Luhadu, SKM.  
NIP : 19640328 198503 1 013  
Jabatan : Kepala Puskesmas Kawangu

dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan  
NIM : 131314153024  
Perkerjaan : Mahasiswa  
Judul Penelitian : "Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga Yang Menderita TB di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu Kabupaten Sumba Timur"

diberikan **ijin untuk melakukan penelitian** di wilayah kerja Puskesmas Kawangu mulai tanggal 20 April 2015 hingga selesai.

Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kawangu, 17 April 2015

Mengetahui,  
Kepala Puskesmas Kawangu



Yohanes M.Luhadu, SKM.  
NIP. 19640328 198503 1 013



DINAS KESEHATAN KABUPATEN SUMBA TIMUR  
**PUSKESMAS KAWANGU**  
Jl. Nusa Cendana Kelurahan Kawangu  
KECAMATAN PANDAWAI

**SURAT KETERANGAN**

Nomor: 738/pusk.Kwg/VI/2015

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yohanes M.Luhadu, SKM.  
NIP : 19640328 198503 1 013  
Jabatan : Kepala Puskesmas Kawangu

dengan ini menerangkan bahwa:

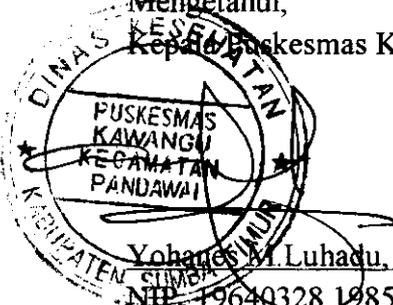
Nama : Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan  
NIM : 131314153024  
Perkerjaan : Mahasiswa  
Judul Penelitian : “Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan  
Anggota Keluarga Yang Menderita TB di Wilayah Kerja  
Puskesmas Kawangu Kabupaten Sumba Timur”

yang bersangkutan telah selesai melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kawangu pada tanggal 12 Juni 2015.

Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kawangu, 13 Juni 2015

Mengetahui,  
Kepala Puskesmas Kawangu

  
Yohanes M.Luhadu, SKM.  
NIP. 19640328 198503 1 013



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH AIRLANGGA UNIVERSITY**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL  
"ETHICAL APPROVAL"**

No : 111-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Faculty of Public Health Airlangga University, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**"KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM PERAWATAN KESEHATAN  
ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA TB  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KAWANGU KABUPATEN SUMBA TIMUR"**

**Peneliti utama** : Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, S.Kep.,Ns.  
*Principal Investigator*

**Nama Institusi** : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
*Name of the Institution*

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.  
*And approved the above-mentioned protocol*

Surabaya, 13 April 2015  
Ketua (Chairman)  
KEPK  
FKM-UN  
Prof. Bambang W., dr., M.S., M.CN., Ph.D., Sp.GK.  
NIP. 19490320 197703 1 002

*Lampiran 5***SURAT PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN  
(KELUARGA PASIEN)**

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara/Saudari,

Salam sejahtera,

Saya Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang: **“Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga Yang Menderita TB Di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu, Kabupaten Sumba Timur”**. Penelitian ini dilaksanakan dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir Ilmiah (Tesis) pada pendidikan Magister Keperawatan yang saat ini sedang di tempuh oleh peneliti. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran kemandirian keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita penyakit TB.

Penelitian ini akan dilaksanakan selama kurang lebih 8 minggu. Dalam penelitian ini, anda akan berperan sebagai partisipan yang akan diwawancarai secara mendalam oleh peneliti secara perorangan untuk memperoleh gambaran akan fenomena yang diteliti yaitu kemandirian keluarga dengan menekankan pada pengalaman, dukungan, proses sosial atau aspek budaya yang dialami oleh keluarga selama merawat anggota keluarga yang menderita penyakit TB.

Wawancara akan dilaksanakan dalam satu kali pertemuan selama 30-60 menit sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat. Jika ditemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan wawancara kedua dengan waktu yang ditetapkan kemudian. Proses wawancara akan didokumentasikan dengan alat perekam (MP4) dan catatan lapangan untuk membantu kelancaran pengumpulan data.

Peneliti juga akan melakukan observasi terhadap kemandirian keluarga dalam memberikan perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita TB. Observasi dilakukan peneliti pada saat melakukan wawancara dan kunjungan rumah dalam rangka memvalidasi data verbatim.

Keuntungan yang dapat diperoleh keluarga adalah dapat memperoleh masukan dan informasi dalam meningkatkan peran keluarga untuk mendukung proses penyembuhan anggota keluarga yang menderita TB. Keluarga akan mendapatkan souvenir diakhir penelitian sebagai bentuk ucapan terima kasih

Peneliti atas partisipasi keluarga dalam penelitian ini berupa waslap, sputum pot dan sembako.

Adapun alamat saya yang dapat dihubungi berkaitan dengan penelitian ini adalah:

Yosephina E.S.Gunawan (Betty),  
Program Studi Keperawatan Waingapu,  
Jl.Adam malik No.126, Km.6, Waingapu.  
Telp.kantor (0387) 61715 / Hp. 082145563755

Saya menjamin segala kerahasiaan selama proses penelitian ini dan tidak ada pemaksaan dalam keterlibatan atau partisipasi keluarga dalam melaksanakan penelitian ini. Data penelitian ini akan saya simpan selama 5 tahun dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan.

Dengan penjelasan diatas, saya mengharapkan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dapat mempertimbangkan dan memberikan keputusan menjadi partisipan dalam penelitian ini secara sukarela dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Jika Bapak/Ibu/Saudara/Saudari bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini, kami mempersilahkan menandatangani surat permohonan menjadi partisipan dan surat kesediaan menjadi partisipan sebagai bukti bagi kami bahwa unsur etika penelitian telah dilaksanakan. Surat-surat ini hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian saja.

Atas kesediaan dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Waingapu, April 2015

Hormat saya,

Yosephina E.S.Gunawan  
Telp.082145563755

**Lampiran 6****SURAT PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN****(FGD)**

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara/Saudari,

Salam sejahtera,

Saya Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang: **“Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga Yang Menderita TB Di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu, Kabupaten Sumba Timur”**. Penelitian ini dilaksanakan dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir Ilmiah (Tesis) pada pendidikan Magister Keperawatan yang saat ini sedang di tempuh oleh peneliti. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran kemandirian keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita penyakit TB.

Penelitian ini akan dilaksanakan selama kurang lebih 8 minggu. Dalam penelitian ini, anda akan berperan sebagai partisipan dalam kelompok *Focus Group Discussion* (FGD) yang akan difasilitasi oleh peneliti untuk memperoleh gambaran akan fenomena yang diteliti yaitu kemandirian keluarga dengan menekankan pada pengalaman, dukungan, proses sosial atau aspek budaya yang dialami oleh keluarga selama merawat anggota keluarga yang menderita penyakit TB.

Diskusi akan dilaksanakan dalam satu kali pertemuan selama kurang lebih 60 menit sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat. Jika ditemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan diskusi kedua dengan waktu yang ditetapkan kemudian. Proses wawancara akan didokumentasikan dengan alat perekam (MP4) dan catatan lapangan untuk membantu kelancaran pengumpulan data.

Keuntungan yang dapat diperoleh partisipan adalah dapat memperoleh masukan dan informasi dalam meningkatkan peran keluarga untuk mendukung proses penyembuhan anggota keluarga yang menderita TB. Keluarga akan mendapatkan souvenir diakhir penelitian sebagai bentuk ucapan terima kasih Peneliti atas partisipasi keluarga dalam penelitian ini berupa waslap dan sembako.

Adapun alamat saya yang dapat dihubungi berkaitan dengan penelitian ini adalah:

Yosephina E.S.Gunawan (Betty),  
Program Studi Keperawatan Waingapu,  
Jl.Adam malik No.126, Km.6, Waingapu.  
Telp.kantor (0387) 61715 / Hp. 082145563755

Saya menjamin segala kerahasiaan selama proses penelitian ini dan tidak ada pemaksaan dalam keterlibatan atau partisipasi keluarga dalam melaksanakan penelitian ini. Data penelitian ini akan saya simpan selama 5 tahun dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan.

Dengan penjelasan diatas, saya mengharapkan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dapat mempertimbangkan dan memberikan keputusan menjadi partisipan dalam penelitian ini secara sukarela dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Jika Bapak/Ibu/Saudara/Saudari bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini, kami mempersilahkan menandatangani surat permohonan menjadi partisipan dan surat kesediaan menjadi partisipan sebagai bukti bagi kami bahwa unsur etika penelitian telah dilaksanakan. Surat-surat ini hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian saja.

Atas kesediaan dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Waingapu, April 2015

Hormat saya,

Yosephina E.S.Gunawan  
Telp.082145563755

*Lampiran 7***SURAT PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN**

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara/Saudari (petugas kesehatan/tokoh adat/aparat desa/tokoh agama\*),

Salam sejahtera,

Saya Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan, mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang: **“Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga Yang Menderita TB Di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu, Kabupaten Sumba Timur”**. Penelitian ini dilaksanakan dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir Ilmiah (Tesis) pada pendidikan Magister Keperawatan yang saat ini sedang di tempuh oleh peneliti. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran kemandirian keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita penyakit TB.

Penelitian ini akan dilaksanakan selama kurang lebih 8 minggu. Dalam penelitian ini, anda akan berperan sebagai partisipan yang akan diwawancarai secara mendalam oleh peneliti secara perorangan untuk memperoleh gambaran akan fenomena yang diteliti yaitu kemandirian keluarga dengan menekankan pada pengalaman, dukungan, proses sosial atau aspek budaya yang dialami oleh keluarga selama merawat anggota keluarga yang menderita penyakit TB.

Wawancara akan dilaksanakan dalam satu kali pertemuan selama 30-60 menit sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat. Jika ditemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan wawancara kedua dengan waktu yang ditetapkan kemudian. Proses wawancara akan didokumentasikan dengan alat perekam (MP4) dan catatan lapangan untuk membantu kelancaran pengumpulan data.

Keuntungan yang dapat diperoleh keluarga adalah dapat memperoleh masukan dan informasi dalam meningkatkan peran keluarga untuk mendukung proses penyembuhan anggota keluarga yang menderita TB. Keluarga akan mendapatkan souvenir diakhir penelitian sebagai bentuk ucapan terima kasih Peneliti atas partisipasi keluarga dalam penelitian ini berupa buku agenda, pulpen dan gantungan kunci.

Adapun alamat saya yang dapat dihubungi berkaitan dengan penelitian ini adalah:

Yosephina E.S.Gunawan (Betty),  
Program Studi Keperawatan Waingapu,  
Jl.Adam malik No.126, Km.6, Waingapu.  
Telp.kantor (0387) 61715 / Hp.082145563755

Saya menjamin segala kerahasiaan selama proses penelitian ini dan tidak ada pemaksaan dalam keterlibatan atau partisipasi keluarga dalam melaksanakan penelitian ini. Data penelitian ini akan saya simpan selama 5 tahun dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan.

Dengan penjelasan diatas, saya mengharapkan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dapat mempertimbangkan dan memberikan keputusan menjadi partisipan dalam penelitian ini secara sukarela dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Jika Bapak/Ibu/Saudara/Saudari bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini, kami mempersilahkan menandatangani surat permohonan menjadi partisipan dan surat kesediaan menjadi partisipan sebagai bukti bagi kami bahwa unsur etika penelitian telah dilaksanakan. Surat-surat ini hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian saja.

Atas kesediaan dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Waingapu, April 2015

Hormat saya,

Yosephina E.S.Gunawan  
Telp.082145563755

**Lampiran 8****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN**

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

No.Partisipan : ..... (diisi oleh peneliti)

Nama : ..... (ditulis dengan singkatan/inisial)

Umur : .....

Pekerjaan : .....

Hubungan dengan pasien : .....

Setelah diberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian ini dan adanya jaminan kerahasiaan, maka:

saya bersedia

saya tidak bersedia

terlibat sebagai partisipan dalam penelitian yang berjudul **“Kemandirian Keluarga Dalam Perawatan kesehatan Anggota Keluarga Yang Menderita TB Di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangu, Kabupaten Sumba Timur”**.

Surat persetujuan ini saya tandatangani tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Saya berharap hasil penelitian dapat meningkatkan kemandirian kami sebagai keluarga agar mampu merawat anggota keluarga kami yang menderita TB.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini, saya menyatakan kesediaan/ketidaksediaan\* saya menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Waingapu, ..... 2015

Peneliti

Partisipan

Saksi

**Lampiran 9****DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN INDEPTH INTERVIEW  
(KELUARGA PASIEN)****A. DATA PARTISIPAN**

- 1) Usia :
- 2) Jenis kelamin :
- 3) Pendidikan terakhir :
- 4) Agama :
- 5) Pekerjaan :
- 6) Alamat :
- 7) Nomor telepon :
- 8) Hubungan dengan pasien: dari pasien

**B. DATA ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA TB**

- 1) Usia :
- 2) Jenis kelamin :
- 3) Pendidikan terakhir :
- 4) Agama :
- 5) Pekerjaan :
- 6) Tipe pengobatan TB :
- 7) Lama pengobatan :
- 8) Sudah menjalani pengobatan TB sejak tanggal:

**Lampiran 10****DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN INDEPTH INTERVIEW  
(PERORANGAN)****A. DATA PARTISIPAN**

- 1) Usia :
- 2) Jenis kelamin :
- 3) Pendidikan terakhir :
- 4) Agama :
- 5) Pekerjaan :
- 6) Alamat :
- 7) Nomor telepon :

*Lampiran 11***PEDOMAN WAWANCARA SEMI BERSTRUKTUR  
(UNTUK PARTISIPAN KELUARGA)**

Tanggal wawancara :

Tempat wawancara :

Waktu wawancara :

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara/Saudari,

Salam sejahtera,

Saya ingin belajar dan mendapatkan gambaran tentang pengalaman (kemandirian) Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB.

1. Apakah Bapak/Ibu/Saudara/Saudari pernah mendengar istilah TB? Ceritakan kepada saya apa saja yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari ketahui tentang TB.
2. Ceritakan kepada saya perilaku sehat apa saja yang sudah diterapkan keluarga yang berhubungan dengan penyakit TB ini, seperti upaya pencegahan penulara TB.
3. Bagaimanakah perasaan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari ketika mengetahui ada anggota keluarga yang menderita penyakit TB?  
Ceritakan kepada saya apa pendapat Bapak/Ibu/Saudara/Saudari tentang lamanya waktu pengobatan TB yang harus dijalani anggota keluarga yang menderita TB? Adakah keengganan untuk menyelesaikan pengobatan ini.
4. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/Saudari, bagaimanakah penyakit TB dalam pandangan masyarakat Sumba Timur?
5. Bagaimanakah respon masyarakat (keluarga) Sumba Timur terhadap program pengobatan TB?

6. Ceritakan kepada saya, apa sajakah bentuk dukungan yang telah keluarga berikan kepada anggota keluarga yang menderita TB selama dalam program pengobatan TB? Seberapa antusias Bapak/Ibu/Saudara/Saudari terlibat dalam program pengobatan ini?
7. Apakah ada kendala atau hambatan yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari temui selama menemani/merawat anggota keluarga yang menderita TB? Pernahkah Bapak/Ibu/Saudara/Saudari menolak terlibat dalam program pengobatan ini?
8. Bagaimana Bapak/Ibu/Saudara/Saudari mengatasi kendala/hambatan tersebut? apa saja yang sudah dilakukan? Apa/siapa saja yang biasanya membantu Bapak/Ibu/Saudara/Saudari?
9. Apakah ada nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga yang mempengaruhi Bapak/Ibu/Saudara/Saudari mengambil keputusan dalam mendukung atau terlibat dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita TB?
10. Ceritakan kepada saya apa makna yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari alami selama menemani anggota keluarga yang menderita TB dalam program pengobatannya? Apakah ada perasaan spesifik?

**Lampiran 12****PEDOMAN WAWANCARA SEMI BERSTRUKTUR  
(UNTUK PARTISIPAN TOKOH AGAMA DAN DESA)**

Tanggal wawancara :

Tempat wawancara :

Waktu wawancara :

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara/Saudari,

Salam sejahtera,

Saya ingin belajar dan mendapatkan gambaran tentang pengalaman (kemandirian)

Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB.

1. Apakah Bapak/Ibu/Saudara/Saudari pernah mendengar istilah TB? Apa saja yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari ketahui tentang TB.
2. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/Saudari, perilaku sehat apa saja yang sudah diterapkan keluarga yang berhubungan dengan penyakit TB ini, seperti upaya pencegahan penulara TB?.
3. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/Saudari, bagaimanakah penyakit TB dalam pandangan masyarakat Sumba Timur?
4. Bagaimanakah respon masyarakat (keluarga) Sumba Timur terhadap program pengobatan TB?
5. Bagi tokoh agama → Secara umum, berdasarkan ajaran agama yang dianut masyarakat, adakah nilai-nilai yang bertentangan dengan program pengobatan dan perawatan penyakit TB?
6. Pernahkah ada anggota masyarakat yang secara khusus datang menemui Bapak/Ibu/Saudara/Saudari untuk meminta pertimbangan sebelum mengambil keputusan diperiksa/diobati oleh petugas kesehatan?
7. Apakah ada nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga yang mempengaruhi pengambilan keputusan dalam mendukung atau terlibat dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita TB?

**Lampiran 13****PEDOMAN WAWANCARA SEMI BERSTRUKTUR  
(UNTUK PARTISIPAN PETUGAS KESEHATAN)**

Tanggal wawancara :

Tempat wawancara :

Waktu wawancara :

Yang terhormat Bapak/Ibu/Saudara/Saudari,

Salam sejahtera,

Saya ingin belajar dan mendapatkan gambaran tentang pengalaman (kemandirian) Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB.

1. Apakah Bapak/Ibu/Saudara/Saudari pernah mendengar istilah TB? Ceritakan kepada saya apa saja yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari ketahui tentang TB.
2. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/Saudari, perilaku sehat apa saja yang sudah diterapkan keluarga pasien yang berhubungan dengan penyakit TB ini, seperti upaya pencegahan penulara TB?.
3. Apa pendapat Bapak/Ibu/Saudara/Saudari tentang lamanya waktu pengobatan TB yang harus dijalani pasien yang menderita TB? pernahkah ada keengganan dari pasien atau keluarga untuk menyelesaikan pengobatan?.
4. Apa saja kendala yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari temui selama melaksanakan program pengobatan TB di masyarakat kawangu? Bagaimana Bapak/Ibu/Saudara/Saudari mengatasi kendala/hambatan tersebut? apa saja yang sudah dilakukan? Apa/siapa saja yang biasanya membantu Bapak/Ibu/Saudara/Saudari?
5. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/Saudari, bagaimanakah penyakit TB dalam pandangan masyarakat Sumba Timur? Bagaimanakah respon masyarakat (keluarga) Sumba Timur terhadap program pengobatan TB?

6. Apa sajakah bentuk dukungan yang telah keluarga pasien berikan kepada anggota keluarganya yang menderita TB selama dalam program pengobatan TB? Seberapa antusias pasien dan keluarga terlibat dalam program pengobatan ini?
7. Apakah ada nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga yang mempengaruhi pasien dan keluarga dalam mengambil keputusan untuk mendukung atau terlibat dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita TB?

**Lampiran 14****CATATAN LAPANGAN (*FIELD NOTE*)**

Tanggal wawancara :

Tempat wawancara :

Waktu wawancara :

Posisi partisipan :

Kondisi lingkungan :

Catatan komunikasi non verbal	Kode
<p>Rencana isi <i>field note</i> adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komunikasi non verbal yang mendukung komunikasi verbal</li> <li>2. Komunikasi non verbal yang berlawanan dengan komunikasi verbal</li> <li>3. Kondisi lingkungan yang mempengaruhi selama proses wawancara</li> <li>4. Kejadian/peristiwa yang sering/terjadi berulang kali</li> </ol>	

*Lampiran 15***PANDUAN FGD KELOMPOK KADER KESEHATAN**

- Tanggal pelaksanaan FGD :  
Waktu pelaksanaan FGD :  
Fasilitator/moderator :  
Observer :  
Notulen :  
Pengaturan posisi duduk :

*A. Opening script*

Terimakasih atas kehadiran Bapak/Ibu/Sdra/i semuanya pada pertemuan pagi/sore/malam hari ini. Nama saya Yosephina Elizabeth Sumartini Gunawan dan saya akan mencoba memfasilitasi diskusi kali ini. Pertemuan ini dilakukan dalam rangka melaksanakan penelitian tesis saya. Tujuan dari pertemuan kita kali ini adalah untuk melakukan pembicaraan (ngobrol-ngobrol santai) terbuka tentang kemandirian keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita TB. Agar tujuan diskusi ini dapat tercapai dengan baik, saya perlu memahami bagaimana pendapat dan apa yang dirasakan oleh Bapak/Ibu/Sdra/i terkait pengalaman Bapak/Ibu/Sdra/i sebagai kader kesehatan dimasyarakat.

Bapak/Ibu/Sdra/i memang telah diundang, tetapi dalam pertemuan ini tetap berdasarkan kesukarelaan, jadi Bapak/Ibu/Sdra/i dapat dengan bebas memilih apakah anda berminat untuk bergabung atau tidak. Jika Bapak/Ibu/Sdra/i memutuskan untuk bergabung dengan kami, maka kami akan meminta Bapak/Ibu/Sdra/i menandatangani formulir yang telah disiapkan. Dalam formulir ini terdapat beberapa pertanyaan tentang biodata Bapak/Ibu/Sdra/i dan sekaligus menyatakan bahwa Bapak/Ibu/Sdra/i menyetujui untuk berpartisipasi. (membagikan formulir permohonan kesediaan menjadi partisipan, formulir persetujuan menjadi partisipan dan formulir biodata partisipan)

## B. *Discussion*

Sebelum kita mulai, ada beberapa hal lagi yang akan saya sampaikan, yaitu:

1. Bahwa diskusi ini harus terbuka dan jujur. Diskusi ini adalah untuk mencari tahu tentang pendapat, pandangan dan pemikiran anda, jadi dalam diskusi ini TIDAK ADA JAWABAN YANG BENAR ATAU SALAH.
2. Dimohon kepada semua peserta untuk menghormati pendapat orang lain. Orang lain mungkin mempunyai pandangan atau pendapat yang berbeda dan hal itu merupakan hal yang baik dalam diskusi ini.
3. Dimohon untuk memberikan kepada setiap orang kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dalam pembicaraan.
4. Apapun yang akan anda sampaikan dalam diskusi ini akan kami simpan dan kami rahasiakan. Kami akan membuat catatan tentang perjalanan diskusi ini dan apa yang anda sampaikan, tetapi kami tidak akan menuliskan nama ataupun siapa yang menyatakan pernyataan.

Daftar pertanyaan diskusi:

1. Sebagai seorang kader kesehatan dimasyarakat, apakah Bapak/Ibu/Saudara/Saudari pernah mendengar istilah TB. Ceritakan kepada saya apa saja yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari ketahui tentang TB.
2. Pernahkah Bapak/Ibu/Saudara/Saudari terlibat secara aktif dalam program penjarangan suspek TB dan pengobatan TB di masyarakat? Ceritakan kepada saya pengalaman Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dalam program penjarangan suspek TB dan pengobatan TB di masyarakat
3. Menurut Bapak/Ibu/Saudara/Saudari, bagaimanakah penyakit TB dalam pandangan masyarakat Sumba Timur?
4. Bagaimanakah respon masyarakat (keluarga) Sumba Timur terhadap program penjarangan suspek TB dan pengobatan TB?
5. Ceritakan kepada saya, apa sajakah bentuk dukungan yang pernah keluarga berikan kepada anggota keluarga yang menderita TB selama dalam program pengobatan TB? Seberapa antusias keluarga pasien terlibat dalam program pengobatan yang diikuti oleh pasien?
6. Apakah ada kendala atau hambatan yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari temui ketika terlibat dalam penjarangan suspek TB? Bagaimana dengan kendala dalam program pengobatan pasien yang menderita TB? Pernahkah Bapak/Ibu/Saudara/Saudari menolak terlibat dalam program pengobatan ini?
7. Bagaimana Bapak/Ibu/Saudara/Saudari mengatasi kendala/hambatan tersebut? apa saja yang sudah dilakukan? Apa/siapa saja yang biasanya membantu Bapak/Ibu/Saudara/Saudari?

8. Apakah ada nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga yang mempengaruhi keluarga pasien mengambil keputusan dalam mendukung atau terlibat dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita TB?
9. Ceritakan kepada saya apa makna yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari alami selama menemani anggota keluarga yang menderita TB dalam program pengobatannya? Apakah ada perasaan spesifik?

### C. penutup

Fasilitator membuat kesimpulan sementara terhadap hasil diskusi

#### *Closing script:*

Diskusi kita telah selesai. Terima kasih atas peran serta semua anggota dalam memberikan masukan dan berbagi pengalaman. Besar harapan kami hasil diskusi ini akan memberikan manfaat bagi penelitian yang sedang kami lakukan agar dapat lebih memahami gambaran kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit TB di wilayah kerja Puskesmas kawangu.

Sampai jumpa dilain kesempatan, kiranya Tuhan senantiasa memberkati kita semua. Amin.

**Lampiran 16****LEMBAR OBSERVASI****A. SUSUNAN ANGGOTA KELUARGA**

1) Kepala keluarga: .....

2) Anggota keluarga:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**B. KEMANDIRIAN KELUARGA**

KRITERIA KEMANDIRIAN KELUARGA :	PENILAIAN	Kesimpulan:
1. Menerima petugas puskesmas	<input type="checkbox"/>	Kemandirian I : Jika memenuhi kriteria 1 & 2
2. Menerima yankes sesuai rencana	<input type="checkbox"/>	Kemandirian II : jika memenuhi kriteria 1 s.d 5
3. Menyatakan masalah kesehatan secara benar	<input type="checkbox"/>	Kemandirian III : jika memenuhi kriteria 1 s.d 6
4. Memanfaatkan faskes sesuai anjuran	<input type="checkbox"/>	Kemandirian IV : Jika memenuhi kriteria 1 s.d 7
5. Melaksanakan perawatan sederhana sesuai anjuran	<input type="checkbox"/>	
6. Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif	<input type="checkbox"/>	
7. Melaksanakan tindakan promotif secara aktif	<input type="checkbox"/>	

## C. DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA

No	Indikator	Penilaian		Keterangan
		0	1	
1.	Dukungan informasional a. Mengingatkan pasien untuk minum obat tepat waktu b. Mengingatkan pasien untuk tidak meludah sembarangan c. Mengingatkan pasien untuk menutup mulut saat batuk d. Memotivasi pasien agar patuh minum obat TB hingga tuntas			
2.	Dukungan emosional a. Menunjukkan sikap empati b. Berkomunikasi dengan baik pada pasien c. Tidak mengkucilkan pasien d. Tidak menunjukkan sikap bermusuhan dengan pasien			
3.	Dukungan penghargaan a. Menyetujui program pengobatan TB yang dijalani oleh pasien b. Menemani pasien mengambil obat lanjutan ke Puskesmas			
4.	Dukungan instrumental a. Mempertahankan ventilasi rumah yang baik b. Mempertahankan pencahayaan dalam rumah yang adekuat c. Menyiapkan makanan yang bernutrisi baik bagi pasien d. Menyediakan wadah dahak untuk pasien e. Membantu pasien secara finansial untuk kontrol ke puskesmas			

Keterangan :

1: Ya

0: Tidak

## Lampiran 17

## DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN INDEPTH INTERVIEW ( KELUARGA PASIEN)

No	Id Partisipan	Umur (thn)	Jenis kelamin	Pendidikan	Agama	Pekerjaan	Alamat / no telp.	Hubungan dengan pasien	Keterangan
1	K1	46	Perempuan	SD	Kristen Protestan	Ibu Rumah tangga	Kawangu/081338139761	Istri	
2	K2	40	Perempuan	Tidak sekolah	Katolik	Ibu Rumah tangga	Palakahembi	Istri	
3	K3	43	Perempuan	SMP	Katolik	Ibu Rumah tangga	Palakahembi/081239939570	Istri	Ketua kader posyandu palakahembi
4	K4	23	Perempuan	SMA	Kristen Protestan	Ibu Rumah tangga	Kilibatu/08133977762	Ibu kandung	
5	K5	40	Perempuan	SD	Kristen Protestan	Ibu Rumah tangga	Marada/081239129855	Istri	
6	K6	32	Perempuan	SD	Kristen Protestan	Ibu Rumah tangga	Kambatana/085338530936	Ibu kandung	
7	K7	41	Laki-laki	Tidak sekolah	Marapu	Petani	Hudu mburung	Suami	Ketua RT
8	P1	48	Perempuan	D3 kep.	Kristen Protestan	PNS	Kawangu/081337446856	Petugas laboratorium Puskesmas Kawangu	Masa kerja 13 thn
9	P2	31	Perempuan	S1 teologia	Kristen Protestan	Pendeta	Minggit timbi / 081246102884	Pendeta di palakahembi	Masa kerja 5 tahun
10	P3	28	Perempuan	S1 kedokteran	Kristen Protestan	PNS	Waingapu/081331971222	Dokter Puskesmas Kawangu	Masa kerja 3 tahun

11	P4	54	Laki-laki	D3 pemerintahan	Katolik	PNS	Kawangu/085239336969	Ketua stasi lingkungan Kawangu Paroki Wara Kawangu	Masa kerja 14 thn
12	P5	55	Laki-laki	KPAA/SMA	Kristen Protestan	PNS	Kawangu/082247673754	Kepala Kelurahan Kawangu	Masa kerja 4 thn
13	P6	57	Laki-laki	SMEA	Kristen Protestan	PNS	Kawangu/081353563666	Kepala Kecamatan Pandawai	Masa kerja 6 thn
14	P7	82	Laki-laki	Tidak sekolah	Kristen Protestan	Petani	Kawangu/082237101182	Tokoh Adat	Pernah menjadi kepala desa thn 1969 selama 5thn
15	P8	37	Perempuan	D3 keperawatan	Kristen Protestan	PNS	Kawangu/082144327227	Perawat Puskesmas	Masa kerja PJ TB selama 5 thn
16	F1	58	Laki-laki	SD	Kristen Protestan	Petani	Kadumbul	Kader	menjabat sebagai Kader
17	F2	53	Perempuan	SMP	Kristen Protestan	Petani	Kadumbul/08239580816	Kader	
18	F3	23	Perempuan	SMA	Kristen Protestan	Petani	Kadumbul/081337169306	Kader	
19	F4	30	Perempuan	SMA	Kristen Protestan	Petani	Kadumbul/0823359558810	Kader	
20	F5	47	Perempuan	SD	Kristen Protestan	Petani	Kadumbul	Kader	
21	F6	52	Laki-laki	SMP	Kristen Protestan	Petani	Kadumbul/085253839549	Kader	

**DATA ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA TB**

No	Id Partisipan	Umur (thn)	Jenis kelamin	Pendidikan	Agama	Pekerjaan	Tipe pengobatan TB	Lama pengobatan	Sedang berobat TB di bulan ke-	Jlh anggota keluarga	Keterangan
1	K1	60	Laki-laki	SD	Kristen Protestan	Tukang	I	6 bulan	6	3	Tidak ada Penularan TB dalam keluarga
2	K2	47	Laki-laki	-	Katolik	Petani	I	6 bulan	3	7	Penularan TB dalam keluarga +
3	K3	43	Laki-laki	SMA	Katolik	Sekretaris Desa	I	6 bulan	4	11	Penularan TB dalam keluarga +
4	K4	3	Perempuan	-	Kristen Protestan	-	I	6 bulan	6	5	Penularan TB dalam keluarga +
5	K5	40	Laki-laki	SD	Kristen Protestan	Petani	I	6 bulan	5	8	Penularan TB dalam keluarga +
6	K6	11	Laki-laki	-	Kristen Protestan	Pelajar SD	I	6 bulan	5	4	Penularan TB dalam keluarga +
7	K7	39	Perempuan	-	Kristen Protestan	Ibu Rumah tangga	II	6 bulan	4	8	Tidak ada Penularan TB dalam keluarga

**Lampiran 18****HASIL OBSERVASI KELUARGA****A. GAMBARAN ANGGOTA KELUARGA**

No	Kode Partisipan	Jlh anggota keluarga	Riwayat penularan dalam keluarga	Jlh anggota keluarga dalam rumah yang tertular	Keterangan
1	K1	3	Tidak ada	-	
2	K2	7	Ada	2 (istri dan anak ke-5, umur 2 tahun)	
3	K3	11	Ada	1 (partisipan lebih dahulu menyelesaikan pengobatan TB)	
4	K4	5	Ada	-	Ayah pasien dengan riwayat TB failure (putus berobat)
5	K5	8	Ada	-	
6	K6	4	Ada	-	Kakek dari ayah dan ibu, om dan tante riwayat sakit TB
7	K7	8	Ada		Partisipan tinggal dalam satu kabisu (kampung adat) yang terdiri dari 4 rumah. Adik ipar partisipan pernah berobat TB (tetangga sebelah rumah). Ada riwayat TB pada orangtua dan saudara kandung partisipan
		Mean= 46/7= 6,6 = 7	6 (86%)	2 (30%)	

**B. TINGKAT KEMANDIRIAN KELUARGA**

No	Kode Partisipan	Kriteria kemandirian keluarga							Tingkat kemandirian	Keterangan
		1	2	3	4	5	6	7		
1	K1	√	√	-	√	√	-	-	I	Kemandirian I: jika memenuhi kriteria 1 & 2
2	K2	√	√	-	√	√	-	-	I	
3	K3	√	√	-	√	√	-	-	I	Kemandirian II: jika memenuhi kriteria 1 - 5
4	K4	√	√	-	-	√	-	-	I	
5	K5	√	√	-	√	-	-	-	I	Kemandirian III: jika memenuhi kriteria 1 - 6
6	K6	√	√	-	√	√	-	-	I	
7	K7	√	√	-	-	-	-	-	I	Kemandirian IV: jika memenuhi kriteria 1 - 7

	Pencapaian kriteria kemandirian keluarga						
	1	2	3	4	5	6	7
Jumlah	7	7	0	5	4	0	0
Prosentase (%)	100	100	0	71,4	57,1	0	0

No	Kriteria kemandirian keluarga	Jumlah	Prosentase (%)
1	Menerima petugas puskesmas	7	100
2	Menerima yankes sesuai rencana	7	100
3	Menyatakan masalah kesehatan secara benar	0	0
4	Memanfaatkan faskes sesuai anjuran	5	71,4
5	Melaksanakan perawatan sederhana sesuai anjuran	4	57,1

6	Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif	0	0
7	Melaksanakan tindakan promotif secara aktif	0	0

**C. DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA**

N O	DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA	PARTISIPAN							%
		K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	
<b>1</b>	<b>DUKUNGAN INFORMASIONAL</b>								
	a. Mengingatkan pasien untuk minum obat	1	1	1	1	1	1	1	100
	b. Mengingatkan pasien untuk tidak meludah sembarangan	1	1	0	0	0	0	0	29
	c. Mengingatkan pasien untuk menutup mulut saat batuk	1	1	0	0	1	0	0	43
	d. Memotivasi pasien agar patuh minum obat TB hingga tuntas	1	1	1	1	1	1	1	100
	Jumlah	4	4	2	2	3	2	2	19
	Prosentase (%)	100	100	50	50	75	50	50	68
<b>2</b>	<b>DUKUNGAN EMOSIONAL</b>								
	a. Menunjukkan sikap empati	1	1	1	1	1	1	1	100
	b. Berkomunikasi dengan baik pada pasien	1	1	1	1	1	1	1	100
	c. Tidak mengucilkan pasien	1	1	1	1	1	1	1	100
	d. Tidak menunjukkan sikap bermusuhan dengan pasien	1	1	1	1	1	1	1	100
	Jumlah	4	4	4	4	4	4	4	28
	Prosentase (%)	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>3</b>	<b>DUKUNGAN PENGHARGAAN</b>								
	a. Menyetujui program pengobatan TB yang dijalani oleh pasien	1	1	1	1	1	1	1	100
	b. Menemani pasien mengambil obat lanjutan ke puskesmas	1	0	0	1	1	1	1	71
	Jumlah	2	1	1	2	2	2	2	12
	Prosentase (%)	100	50	50	100	100	100	100	86
<b>4</b>	<b>DUKUNGAN INSTRUMENTAL</b>								
	a. Mempertahankan ventilasi rumah yang baik	1	0	1	0	0	0	0	28,5
	b. Mempertahankan pencahayaan dalam rumah yang adekuat	1	0	1	0	0	0	0	28,5
	c. Menyiapkan makanan yang bernutrisi baik bagi pasien	0	0	1	1	1	0	0	42,8
	d. Menyediakan wadah dahak untuk pasien	0	0	0	0	0	0	0	0
	e. Membantu pasien secara finansial untuk kontrol ke puskesmas	1	1	0	1	1	1	1	85,7
	Jumlah	3	1	3	2	2	1	1	15
	Prosentase (%)	60	20	60	40	40	20	20	37,1

*Lampiran 19*

**DOKUMENTASI (FOTO-FOTO)**

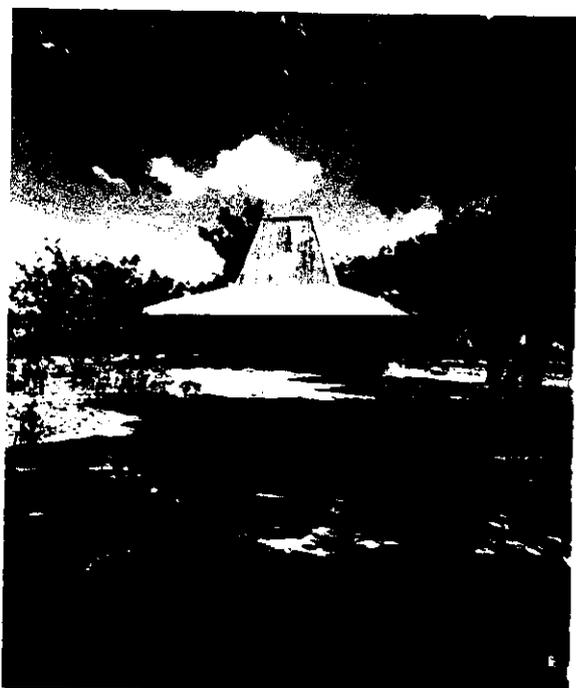
**1. PUSKESMAS KAWANGU**



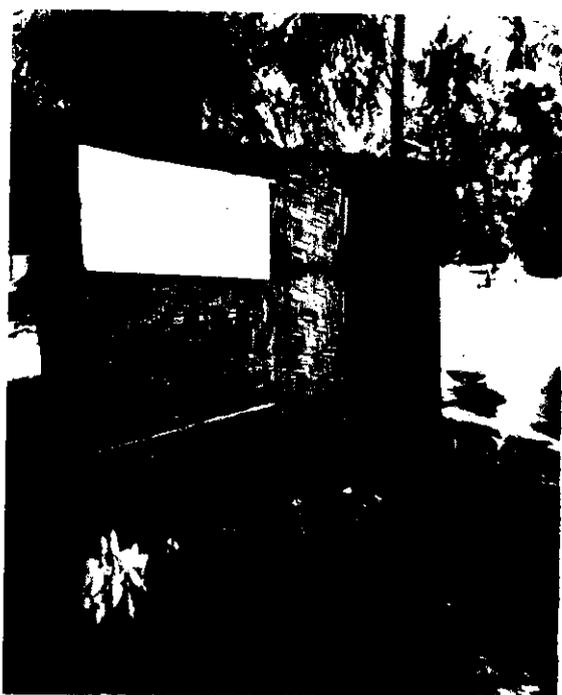
**2. PARTISIPAN DAN KELUARGA**



*Lampiran 19*



3. RUMAH PARTISIPAN



## Lampiran 20

### UJI COBA INSTRUMEN PENELITIAN

#### 1) ALAT PEREKAM

- Tujuan:  
Untuk membandingkan kualitas suara hasil rekaman pada saat diputar ulang dalam proses pembuatan transkrip wawancara.
- Alat perekam yang digunakan:  
Peneliti menggunakan 2 alat perekam yaitu *IC Recorder* merk Sony dan *Voice Recorder Hp* seri N1 merk Oppo
- Metode:  
Kedua alat tersebut diletakkan di atas meja di antara peneliti dan partisipan
- Hasil:
  1. Untuk mendapatkan kualitas suara yang baik, baterai harus terisi penuh, volume suara pada alat perekam dalam ukuran maksimal, alat perekam tidak boleh dipegang selama proses perekaman berlangsung dan harus diletakkan pada permukaan yang datar seperti meja atau kursi diantara peneliti dan partisipan dengan jarak maksimal kira-kira 40cm.
  2. Suara hasil rekaman menggunakan *IC Recorder* merk Sony terdengar lebih “berisik” dibandingkan surara hasil rekaman *Voice Recorder Hp* seri N1 merk Oppo.  
*IC Recorder* merk Sony lebih sensitif menangkap suara, sehingga suara tambahan lainnya yang tidak dapat dikontrol oleh peneliti ikut terekam dan mengganggu kualitas suara partisipan saat diputar ulang, seperti suara angin, suara derak bale-bale atau kursi kayu, dll.  
Peneliti memutuskan tetap menggunakan 2 alat perekam diatas selama proses penelitian dimana *recorder* utama adalah *Voice Recorder Hp* seri N1 merk Oppo sedangkan *IC Recorder* merk Sony sebagai *back up*.

#### 2) PANDUAN WAWANCARA

- Tujuan:  
Uji panduan wawancara dilakukan untuk mengetahui pemahaman partisipan terhadap maskud pertanyaan.
- Metode:  
Melakukan wawancara pada partisipan pertama dengan menggunakan panduan wawancara bagi keluarga pasien. Pertanyaan diajukan dengan menggunakan bahasa yang disederhanakan tanpa mengurangi atau menghilangkan makna pertanyaan. Jika partisipan kurang memahami maksud pertanyaan, peneliti mengganti istilah yang menurut peneliti sulit untuk dipahami partisipan.
- Hasil:

1. Pertanyaan yang sulit dijawab adalah pertanyaan no.2 (istilah yang sulit dipahami “perilaku”), 9 (istilah yang sulit dipahami “nilai-nilai sosial budaya”) dan 10 (istilah yang sulit dipahami “makna”).
2. Peneliti mengganti istilah yang sulit dipahami tersebut menggunakan gaya bahasa lokal seperti istilah perilaku menjadi “apa saja yang mama/bapa (keluarga) sudah dibuat dirumah untuk cegah penularan TB?”

### 3) CATATAN LAPANGAN

- Tujuan:  
Mengetahui efektifitas pengisian *field note* dalam memberikan informasi terkait non verbal partisipan selama proses wawancara.
- Metode:  
Peneliti melakukan pengisian lembar *field note* terhadap respon2 non verbal yang terlihat selama proses berlangsungnya wawancara.
- Hasil:
  1. *Field note* mencatat non verbal partisipan yang sesuai dengan verbal, seperti perubahan intonasi suara, volume suara, perubahan ekspresi wajah, gerakan badan atau anggota gerak.
  2. Kondisi lingkungan yang mempengaruhi jalannya wawancara seperti interupsi yang terjadi ketika cucu partisipan menangis, binatang piaraan yang datang menghampiri atau kehadiran tamu yang tidak terduga pada saat wawancara berlangsung di ruang tamu partisipan.

### 4) PENELITI

- Tujuan:  
Untuk menguji kemampuan peneliti melakukan wawancara dan pengisian *field note*
- Hasil:
  1. Peneliti mampu melakukan wawancara selama 54 menit 15 detik dan partisipan mampu menjawab seluruh pertanyaan dengan tingkat kedalaman yang cukup.
  2. Peneliti mampu melakukan wawancara dengan bahasa yang jelas dan dimengerti oleh partisipan dengan melakukan klarifikasi dan validasi pernyataan partisipan.
  3. Peneliti melakukan pengisian dengan menggunakan simbol dan kata-kata sederhana yang mudah dipahami peneliti saat melakukan pembuatan transkrip data wawancara.

ANALISIS TEMA

TUJUAN 1: PERSEPSI KELUARGA TERHADAP PENYAKIT TB

A. VERBATIM PARTISIPAN KELUARGA (K1-K7)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan									
							K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7			
1.	persepsi keluarga terhadap penyakit TB	kerangka pengetahuan (frame of reference)	sumber internal	pengetahuan keluarga tentang TB	identik dengan batuk	saya lihat bapa ini batuknya macam yang aneh-aneh tho? batuk-batuk kering begitu, tidak ada air lendir yang keluar ... jadi TBC itu kalau terlalu batuk, keluar darah juga ibu dari awalnya ... dia kan batuk-batuk ... saya rasa diri memang sakit dada tho, batuknya begitu batuk tidak keluar hanya tidak keluar lendir juga, hanya batuk malam...	✓									
						batuk-batuk keluar lendir itu, kalau dia batuk musti keluar yang lendir hanya tau batuk saja... Dia bisa menjadi TBC										
					penyakit menular	TB itu bisa saja menular ibu										
						penyakit TB itu menular untuk orang banyak tapi saya tidak tahu seperti apa itu mama										
						TBC penyakit menular to ibu? Terjangkit										
						kita hanya bilanganya itu penyakit menular, kita hanya tahu itu saja										
					penyakit keturunan	jadi kan istilahnya penyakit menular begitu										
						kalau memang tidak sembuh, anak dari e istri sampe anak sampe cucu nanti dia akan terima										
						kalau TBC kan penyakit menular atau penyakit keturunan, ibu?										
						TBC itu tergantung dari keturunan										
						batuk itu bisa juga di turun temurun										
					penyakit akibat racun (ilmu hitam)	tapi saya juga waktu itu waktu pigi periksa itu saya kena racun juga, saya tidak tau kalau saya langsung diserang penyakit TB...karna hanya pengaruh racun saja										
						tidak mengerti do sama sekali										
					konsep penyakit TB	tapi saya tidak tahu tuh seperti apa itu										
						memang saya tidak tahu										
						saya tidak tahu dapatnya (TB) dari mana										
						aii, kita tidak tahu lagi, ibu										
						aii, kita kurang tahu lagi, ibu, kita tidak tau										
					cara minum obat	setelah makan ya minum sudah obat										



B. VERBATIM FGD KADER (F1-F6)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan								
							F1	F2	F3	F4	F5	F6			
1.	persepsi keluarga terhadap penyakit TB	kerangka pengetahuan (frame of reference)	sumber internal	pengetahuan kader tentang TB	identik dengan batuk	TBC ini mencret, batuk bertelan mungkin bisa saja dia mencret ke atau batuk berkepanjangan barangkali			✓						
						gejala TB itu berat badan menurun, batuk berkepanjangan selama beberapa bulan, sampe dahaknya juga keluar darah									
						batuk yang berkepanjangan									
					identik dengan kurus	tidak ada nafsu makan lagi dia kurus terus									
					penyakit menular	dapat menular seumpama dia meludah trus laiat singgap dimulainya									
						makanan ke, kan bisa saja dia berjangkit									
					penyakit keturunan	bisa juga terkena penularan, bisa menular									
					<b>penyakit berbahaya</b>	yang saya tau itu penyakit berbahaya									
						harus tangani cepat kama penyakit ini berbahaya									
						berbahaya									
					penyakit akibat racun (ilmu hitam)										
				tidak tahu	konsep penyakit TB	namanya TBC tapi dia punya arti Te Be itu apa?									
				tentang TB		yang bilang TBC tapi saya kurang tahu juga ibu e									
						tapi gejala penyakitnya saya kurang tahu persis									
						apa penyebab jadi TBC kan kami belum tahu									
						saya juga tidak mengerti baik dengan obatnya apa									
			sumber eksternal	akses informasi dari puskesmas	kurang mendapat pendidikan kesehatan dari tenaga kesehatan										
		pengalaman (frame of experience)		cara penularan TB	makanan/minuman	seandainya saya TBC, dia makan dengan saya, bergabung dengan saya berarti dia menular ibu to?									
						selalu mereka bilang kita tidak mau kalau dia yang masak									
					alat makan										
					keningat										
					alat mandi										
				penyebab TB	makanan	bisa juga kama salah makan apa begitu, kama sembarang makan dan tidak jaga kesehatan									
						kama masakannya tidak betul to..									

C. VERBATIM NAKES (P1, P3, P8)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan		
							P1	P3	P8
1.	persepsi keluarga terhadap penyakit TB	kerangka pengetahuan (frame of reference)	sumber internal	pengetahuan keluarga tentang TB	identik dengan batuk penyakit menular penyakit keturunan	dianggap seperti batuk pilek biasa mereka cerita ini batuk sudah lama, keluar darah segala macam	✓		✓
				tidak tahu tentang TB	penyakit akibat racun (ilmu hitam)	mendualah pemikiran mereka: saya dibuat sama orang atau memang saya sakit TB			✓
				akses informasi dari puskesmas	konsep penyakit TB cara minum obat	memang masih pendidikan masyarakatnya dan kesadaran masyarakatnya masih kurang	✓		
			sumber eksternal		kurang mendapat pendidikan kesehatan dari tenaga kesehatan	kami melakukan konseling bagaimana perawatan terhadap orang yang penyakit TB, menjaga kesehatan keluarga terutama lingkungan sekitar, baik itu pola makan juga harus diperhatikan			✓
						kasih motivasi, pengertian, kadang kita bagi leaflet, kita tetap terus kasih penyuluhan	✓		
						"bapak, ini hasilnya positif, jadi harus minum obat proyek selama 6 bulan"		✓	
						telapi kita sudah kasih konseling bahwa sebenarnya tidak segampang itu memulainya			✓
						selama ini pasien itu yang sudah positif TB, sudah disampaikan tentang penyakitnya, penularan, cara minum obat		✓	
						awalnya lingkungan sekitar berdebu, kotor, tapi setelah kita beri konseling, kunjungan berikutnya ada perubahan			✓
		pengalaman (frame of experience)		cara penularan TB	makanan/minuman alat makan keringat alat mandi				
				kontak serumah		misalnya suami yang positif, istrinya negatif (penularan), kadang ada juga yang sama positif	✓		
						kalaupun kami temukan penyakit BTA positif, kami melakukan pelacakan kontak serumah			✓
						menular apalagi dengan lingkungan di sumba yang 1 rumah padat penghuninya			✓
						itu yang kontak serumahnya ada, ka ina pernah ambil ... Kayaknya suaminya duluan...			✓

				penyebab TB	rokok														
					makanan														
					racun														
					minuman beralkohol														
					terjangkit dari keluarga														
					turunan keluarga														

D. VERBATIM INFORMAN LAIN (P2, P4, P5, P6, P7)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan													
							P2	P4	P5	P6	P7									
1.	persepsi keluarga terhadap penyakit TB	kerangka pengetahuan (frame of reference)	sumber internal	pengetahuan informan lain tentang TB	identik dengan batuk penyakit menular	batuk yang berkepanjangan? pokoknya batuk terus, badan kurus-kurus e batuk menahun dan itu bisa berakibat menular, bisa lewat ciuman, air liur seperti itu	✓													
						ketika seseorang mengeluarkan darah dan aa ketika terbawa darah itu oleh angin atau lalat lalu hinggap dimakan kemudian dimakan oleh orang lain, saya pikir seperti itu ya cara-cara penularan yang kita lihat													✓	
						kalau kita dekat saja kan pasti menular														✓
					penyakit keturunan															
					penyakit akibat racun (ilmu hitam)															
					mengganggu kehidupan	penyakit tbc itu suatu penyakit yang ya sangat mengganggu kehidupan masyarakat														✓
					penyakit berbahaya	dianggap sebagai satu penyakit yang berbahaya jadi saya pikir kalau darah habis pasti mati														✓
				tidak tahu tentang TB	konsep penyakit TB	karna dimasyarakat awam ini ya dia tidak kenal itu TBC, dia hanya tau muntah darah														✓
						mirrr... Sebatas itu saja (yang diketahui tentang TB)														✓
						pemahaman saya kalau darahnya kurang karena menurut ya pelajarannya kita kan pengaruhnya dari paru-paru to?														✓
					cara minum obat															

	sumber eksternal	akses informasi dan puskesmas	kurang mendapat pendidikan kesehatan dari tenaga kesehatan+A1	banyak sosialisasi dari petugas-petugas kesehatan bahwa penyakit TBC itu sebenarnya juga bisa disembuhkan kemudian keluarga juga diberikan penjelasan bahwa sakit ini ya tidak cepat menjangkit tetapi bisa diatasi	✓	
				sosialisasi itu banyak dalam bentuk tulisan, diposyandu-posyandu apa itu selalu disampaikan	✓	
				pelayanan di puskesmas juga cukup bagus		✓
				kalau puskesmas kawang selalu dorang penyuluhan		✓
				sebenarnya masyarakat sudah diberi penyuluhan sudah ikut, kita kan dikesehatan ada program khusus		✓
		cara	makanan/minuman	-	✓	✓
		penularan TB	alat makan	-	✓	✓
			keingat	-		
			alat mandi	-		
			debu	jadi kalau sudah kena debu dingin atau tidak jaga pola makan berarti langsung drop, batuk lagi yang cukup ini..	✓	
		mengenai penderita TB		kami kan sering bersama-sama dengan puskesmas melakukan sosialisasi terhadap penyakit TBC ini		✓
				tetangganya saya di kabaniru (menderita TB)		✓
				karna saya punya pengalaman di jemaat, ada beberapa jemaat yang begitu (sakit TB)	✓	
				dia itu sudah cukup lama menderita itu, masuk keluar rumah sakit terus	✓	
				disekitar tempat tinggal saya banyak, pernah juga saya lihat-lihat orang TBC		✓
		penyebab TB	rokok	-		
			makanan	-		
			racun	-		
			virus	virus ?		
			minuman beralkohol	-		
			turunan keluarga	ya dibidang penyakit keturunan karna ada dalam satu keluarga		✓
				turunan karna misalnya nani mereka bilang oo dia punya nenek juga dulu begitu mm tbc begitu kan mereka bilang, kemudian lagi nanti pasti turunnya ke dia puna anak atau cucu sebatas itu saja	✓	



TUJUAN 2: DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA TB  
 A. VERBATIM PARTISIPAN KELUARGA (K1-K7)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan											
							K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7					
2.	dukungan sosial keluarga terhadap anggota keluarga yg menderita TB	sumber pendukung	asal dukungan	internal	ayah	"rutin saja umbu (pasien) minum obat" dia (suami) bilang saya sangat mendukung untuk minum obatnya												
					ibu	saya sangat mendukung untuk minum obatnya												
					suami	saya mendukung sekali ibu, termasuk anak saya dan keluarga dekat												
					istri	saya dukung supaya cepat sembuh												
					anak	termasuk anak saya yang disurabaya sana dua orang,												
					nenek	bapanya mendukung, appu (nenek) juga mendukung												
					saudara	saya merasa bangga juga karna dorang mendukung saya sudah ada dorongan memang dari sodara												
				eksternal	tetangga	coba pi (pergi) kontrol duju, untuk pengobatan sampai nyumu (kamu) bisa dapat obat 6 bulan												
						"coba kau bawa di puskesmas, jangan sampe dia (pasien) batuk ikut coba periksa di puskesmas, jangan sampe bisa nanti dapat obat gratis jadi tiap hari saya sesuai jadwal ... Bapa harus minum sudah												
		bentuk dukungan	informasional	mengingatkan	waktu minum obat	kasih ingat ... kalau mulai sore sudah, belum makan ambil itu obat saya bilang												
						tidak pernah lewat dari jam 7												
						kalau kita bilang minum obat e ... dia mau												
						kalo tiap malam itu saya kasih ingat dia minum itu obat												
						kami juga membantu kasih ingat sama maitua (istri)												
						kadang juga dia lupa saya yang kasih ingat, ada lambat pulang, saya kasih ingat												
					perilaku pencegahan	saya sering marah sama dia, bapa ini sering buang (ludah/lendir) saja begitu, sa (saya) bilang kalau ko (kau) buang, buang jauh												
					berhenti merokok	saya marah, jangan isap rokok saya bilang												
					tutup mulut saat batuk	"berhenti makan sirih pinang, dengan rokok"												
						kalau batuk itu harus tutup mulut												
						kasih ingat (tutup mulut saat batuk)												







B. VERBATIM FGD KADER (F1-F6)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan									
							F1	F2	F3	F4	F5	F6				
2.	dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang menderit TB	sumber pendukung	asal dukungan	internal	ayah											
					ibu											
					suami											
					istri											
					anak											
					nenek											
					saudara	kita dukung sama dia pergi periksa terus, harus jangan sembunyi dia						√				
				eksternal	telangga	kami tidak berhenti seperti itu tapi terus ajak mereka						√				
						kita selalu mendorong sama dia macam itu tadi yang ibu hamil										
					kader	saya pernah pergi kepada mereka bilang: tolong dulu adi (untuk										
					waktu minum obat											
				mengingatkan	perilaku pencegahan											
					berhenti merokok											
					tutup mulut saat batuk											
					jangan meludah sembarang											
				minum obat												
				emosional	perasaan positif tidak malu	dia minder juga, tapi kita tidak minder sama dia, kita juga tidak minder dari dia, kita dukung dia										
						jangan disihkan, harus ada tindakan medis atau dan keluarga bagaimana caranya supaya bisa sembuh										
					ikhlas											
					senang	kita senang begitu, melihat dia begitu, segar dia punya badan dan kita juga bangga kalau dia sudah sembuh begitu, senang mendengar dia punya omongan itu, bilang dia sudah agak baik										
						kami senang kama dia sembuh dan bisa bergabung dengan tetangga bersyukur sudah kita bilang, daripada menular di orang lain										
				perasaan	lega											
					ragu											
					sedih	saya rasa kasian juga dengan orang seperti itu										







TUJUAN 3: KEMAMPUAN KELUARGA MENGATASI HAMBATAN  
 A. VERBATIM PARTISIPAN KELUARGA (K1-K7)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan										
							K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7				
3.	kemampuan keluarga mengatasi hambatan	stresor	bentuk	rutinitas	pekerjaan	cuman masalah kami karena pekerjaan saja, sebenarnya distopkan pekerjaan, tapi maitua (isiri) mau tetap kerja											
					mengurus anak	karna anak masih sekolah dan masih menyusui, jadi harus lawan iya, capek sebenarnya											
					lama minum obat	kalaupun habis minum obat dia rasa mual, dia ludah-ludah saja		✓									
					efek samping obat	biar bagaimanapun juga (lama) saya bilang ya kita minum karena demi selamat											
					ingin sembuh	walaupun jauh harus jalan sudah, kan kepeutingan											
					adaptif	walaupun saya sibuk dengan cucu, pagi-pagi saya sudah bangun, saya sudah siap semua (makan, minum, dll)											
					maladaptif	saya juga buru pagi-pagi takut terialu panas juga pulang											
					maladaptif	harus kuat saya punya daya tahan tubuh, (kalau) akhirnya saya jatuh sakit, siapa yang urus dia (suami)?											
					maladaptif	puji tuhan melalui begitu (minum obat) bapa bisa sembuh											
					maladaptif	kematian kan harus kita terima, tapi yang bisa diobati harus kita obati											
					maladaptif	dia itu dokter dunia (tuhan) kita tidak bisa mau lawan											
					maladaptif	kuasa tuhan sudah, belum habis 3 lempeng dia sudah rasa segar											
					maladaptif	saling berdoa supaya cepat sembuh											
					maladaptif	semoga dengan obat ini bapa bisa sembuh											
					maladaptif	saya maunya kalau memang masih ada biar dia sembuh sudah											
					maladaptif	tidak bilang capek minum obat											
					maladaptif	dia (suami) juga setuju, apa yang saya atur sama dia, dia mau sudah											
					maladaptif	itu sudah kadang yang bikin saya senang, dia bisa ingat: "mama, saya minum obat"											
					maladaptif	minum obat ruil malam, paginya saya minta bantuan bapa tua yang dia tahu doakan air, baru saya minum air, dia sembur juga, sembuh, hanya pemikiran kasih obat luar											
					maladaptif	memang pada saat itu kita dampingi dengan orang yang tahu obat											
					maladaptif	kebanyakkan di dukun											

				menolak diagnosa	kalaupun soal batuk yang biasa seperti kami ini tidak termasuk TBC, hanya batuk saja	✓			
					saya juga waktu itu pergi (pergi) periksa itu saya kena racun juga	✓			
					macam saya ini, bukan penyakit TBC				✓
					kalo memang untuk TBC, kama memang kita keturunannya tidak ada yang batuk TBC				✓
				menyangkal	mungkin dulu disini tuh kena racun	✓			
					tapi saya tidak tahu bahwa saya itu dikenal penyakit TB	✓			
					saya hanya tahu saja minum obat ini untuk menyembuhkan itu racun	✓			
					memang minum obat rutin, tetapi tidak ada yang batuk disini	✓			
					kalaupun kita lihat macam saya ini bukan penyakit TBC tapi paru-paru bintik				✓
					saya ini hanya batuk				✓

B. VERBATIM FGD KADER (F1-F6)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan									
							F1	F2	F3	F4	F5	F6				
3.	kemampuan keluarga mengatasi hambatan	stresor	batuk	rutinitas	pekerjaan											
				pengobatan	mengurus anak											
					lama minum obat	percuma minum obat banyak				✓						
						kalaupun tidak sembuh daripada 6 bulan yang lalu maka juga ee biar sudah, seperti itu				✓						
					efek samping obat											
					ingin sembuh											
					mengatur waktu											
					menjaga stamina											
					yakin pada Tuhan	dia yakin juga (bisa sembuh)						✓				
					berdoa											
					harapan	kami sangat mengharapkan mereka harus berobat										
						harapan kami juga seperti itu (sembuh)										✓
					respon pasien											
				maladaptif	mencari pengobatan alternatif	minum obat lama tapi tidak sembuh, jadi coba obat kampung										✓



							"jadi pasti saya harus diasingkan to", begitu pemikirannya	✓	
					takut menularkan		"ai saya juga rasa tidak enak kalau orang lain dulu aa ikut jauh dari sini yang dekat-dekat dengan kami"	✓	
							"lebih baik saya sendiri yang rasa"	✓	
							tidak mau duduk ngobrol, jangan sampe terkena sama kamu begitu dia bilang	✓	
					keluarga tidak mendukung		termasuk suaminya yang dia (tidak mendukung) sudah.. Jadi biar sudah...	✓	
							termasuk keluarganya (tidak mendukung)	✓	

C. VERBATIM NAKES (P1, P3, P8)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan		
							P1	P3	P8
3.	kemampuan keluarga mengatasi hambatan	stresor	beniuk	rutinitas	pekerjaan	-			
					mengurus anak	-			
				pengobatan	lama minum obat	baru dia harus minum rutin setiap hari			✓
						obat obatnya terlalu lama, sampe 6 bulan memang na yang saya lihat apa bulan ketiga keempat itu mulai capek, malas, bosan			✓
						terlalu lama minumannya, capek istilahnya, "ee, tidak ibu (tidak mau lanjut minum obat) saya capek minum obat terus"			✓
					efek samping obat	hanya mau itu saja, sudah telpon saya: "ibu saya mau, sam air kencing bamerah semua"			✓
						pemah ada yang gatal dulu, kasih ctm, hilang gatalnya, minum lanjut			✓
						rasa mau mereka kalau terlalu minum itu terus			✓
						setelah minum OAT, muntah-muntah terus, "ibu dokter, saya tidak tahan, tiap kali abis minum itu (obat) muntah"			✓
					ukuran obat	dia merasa itu obat itu besar, ukuran obatnya besar			✓
					jumlah obat	dia mau obat suntik tapi obat minumannya tidak mau			✓
					merasa sembuh	"bikin kasih bosan saja nah, obat kayak satu truk" dia bilang begitu			✓
						merasa mungkin sudah sembuh barangkali			✓
						karna batuk sudah tidak ada atau berkurang ajdi rasa sudah sembuh			✓
						dia bilang: "saya pikir saya sudah sembuh"			✓





				ada yang tidak datang ambil obat		√
				mungkin kama dia sudah sesak napas, jadi dia sudah jenuh begitu	√	
				putus berobat kama dia rasa jenuh dengan itu obat		√
				jenuh... Dia bilang bosan		√
				mana dia bilang: "sudah suntik lagi, obat lagi, tambah kasih berat lagi sama saya"		√
				itu alasannya kama tidak sanggup lagi		√
				tidak menjauhi, biasa saja		√
				hanya dan perasaan mereka sendiri		√
				padahal sebenarnya tidak, hanya perasaannya mereka saja yang sakit	√	
				itu kan gengsi sekali kalau di kampung itu		√
				kalau dikategorikan TBC mereka malu, mereka malu begitu kalau dikasih tahu	√	
				kebanyakan itu yang masih merasa penyakit TB itu yang memalukan, itu saja, kama dorang anggap penyakit TBC itu adalah penyakit yang memalukan	√	
				tidak pernah ada yang secara langsung mengatakan		√
				secara langsung omong malu tuh tidak pernah		√
				perasaannya mereka "kalo saya sakit ini begini pasti saya dikucilkan"	√	
				mereka takut kalo dianggap mereka itu menderita penyakit TB	√	
				jadi kalau kadang dorang itu supaya jangan dianggap menolok, mereka menerima pengobatannya kita, tapi pas nanti kita konversi bulan kedua itu... Masih positif		√
				tidak semua keluarga ataupun pasien sudah menerapkan perilaku sehat		√
				mereka dari keluarga dan pasien tidak mau berobat		√
				kadang kalau kita pergi kenamahnya kadang mereka bilang biar batuk sudah berapa hari: oo, ini batuknya baru 1 hari 2 hari	√	
				"saya bukan TBC", mereka tidak akui itu, "ih, saya tidak batuk"	√	
				kadang ada juga yang akui dan ada juga yang tidak akui	√	

D. VERBATIM INFORMAN LAIN (P2, P4, P5, P6, P7)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan						
							P2	P4	P5	P6	P7		
3.	kemampuan keluarga mengatasi hambatan	stresor	bentuk	rufinitas	pekerjaan	belum ada waktu, kami sibuk kerja, dan seterusnya	✓						
				pengobatan	mengurus anak	sudah keluar masuk rumah sakit, sering opname begitu, kadang sampai pada titik putus asa sudah	✓						
						*obat-obat itu saja terus, tapi tidak tahu sembuh*	✓						
						*aiss, saya sudah minum obat tapi main ulang-ulang..*						✓	
						macam pergi rumah sakit, pergi beli-beli mereka bilang, tidur-tidur saja	✓						
					efek samping obat	-							
					ukuran obat	-							
					jumlah obat	-							
					merasa sembuh	-							
				adaptif	ingin sembuh	-							
			bentuk		mengatur waktu	-							
					merajaga starrina	-							
					yakin pada Tuhan	-						✓	
						saya kira tidak ada (ajaran agama katolik) secara khusus yang menolak pengobatan itu							
						masih merapu, masih jingitu. Kalau orang sabu kan jingitu						✓	
						kama kami hanya melihat bagaimana pertumbuhan imannya, trus kasih bimbingan-bimbingan						✓	
						kalau mereka sakit ya doakan						✓	
					berdoa	-							
					harapan	-							
					<b>pengambilan keputusan</b>	-						✓	
						kadang itu mereka apa, tunggu waktu untuk bawa ke rumah sakit masih harus keputusan anak tertuanya, seperti itu							
						kasih tahu dulu keluarga, masih terasa disana hubungan kekerabatan kan masih cukup tinggi, gubungan sosial diantara mereka						✓	
						jadi kadang, tunggu dulu saya kasih tahu keluarga saudara, begitu, kama nanti takutnya tersinggung kalau tidak kasih tahu ini						✓	
						tapi itu untuk kasus-kasus penyakit yang lain, iya, kalau ini kan saya sampai di jemaat sudah dengan sakit TB						✓	
						macam mau melahirkan, itu kadang masih tunggu dulu suaminya						✓	





TUJUAN 4: NILAI-NILAI SOSIAL BUDAYA DALAM KELUARGA  
A. VERBATIM PARTISIPAN KELUARGA (K1-K7)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan									
							K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7			
4.	nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga	stigma	penyebab TB	karma adat	adat perkawinan yang tidak selesai	mungkin masalah atau tidak selesai adat (pernikahan)	√									
				penyakit turunan	anak, istri hingga cucu	kalaupun memang tidak sembuh, anak istri sampe cucu nanti dia akan terima (penyakit TB)		√								
					dari orangtua	dari keturunan juga ya bisa jadi			√							
						dari turun temurun dan dia punya orang tua we				√						
						TBC itu tergantung dari keturunan							√			
					nenek	yang adiknya ini yang ambil penyakitnya dia punya nenek									√	
					satu marga	iya, turunan dari keluarganya satu mama, satu marga										√
				pengaruh ilmu hitam	diserang racun	saya juga tidak tahu kalau saya langsung diserang penyakit TB, tidak, karena hanya pengaruh racun saja					√					
						ada orang buat, ada ini-ini yang racun, kebanyakan su lepas angin apa begitu, tau sendiri orang buat									√	
						wai, mungkin ini (dij)buat dari orang sampe muntah darah										√
					obat gelap	dorang buat-buat saja macam ini gelap, obat gelap							√			
					setan	kesempatan penyakit ini, setan juga bisa masuk										√
				alasan	kesal	kalau tidak langsung layani cepat, dorang (merek) jalankan dorang punya ilmu hitam							√			
					iri hati	mungkin ada maju sedikit, dorang (merek) mulai iri begitu, kirim sudah, lewat angin atau lewat makanan, bisa										√
						kalau dorang sudah tidak suka lihat kita mungkin ada maju sedikit dorang mulai iri begitu							√			
					persaingan	kadang kita disini, kita baku saing yang tidak sehat										√
				penyakit menular		menular untuk orang banyak							√			
			penyakit TB			TBC penyakit menular										√
						hati-hati itu kalau yang TBC berjangkit										√
				tidak dapat disembuhkan		dia (tetangga) tidak bisa sembuh lagi, biar dia mau minum obat juga tidak bisa (sembuh) lagi									√	
				mematikan		kalau tidak sampe (5 tahun) paling 2 tahun habis (mati) sudah dia, paling 1 tahun atau... Tidak selamat									√	







D. VERBATIM INFORMAN LAIN (P2, P4, P5, P6, P7)

no	tujuan khusus	tema	sub tema	SS tema	kategori	kata kunci	Kode partisipan								
							P2	P4	P5	P6	P7				
4.	nilai-nilai sosial budaya dalam keluarga	stigma	penyebab TB	karma adat	adat perkawinan yang tidak selesai										
				penyakit turunan	anak, istri hingga cucu	*nanti pasti turunnya ke dia punya anak atau cucu*	√								
					dari orangtua	karma ada dalam satu keluarga, katakanlah nanti kemudian anaknya juga mengalami hal seperti itu sehingga orang masih menganggap bahwa itu penyakit keturunan		√							
					nenek	turunan karma misalnya nanti mereka bilang: "oo... Dia punya nenek juga dulu begitu, mm TBC"	√								
					satu marga										
				pengaruh ilmu hitam	diserang racun	ya.. Ya.. Diguna-guna... Dalam hidup bermasyarakat saya kira pikiran-pikiran seperti itu ada misalnya lari kedukun					√				
					obat gelap	ketika sakit bukan lari ke pihak medis dulu ... Tetapi lebih dulu lari ke dukun ya ke orang pintar cari tahu					√				
						jadi ha itu juga tradisi atau kebiasaan-kebiasaan lama yang kurang mendukung e dalam hal kesehatan					√				
						bertemu dengan orang dukun atau orang pintar begitu kan disugesti... dia semakin percaya bahwa sakit saya ini karma sakit luar memang bukan sakit medis					√				
						apalagi kalau sakit yang kaget-kaget					√				
						tiba-tiba sakit, itu lebih banyak, lebih cepat lari kedukun beranggapan bahwa buatan luar bukan karma penyakit					√				
						kemudian yang bilang angin bisa juga terjadi karma memang kan tiba-tiba saja dia sakit, seperti itu to? Mengeluarkan darah banyak								√	
						bahkan ada yang ya ini kita tidak bisa pungkiri yang tadi bilang angin, di saat dia muntah darah ya bisa saat itu juga dia mati								√	
						imajenya yang masyarakat, ya ada satu... Masih percaya dia sakit itu karma lain-lain								√	
						memang saya dengar-dengar begitu (TB karma diguna-guna) tapi saya tidak buktikan sendiri, cuman dengar di dorang saja									√
						kalau (karma) orang buat itu tidak ada kalau menurut saya, keyakinan saya tidak ada								√	





VERBATIM

Kode Partisipan : K1  
 Tanggal : 20 April 2015  
 Waktu pertemuan : Jam 09.05-11.00  
 Kunjungan ke- : satu  
 Tempat : Rumah partisipan  
 Jarak rumah ke puskesmas : ± 2 km  
 Posisi partisipan : Duduk berhadapan dengan peneliti  
 Lama waktu wawancara : 54 menit 15 detik

Kondisi lingkungan saat wawancara dimulai:

Wawancara dilakukan di ruang tamu di rumah anak partisipan dikarenakan setiap pagi partisipan datang menjaga cucunya yang masih bayi selama anaknya (ibu si bayi) bekerja sebagai guru sekolah dasar. Terdapat satu set kursi plastik dan dua buah lemari kayu. Peneliti dan partisipan duduk berhadapan. Lingkungan rumah cukup tenang untuk memungkinkan peneliti dan partisipan berkomunikasi dan saling mendengarkan satu sama lainnya.

Keterangan:

P: peneliti

K1: partisipan

A: anak partisipan

B: tetangga partisipan

Percakapan:

P	:	Selamat pagi mama
K1	:	Selamat pagi ibu
P	:	Saya panggil mama siapa ini enaknya ?
K1	:	Aaa Debora saja, kalo nama sabu saya itu, na'lodo, nama samaran, tau sudah sabu punya nama-nama samaran ibu (tersenyum dan tertawa).
P	:	Saya panggil mama debora saja kalo begitu ya
K1	:	Iya iya (mengangguk) (terdengar suara anak2 kecil bermain)
P	:	Iya, baik mama debora trimakasih sudah mau menerima saya, aaaa...seperti yang saya sudah jelaskan tadi, bahwa saat ini saya sedang melakukan penelitian
K1	:	iya ibu.... (mengangguk)
P	:	Dengan tujuan penelitian yang tadi saya sudah jelaskan, aaa...kesempatan kali ini saya akan mewawancarai mama, istilahnya
K1	:	Iya (mengangguk)
P	:	saya akan mengajukan beberapa pertanyaan, saya minta mama menjawab dengan jujur dan apa adanya, sesuai yang mama ketahui atau yang mama alami selama ini, selama mama menemani bapa menjalani pengobatan TB,

	seperti yang mama bilang tadi yah ?
KI	: iya ibu..... (mengangguk)
P	: Okey baik, aaa....mama debora, mama selama enam bulan menemani bapa efren pasti sudah dengar istilah tb ya?
KI	: Iya....
P	: Sudah tau? Sudah tau tentang TB itu ?
KI	: iya...
P	: Boleh mama ceritakan ke saya apa saja yang mama debora ketahui tentang TBC atau tentang penyakit TB itu?
KI	: Aaaa..., begini ibu karna bapa ini, kalo dia umhmmmm..., kan kemarin itu yang waktu masuk rumah sakit, saya bisa jelas dari pertamanya yang bapa masuk rumah sakit yang pertama sekali ibu e yang sebelum bapa.....
P	: Boleh ibu, boleh
KI	: (sebelum bapa) dapat penyakit yang seperti yang kemarin ini. Ha tahun 2008 tanggal (tampak berusaha mengingat) tanggal 2, tanggal 2 februari bapa masuk rumah sakit, di lindimara, haaa.... dokter bilang ini, bapa dapat penyakitnya kolik bilang, angin yang sudah lama membatu bilang, katanya seperti begitu, jadi bapa dirawat selama 3 hari di rumah sakit lindimara, ha sesudah sembuh itu, tahun berganti tahun abis, tanggaaal aaaa... tahun 2011, yang ke ..... eh tidak, ini 2015 ibu e? (membuat gerakan dengan tangan)
P	: Iya mama...
KI	: Aaa.... tahun 2014 yang kemarin itu bapa bilang jantung lagi, akhirnya kasih masuk sudah di rumah sakit lagi, di rumah sakit lindimara, abis itu ibu, sempat rawat di situ 4 hari, jadi masih oksigen juga dia tiga jam saat itu. aa... sesudah itu sesudah keluar dari situ, sudah sembuh begitu, boleh bilang saya beli juga itu obat itu lumayan juga ibu, karna kan dia tidak masuk diruang umum, dia masuk di vip kemarin, karena anak saya bilang kasih masuk sudah bapa di sip eh di vip, karna bapa ini kan jantung, biar dia supaya dapat yang aman begitu, jadi ini ongkos pembayaran itu, dua juta delapan ratus enam puluh, biaya pengobatannya lebih tinggi saat itu, ha tidak apa-apa demi kesehatan ibu, saya mau saja begitu, ha konsultasi dengan saya punya anak-anak dorang bagaimana-bagaimana akhirnya terjamin juga itu semua ibu. aa....abis itu ibu, mulai su keluar dari itu, bapa sembuh itu, saya liat dia punya ini (memegang dada) tidak terlalu lagi dia punya jantung itu, akhirnya kerja-kerja namanya dia juga mungkin, mungkin aktivitas terlalu ini juga ibu kan bapa juga kurang stabil, yang makan paginya dia jadikan makan siang karena keasikan dia kerja rumah barangkali, kerja ini apa begitu, jadi tidak stabil sudah dia punya makan, maka dia dapat sudah ini penyakit yang di bilang malaria falsivarum, humm... malaria falsivarum sempat empat hari juga di lindimara juga saat itu, dia... inpus dengan kina enam botol, saat itu, tambah dua botol, jadi delapan botol semua, tambah dengan dia punya vitamin sudah barang kali ibu, tapi yang saya tahu enam botol saat itu, itu kina itu..

P	:	Hum.....lalu?
K1	:	Abis itu ibu, sembuh itu, yang kemarin sudah itu tu lagi masuk lagi, yang tahun ini ni, yang bulan enam kemarin itu yang malaria falsivarumnya itu, aaa yang pas yang yang kemarin yang bulan berapa itu, bulan satu itu masuk lagi, bilang itu, itu sudah.....
P	:	TBC itu?
K1	:	<p>Itu sudah, haaa..... campur sudah dia kompli,... penting komplikasi sudah semua dengan dia punya, asam uratnya, itu bronhitis sudah itu, luka lambungnya semua, campur semua sudah.</p> <p>Saya ini, boleh bilang ih (partisipan terlihat sedih) saya mau konsultasi sudah ini periksa, bawa bapa ke hase, periksa, akhirnya bapa ini.. ini positif.. aaa .... sa bilang saya mau saja ibu kalo ibu mau kasih obat apa saja, saya mau, demi kesehatan saya mau, jadi ina mara dia bilang mama mau tidak untuk perawatan 6 bulan?, jadi sa bilang: mau sekali ibu, sa bilang ini jam juga saya mau, saya bilang begitu a....</p> <p>Tidak ibu sehingga saya tanya begitu kan ada orang juga kalo kita apa bukan suatu penawaran juga dia bilang demi kesehatan namanya kita juga dari kesehatan harus begitu.</p> <p>Saya tidak mau ditawar-tawar ibu saya maunya yang begitu juga saya bilang, ini jam ini jam sa pigi saya bilang begitu, saya juga tidak mau yang penyakit yang seperti begini-begini, penyakit apa saja dia harus saya basmi, saya bilang begitu dengan perawatan begini saya bilang</p> <p>sebab kita ini kita tau kita maunya yang baik saja saya bilang begitu, jadi ibu Mara dia akui sudah begitu, aa kalo begitu besok mama datang ambil obat, saya pigi memang tepat waktu yang dia bilang pas-pas, dengan dia punya nomor memang kita konsultasi, jadi tiap hari - tiap hari saya sesuai jadwal yang dia kasih sebelum makan mama harus minum obat eh bapa harus minum sudah, iya, kan yang pertamanya yang warna merah itu setiap malam ibu to? tiga biji itu tiap malam, sampe habis, ada mah semua dia punya lempeng-lempeng semua sa tidak buang sa ada simpan...</p>
P	:	Hum.....simpan
K1	:	Nanti kalo sampe akhirnya itu besoknya itu sudah yang ....
P	:	Besok di bawa?
K1	:	saya mau bawa ke ina mara, aa... abis ini ina mara bilang sa percaya sama mama dia bilang, saya ibu, saya bilang kalo masalah kesehatan bukan juga saya mau terlalu ini apa, saya tidak mau meremehkan apa yang kamu omong, sesuai jadwal kamu bilang, tanggal sekian tanggal sekian bulan sekian saya mau, jadi tepat besok tanggal 22 besok tepat sudah besok saya mau bawa bapa kesana sa bilang.
P	:	Ouh.... tapi besok ina mara mau keluar kota
K1	:	Ooooo...dia ada omong mah dia bilang kalo mama mau pergi ini hase mama kontak duluan dulu sama saya jangan sampe saya ada keluar, baru mama tidak dapat sama saya dia bilang

P	:	nanti mama hubungi lagi ibu ina mara
K1	:	Ho.... bilang mah begitu...
P	:	karna besok itu kalo tidak ada halangan dia mau ke kupang...
K1	:	Ooo.....
P	:	Ada ikut pelatihan tentang tbc itu..
K1	:	Umhh ...iya... (menggangguk)
P	:	tapi kalo, kan mau bawa bapa pi periksa to? tidak apa-apa kan ada ibu martha
K1	:	Iya ada ibu marta hoo.....
P	:	Ha'a ... nanti tinggal hubungi ibu ina kalo mau kesana, jadi besok mama bisa ketemu langsung ibu marta
K1	:	Iya. makanya kemarin itu, bapa masuk rumah sakit saya langsung ini apa sama dia, sa ada bawa semua ini obat ini ina, bae sudah, tidak saya ju tidak khawatir sama mama, jangan sampe mama tidak bawa. tidak ibu semua apa-apa yang kamu kasih dari kesehatan sa ada bawa semua. jadi bapa pas sementara periksa di UGD yang kemarin itu saya langsung serahkan di pak dokter, ini pak dokter ini obat selama ini dia ada minum obat ini, su bulan ke tiga sa bilang, terakhir april nanti abis sudah sa bilang begitu to... ha bae sudah dia bilang begitu, jadi ibu jangan karena minum ini obat yang lain, harus ibu lanjutkan itu obat sesuai dengan jadwal, iya iya pak saya bilang begitu, saya tidak ini apa tidak pernah lambat jam, tidak pernah lambat ini hari yang di tentukan sa bilang begitu, sa rutin sa bilang, jadi pas sudah besoknya tanggal 22, sa harus bawa bapa sudah ke hase saya bilang begitu.
P	:	Hu'ummmm.....
K1	:	22 april.... ja karna kemarin juga 22 kemarin yang sa bawa bapa
P	:	Hmm...
K1	:	Pas enam bulan ju....
P	:	Iya,... hebat. Nanti mama hubungi lagi ibu ina untuk memastikan untuk besok yah...
K1	:	Owh...iya, makanya rencananya besok sudah sa mau pigi karna hari rabu ini terakhir sudah dia punya obat....
P	:	Hu'um.....
K1	:	Saya maunya kalo memang masih ada biar dia sambung sudah, jangan-jangan lari lagi itu hari yang tidak ada obat begitu. sa maunya sambung terus sudah dia dengan itu obat itu, bilamana masih ada di dalamnya begitu.
P	:	Iya ... benar
K1	:	Jangan karena bilang sedikit, dari yang sedikit itu sudah kan timbul yang banyak ibu tho? Akhirnya kita juga sendiri yang membahayakan tho untuk semua keluarga juga bisa bahaya itu barang, bukan berarti kita tidak suka, tapi begitu sudah demi kesehatan ibu itu sudah yang saya bilang, dengan Puji Tuhan juga dengan melalui begitu bapa ini sembuh dengan cara seperti begitu sa bilang

P	:	Hu'um.....
K1	:	Sa bukan tidak mendukung, sa mendukung sekali ibu, sa mau saja yang begitu, paling suka yang begitu...
P	:	biar bapa bisa cepat sembuh...
K1	:	Makanya yang kemarin ada orang dari mana ko bilang, itu yang dari kanatang, apa ko, masuk rumah sakit, dia bilang tidak sembuh, dia masih sempat berbala-bala dengan saya di rumah sakit, itu pak itu dia sudah lebih tua dari bapa, dia bilang sa juga minum ini obat 6 bulan tapi saya tidak sembuh, sa pamalas sudah dia kumat, dia kumat-kumat, sekarang bapa dari kita saya bilang kalo kita jaga itu makanan kita tidak ngidam semua makanan apa yang dilarang dari dokter pasti sembuh sa bilang, kenapa saya ini pak memang dia belum begitu parah sa bilang, memang soal positif, positif sa bilang, tapi belum parah suami saya sa bilang, tapi semua barang makanan, yang bilang jangan di makan dulu jangan di makan dulu.....
P	:	Hmm.....
K1	:	Selama pengobatan ini berjalan, bukan berarti dia batal semua-semua makanan, tidak (menggeleng), tapi sa lihat itu bapa tua itu dia makan daginglah, makan apalah di yang baminyak baminyak di rumah sakit (menggangguk), ha itu sudah bapa to sa yang mengundang, biar bapa minum obat tapi bapa mengundang dari itu makanan itu soalnya, bapa kan tidak... tidak mau yang begitu sa bilang, mau bapa menderita, maka itu obat dia buang
P	:	Hmm.....
K1	:	Buang percuma.....
P	:	Dia tidak minum
K1	:	Dia tidak minum karna dia bilang tidak sembuh-sembuh, sa sempat berbala-bala dengan dia punya istri di rumah sakit itu,
P	:	Hmm....
K1	:	Hm... orang dari kamalapati, tapi dia tinggalnya di kanatang..
P	:	Kanatang ?
K1	:	Hu'u (menggangguk), kanatang sana, hiii sa melawan dengan dia ibu to?, tidak, sa bilang ini obat ini mujarab sa bilang, bukan bukan mau apa dari kita yang tidak tau cara minumnya, dengan cara pelaksanaan obat, entah, macam ini hari o kalau dia kasih jadwal seminggu, dalam satu minggu itu tiga kali minum
P	:	3 kali?
K1	:	Tapi kalo kita atur yang lain lagi pasti saja, sa bilang, macam ini sa punya laki sa bilang, ini nih dia nih sudah mau masuk bulan ke enam sudah sekarang, jadi dia dapat obat yang warna begini sa bilang, jadi dia dalam satu minggu tiga kali dia sebelum makan sa bilang, senin, rabu, sabtu sa bilang dia punya jadwal minum sa bilang, tepat jam, jam enam sa sudah kasi obat sa bilang, soalnya jam 7 dia mau makan sudah sa bilang bgtu..
P	:	Hmm.....

K1	:	Bubur dia makan bukan apa-apa, sa kasi dia bubur sa bilang, daging pun sa tidak kasih yang baminyak-baminyak, sa tidak kasih sa bilang, sayur masak kaya makanan babi sa bilang sama dia....
P	:	hmm...(tertawa kecil )
K1	:	Betul, demi kesehatan sa bilang, sa omong begitu ibu sama dia, karna sa liat dia, dia dengan nasi bungkus apa, di rumah sakit to, paitua ni hanya makan bubur tok, bubur-bubur dengan kalo ada telur itu pun juga bukan tiap hari, sekali seminggu sa kasih, paling juga sayur putih sa beli sayur putih masak bening, taro garam sedikit, garam juga kan di kurangi, karna bapa kan ini apa to (memegang dada bagian atas)
P	:	Jantung?
K1	:	(menggangguk) jantung. Jadi saya dikurangi, kadang garam juga saya tidak taro, yah dia juga dia mau-mau saja ini orang tidak melawan juga, makanya itu sudah sa bilang dia mohho-mohho, dia batuk-batuk, aii sa dalam hati ini orang ini tidak jadi ini (membuat gerakan mencibir dan menggeleng), jadi dia buang itu obat itu susu pun dia tidak mau terima, tambah penyakit dia bilang....
P	:	Hmm.....
K1	:	Namanya kau orang dungu sa dalam hati kau orang dungu sa bilang, tidak mau terjamin kau punya kesehatan, bukan kita mau takut, maksudnya kematian itu kan harus kita terima ibu tapi yang bisa diobati harus kita diobati dulu sa bilang, kita kan masih ingin hidup, kalo memang penyakit kalo bilang Tuhan bilang mari sudah biar kita tidak sakit kalo tuhan bilang mari sudah mati sudah kau mau apa lagi..
P	:	Ha'a.....
K1	:	Sa omong begitu sama dia punya istri, sa nekat ibu, yang sa nekatnya dia buang itu obat, sampe tidak abis itu obat yang merah dia minum juga, ..
P	:	padahal obat itu kan di berikan gratis oleh pemerintah
K1	:	Ada kesehatan sana yang mau kasih mati orang? sa bilang, tidak ada (menggeleng), namanya dia juga, dia itu dokter dunia kita tidak bisa untuk mau lawan, sebab dia tau semua kita sa bilang, dia di dengan alat apa semua-semua, kepercayaan kita itu, satu-satunya pengharapan kita dokter dunia, dokter pertamanya itu sudah yang memulihkan sama kita sa bilang, itu bapa itu (mencibir), lain jalur lagi, lebih baik ta usa minum bapa, makan sudah itu supaya dia tambah gemuk sa bilang sama dia punya istri, melawan dia punya istri o, ee sa tidak mau mengalah sama dia, sa biar tidak sekolah, padahal dia punya istri sa kalo sa liat dia punya istri mungkin dia orang sekolah tinggi barangkali, haaa melawan ngeri-neri e, haaa dari pada sa berbala-bala dengan kau untuk apa, lebih baik biar sudah kau mati, mati, hidup, hidup sudah, jadi tidak lama dua hari sebelum datang juga itu yang macam nona dorang begitu.
P	:	Hmmm.....

K1	:	Dari dinas kesehatan juga dia penelitian terakhir dia, sempat pergi di rmh sakit,
P	:	Hmm.....
K1	:	Ina mara juga yang kasih itu nomor, dia bel sam saya to? ibu ada diruang mana? di kapernaun sa bilang begitu, datang su, baru bakonsultasi begini su kita dua, jadi sa sempat kas tau juga sam dia, juga sama itu ibu, itu nona, dia masih nona itu dia, orang anakalang dia itu nona, dari kesehatan juga dia, penelit penelitian terakhir juga dia
P	:	Hum.....
K1	:	Sa kasih juga penjelasan seperti begini, mulai yang bapa sakit yang sa liat dia punya cara batuk itu tidak benar, memang tidak sempat, permisi ibu, tidak keluar darah hanya lendir-lendir, tapi sa ragunya di situ ibu, soalnya bapa ini kerja berat to, sa takutnya lama kelamaan lama kelamaan apalagi bilang su lambung su luka, apa makanya sa cepat sudah itu, sa cepat sudah, sa tidak mau lagi mau berlarut-larut untuk mau di obati, begitu, cepat ya ibu mungkin itu sudah sa bilang kuasa Tuhan mungkin, dia belum sampai 3 lempeng juga itu obat yang merah, sa lihat dia punya batuk sudah hiii sudah lumayanlah begitu, sudah lebihlah dari, kalo, biar tidak 50% juga tapi lumayanlah ibu dia punya kesehatan sudah sembuh, dapat susu yang kemarin itu dorang kasih, dancow itu, habis sudah dia punya susu, habis sudah.. (senyum)
P	:	Hmm..... baik mama tadi mama sudah cerita, aaa.... banyak sekali tentang riwayat sakitnya bapa, yah selama kurang lebih, untuk yang pengobatan TBnya saja ini selama kurang lebih sekarang ini sudah 6 bulan mama temani bapa untuk pengobatan TB, apa saja yang mama ketahui tentang penyakit TB itu? Penyakit TB itu apa? Penyebabnya apa? Itu bagaimana, apa saja yang mama tau?
K1	:	Iya, karna sa liat dari kesehatannya bapa sudah tidak memungkinkan, sa lihat begini dia lemas, batuk juga bukan hanya batuk-batuk biasa, batuk macam istilah batuk seratus hari, batuk yang bilang batuk rejan itu, tidak, sa liat itu bapa itu batuknya macam yang aneh-aneh toh? baru sa rasa ke bau amis begitu, ..
P	:	Apanya yang amis mama ?
K1	:	Lendirnya bapa...
P	:	Lendirnya? oo.....
K1	:	(angguk) Makanya sa takutnya dari situ...
P	:	Hmmm.....
K1	:	Soalnya kalo dia buang itu sa kan pernah sa sering marah sama dia, dia kan bapa ini sering buang saja begitu too...
P	:	Ludahnya ?
K1	:	Ha'aa....sa bilang kalo ko buang, buang jauh sa bilang begitu, nanti kesemutan kek atau bagaimana orang datang di kita punya rumah, bagaimana-bagaimana sa bilang tidak enak, jadi kalau sa lihat sa ambil pasir

	<p>ato tidak tanah sa tutup. (suara anak2 bermain sepakbola di lapangan depan rumah) sa liat dari itu sudah, oo saya berpendam saja selama itu (memegang dada, tampak sedih), tapi saya tidak mau ceritakan sama saja, ha yang mulai yang bapa ini apa, sa cerita sudah semua begitu, dari lendirnya bapa, begitu, aa dia punya kesehatan juga lemas-lemas apa tidak ini, kalo malam dia tidur macam ke gelisah apa begitu dia...aaa.. rasa cape dia bilang to, aaa.... jadi sa tahunya di situ dia bilang sering sakit dada, jadi sa bilang mungkin sakit dadanya mungkin pengaruh dia kerja karna dia kan kerja tukang to angkat berat-berat ato apa begitu jadi itu juga membuat dia gelisah malam tidak bisa tidur, begitu, menoso seluruh badan dia bilang begitu sama saya, apa lagi bapa ini su kom komplikasi dengan penyakit yang laen-laen juga to?....</p>
P	: Hu'um.....
K1	: Aaa.... terakhir juga itu yang dia dapat penyakit yang seperti begini, sa taunya dari situ,..
P	: Hu'um..... mama tau tidak aa bagaimana penyakit TB itu menular dari satu orang ke orang lain?
K1	: Bisa saja menular ibu, dari kan dia punya tempat makan, tempat minum, sisa-sisa minumannya dia barangkali, mungkin kita karena kita haus langsung kita minum tapi kita tidak tau lagi bahwa sisa minumannya si penderita ini kita langsung minum kan bisa terjadi seperti begitu, air keringat juga, ha dari sabun juga kan pake sama-sama barangkali, handuk juga pake sama-sama, namanya satu rumah ya begitu sudah ibu e? haa.. kalo pun kita hati-hati juga tapi kan kita ini kan satu rumah. Haa di saat kita mungkin kita datang dari panas-panas kita liat air di meja ada yang sisa dia minum barangkali baru tidak ada siapa-siapa pasti saja kita langsung minum karena kita berfikir eh bukan orang lain juga ini yg minum kita punya suami sendiri biasa su kita jadi kita langsung tancap sa minum to? haa begitu ibu....
P	: Waktu mama bawa, kan mama yang bawa bapa ke puskesmas untuk periksa ya? pertama kali tahu bapa hasilnya positif itu sudah langsung dengan ina mara?
K1	: Iya (mengangguk)
P	: Apa yang ina mara katakan ke mama waktu itu?
K1	: itu sudah yang saya bilang : kalo mama mau, bapa harus dirawat selama 6 bulan, jadi saya bilang mau sekali ibu sa bilang, saya mau sekali, ini jam ibu bilang ambil obat, ini jam saya ambil buat rawat bapa su
P	: Ina... ibu ina jelaskan tidak ke mama tentang penyakit TB itu apa?
K1	: Memang dia hanya, hanya dia bilang karena bapa ini sudah positif saja untuk jelaskan yang seperti seperti yang ininya tidak....
P	: Apa itu penyakit TB, dia menyerang organ yang mana bagaimana penularan?

KI	:	Tidak, tidak (menggeleng) dia tidak apa sama saya, dia tidak jelaskan sama saya, hanya dia bilang bapa su positif mama. Mama harus liat sama bapa harus rutin minum ini obat jangan lambat ini hari yang ada di kartu (cucu partisipan datang menghampiri) jangan duduk disini adi eh!! (partisipan berkata pada cucunya yang hendak duduk di meja) iya sy bilang, sy turuti apa yang dorang omong, jadwal minumnya, hari yang dorang minum yang dorang kasih itu sy tepati semua, yang warna merahnya yang pertama itu kan dorang bilang tiap malam to sampe abis itu yang warna merah, habis lagi saya pergi lagi ambil, terakhir sudah yang dorang kasih yang kuning sudah yang dalam seminggu itu yang kasih sudah yang dalam seminggu itu tiga kali, senin rabu sabtu.
P	:	Tahap lanjutan ya?
KI	:	3 biji satu kali minum
P	:	Selama 6 bulan itu bapa minum obat itu mama ada siapkan pot khusus untuk bapa buang ludah tidak?
KI	:	Saya siap, cuman bapa ini kalo, kadang-kadang dia buang sembarang juga begitu
P	:	Ooo.... walau pun sudah disiapkan? mama siapkan tempatnya?
KI	:	Aaa.. saya siap ma, taro pasir, taro blek tapi bapa selalu macam ke bagaimana barangkali, tapi kalo saya lihat tidak ada apa-apa, (terdengar suara cucu partisipan) jentik-jentik darahnya tidak ada (menggeleng) tidak ada, hanya lendir yang macam saya bilang sudah tadi
P	:	Sekarang masih batuk lendir bapa?
KI	:	Tidak lagi, tidak, tidak terlalu lagi (menggeleng) maksudnya, tidak terlalu kayak kemarin lagi yang berwarna, berwarna kekuning-kuningan begitu, tidak lagi sekarang (menggeleng)
P	:	Sekarang masih batuk?
KI	:	Ha batuk, Tidak, memang dia tidak ini....
P	:	Tapi lendirnya sudah tidak seperti yang kemarin?
KI	:	Haa.. (mengangguk), tidak, tidak lagi ibu (menggeleng) Buat apa, saya tidak mau, saya jujur saja ibu, saya tidak mau pelit, demi kesehatan, saya tidak mau tipu, apa yang saya lihat itu su yang saya jelaskan
P	:	Okey
KI	:	Saya tidak mau, mau buat apa saya mau malu, mau apa dengan penyakit seperti begitu begitu kan bukan kita saja yang mendapatkan seperti begitu, saya bilang biar saja
P	:	Benar sekali
KI	:	Saya yang harus jelaskan yang bagaimana
P	:	Saya pengen ke rumah mama, saya pengen melihat kedaan di rumah, tapi aa.. kalo tidak ada halangan, kan besok kita bisa pergi tadi kita bilang tapi mungkin, mama bisa ceritakan ke saya sedikit sekarang ini tentang sekarang ini tentang kondisi rumah, mama rumahnya masih rumah panggung atau seperti....

K1	:	Tidak, seperti rumah gedek biasa.
P	:	Okay
K1	:	Memang di dalamnya su lantai semen, tapi luarnya biasa (tersenyum)
P	:	O di dalam sudah lantai ya? ada berapa jendela mama di rumah?
K1	:	Woeeyy... 1, ada 2 kamar 2 jendela juga, aaa... (tampak berpikir) kalo yang di kamar muka itu 1.. 2.. ada 4 jendela semua 5 dengan d muka... macam begini tadi ibu (menunjuk jendela), jendela ini, baru ada lagi di samping – samping, samping, ada 4 semua, di muka ada 1,
P	:	Berarti mama punya rumah punya 5 jendela?
K1	:	Ha.. 2.. 3.. 6..,
P	:	6, 6 jendela
K1	:	muka, muka, macam kamar ini tadi ibu (tunjuk ke samping kiri) Ha.. jendela disini to, yang kamar ini, baru ada lagi di samping ma, jadi di ruang yang di ruang muka yg sy tidur itu dengan aa bungsu ini ada 2 jendela, dia di muka dengan disampingnya aaa.. kamar yg bapa tidur 1 jendela, ha ruang tamu itu satu dengan ini batas ruang tamu itu yang los begini 1 jendela lagi, baru di muka tadi ada na, satu begini, jadi 6... 6... → tanya: kenapa bapa tidur sendiri?
P	:	Berarti cukup a...
K1	:	Cukup, cukup terang ibu...
P	:	Terang ya...ummm..
K1	:	Tidak bau pengap juga, cukup terang...
P	:	Ada.. ada riwayat dalam keluarga tidak mama yang berobat 6 bulan juga ini?, ada tidak anggota keluarga yang juga pernah berobat 6 bulan seperti ini sebelumnya?
K1	:	E tidak (menggeleng), mungkin kemarin barangkali kena → maksudnya?
P	:	Tetangga?
K1	:	Ee etangga..... e saya kurang tau juga ibu..soalnya disitu juga kompleksnya sumba, Cuma.... oo ada ada si jeny ini, guru tapi dia, tidak rutin ini obat yang dia minum, ada anak tetangga disitu dia juga begitu, tapi dia sampai sampai yang terlalu rusak sekali dia, itu jeni, anak muda dia, dia pulang dari bali kemarin too... dia su minum minuman keras sudah disana berangkat jadi sampe di sumba, tinggal tulang tok, untung juga cepat kerumah sakit, dia sampe muntah darah dirumah...
P	:	Hu"umh.....m.....
K1	:	Jadi bawa dengan tidak benar ke lindimara kemarin itu, sekarang sampai sekarang juga napas tidak ini...
P	:	Masih ada sekarang?
K1	:	Masih ada...
P	:	Ooo ...
K1	:	Tetangganya saya
P	:	Ina Mara mereka belum kesana??

K1	:	Tau lagi dorang (menggeleng) memang kemarin bilang saya tanya dia punya mama ko'i, bilang ada perawatan, mungkin tidak rutin barangkali minum itu obat atau, baru kan sering minum juga to?, tau lagi bagaimana, saya juga tidak tau...
P	:	Anak perempuan?
K1	:	Anak laki-laki...
P	:	Ooo laki-laki... ooo
K1	:	saya tidak jelaskan, tidak cari tahu lagi sama dia punya mama kecil yang bawa dia di RS kemarin... tapi dia parah
P	:	Oke...nanti saya croscek di mama ina. mama a..saya kasih sedikit a.. informasi ke mama bahwa penyakit TBC itu adalah penyakit yang menyerang paru-paru, tapi dia juga bisa menyerang bagian tubuh kita yang lain selain paru2..
K1	:	Iya...iya (mengangguk-angguk)
P	:	Aaa...kemudian, makanya orang dengan TBC itu tanda dan gejalanya itu batuk-batuk, batuk yang lama biasanya, batuk dalam jangka waktu yang lebih lama, kemudian batuknya itu produktif istilahnya, mengeluarkan lendir dahak itu seperti yang mama bilang ada yg kekuningan dan sebagainya, nah seseorang yg di diagnosa positif TB itu, itu dia dapat menularkan kuman TB, jadi TBC itu disebabkan oleh bakteri bukan oleh virus tapi oleh bakteri namanya mikrobakterium tuberkulosis, pokoknya, intinya dia disebabkan oleh bakteri... nah.. bakteri itu ada didalam lendir yang dikeluarkan oleh si penderita tadi... aaa.. tidak harus lendir, omong-omong seperti ini pun bisa keluar bakterinya itu .. jadi bakteri TB tadi dikeluarkan oleh seorang penderita TB ke orang lain itu melalui saluran pernapasan, melalui udara, jadi ketika dia batuk, misalnya dia meludah sembarangan kemudian pas angin tiup ke orang kita kan angin disini lumayan kan?.. angin tiup kencang terbang sudah ini bakteri yang tidak kita liat karena kan ukurannya sangat kecil, lalu orang disekitar itu atau mungkin beberapa meter jauhnya kita, kuman TB ini sudah terbawa oleh angin to mama... terhiruplah oleh orang lain yang tadinya sehat sehingga akhirnya orang itu aaa...kuman tadi masuk kedalam tubuh dan kemudian ketika tubuh yang sehat tadi drop dia, dia drop sudah...kita bilang sudah e...pas dia lagi cape kayak gitu na jadi dia bisa juga tertular,. itu cara penularan TBC dan orang yang tinggal dekat pasien TB itu punya resiko yang lebih besar untuk tertular, jadi itu yang saya jelaskan (cucu partisipan menangis), jadi mama sudah cukup mengerti tentang itu yah.. apalagi mama sangat ingin bapak penyakitnya cepat sembuh.. (cucu partisipan tetap menangis semakin keras )
K1	:	Iya, sayang (berusaha menenangkan cucunya yang menangis.. terdengar suara anak ayam)
P	:	Dia dengan siapa disana?? (bertanya tentang asal suara tangisan)
K1	:	Sendirian...
P	:	Ooo ...iya....

K1	:	Tunggu ibu e saya ambil dahulu dia, kasihan... (pergi ke kamar depan)
P	:	Ia mama (anak ayam berbunyi, ibu deborah memanggil ibu sang bayi)
K1	:	Mone pi panggil mama dulu pi.... kasih tete adi... adi pi panggil mama tana pi...
P	:	Ooo... ana mea? panggil sayang, panggil mama biar adi susu, kasian adi (berkata pada cucu partisipan yang lebih besar)
K1	:	Ia adi, pi sudah.... kasihan adi mea dia baru pulang imunisasi tadi..
P	:	Berapa bulan su?
K1	:	2 bulan dengan tanggal 17 kemarin ibu (tertawa dan tersenyum)
P	:	Anak laki-laki?
K1	:	Iya.... hehehehe..
P	:	Adi pergi panggil mama su, kasian adi lapar, adik pintar e anak pintar....
K1	:	Kas tau bilang adi menangis bilang e... (tertawa)
P	:	Sambil gendong adik kita lanjut mama e... ha, lucu sekali
K1	:	iya sayang... (mengayun-ayunkan cucunya yang masih bayi... sambil berkata menenangkan...)
P	:	Tadi mama sudah bilang ya... pertama kali waktu bapa di katakan positif, mama langsung bersedia untuk mengikuti program pengobatan, menemani bapa untuk mengikuti program pengobatan, bapa sendiri bagaimana?
K1	:	Tidak...dia juga setuju... )senyum)
P	:	Dia langsung mau? Bapa langsung mau begitu ya?
K1	:	Dia langsung mau, dia juga tidak bilang, ee sa tidak mau, begini-begini tidak (menggeleng), apa yang saya atur sama dia, dia mau sudah....
P	:	Tidak kepikiran ini harus minum obat 6 bulan?
K1	:	Tidak (menggeleng)
P	:	Tidak juga ya?
K1	:	Saya bilang kau mau sembuh atau tidak? saya bilang, mau dia bilang, ok, besoknya saya langsung pi ambil obat...
P	:	Perasaan mama sendiri waktu pertama kali ina mara kas tau seperti itu bagaimana?
K1	:	Yaaa.. perasaan saya itu memang sebagai manusia, ibu, memang saya itu ragu juga sedikit, tapi... saya berpikir juga pengharapan saya itu, saya tidak mau mengharapkan yang terlalu sulit untuk saya, sa maunya yang itu sudah, yang baik, semoga Tuhan juga buka jalan yang terbaik untuk saya, supaya dengan obat ini bapa bisa sembuh, itu saja pergumulan saya ibu (tersenyum). Ha
P	:	Hmmm...makanya langsung mau ya?
K1	:	Ha langsung mau (mengangguk). Tidak ada berat saya ibu untuk menerima ini yang kenyataan yang begini saya mau ibu, jadi bilang sama Ina mara apa yang ibu atur, atur sudah, saya bilang, saya tidak melawan saya bilang..
P	:	Ibu ina senang dapat pasien dan keluarga seperti ini (tertawa kecil ) karna ada beberapa pasien dan keluarga lain yang menolak, ...

K1	:	Banyak orang melawan seperti ini, tidak mau bilang ooo, dorang bilang minum obat, obat apa memang tidak tahu sembuh-sembuh.. banyak orang yang selalu begitu, saya saja yang sampe tuntas, yang lain-lain itu ada yang tidak tuntas itu.....
P	:	Hu'um.... akhirnya kambuh lagi ya.... menularkan ke orang lain...
K1	:	Ho'o kambuh lagi, Iya makanya itu sudah to dorang hafal muka-muka orang yang begitu akhirnya bilang apa itu hari ma tahu sudah dorang sekat sudah di rumah sakit sana....
P	:	(tertawa kecil) hmmtttttt...
K1	:	Sa tidak (senyum), jadwal yang dorang bilang tanggal begini mama datang ambil obat, biar saya sibuk bemana ibu tetap saya ambil alih jam yang dorang tentukan, saya sudah ada disana, di kesehatan, tidak ada mau lakukan ini apa, saya jalan kaki tidak pernah naek ojek, dari keraha sana...
P	:	Hmmtttt.... dengan bapa?
K1	:	Sendiri.... kan untuk ambil obatnya.....
P	:	oo... untuk pergi ambil obatnya, berapa kilo itu mama ..?
K1	:	Apa itu?
P	:	Dari rumahnya mama ke hase?
K1	:	oo... bisa satu kilo lebih o..... (ibu sang anak sampai di rumah)
A	:	Halo selamat siang....
P	:	Haloo....saya tidak bangun lagi...
A	:	Tidak apa-apa...
P	:	Saya ada cari mama....
K1	:	Dari dinas kesehatan o.....
A	:	Owhh.....
K1	:	Cari bapa we, terakhir pengobatan ini bulan to?
P	:	Penelitian tentang TB salah satu pasiennya bapa efrain....
A	:	Bapa, iya....
P	:	Tadi mau ke rumah, mama bilang ada jaga adi...
A	:	iya ibu (tertawa)... ada minta tolong mama jaga adi....
K1	:	Ini.... mama mau ini.... (memberikan cucu nya)
A	:	Iya ibu tidak apa-apa, sini meh (menggendong anaknya, terdengar musik, bicara dengan bahasa sabu)
K1	:	Omong lanjut sa ibu, tidak pa-pa, hii macam kita tidak hargai saja ibu (senyum)
P	:	Tidak, tidak apa-apa tidak masalah. Mama tadi kan mama bilang toh, ada juga banyak juga yang menolak kemudian putus berobat dan lain-lain, kalo menurut mama aa itu kan, secara garis besar masyarakat kita seperti itu ya? ada penolakan untuk berobat, menurut mama debora a... bagaimana pandangan masyarakat atau pendapat masyarakat secara umum itu tentang penyakit TB? apakah ada pendapat-pendapat masyarakat, yang pernah mama dengar tentang penyakit TBC, misalnya penyakit aa penyakit TB e, tidak mau berobat nanti kalo kita mau

		pergi ambil obat di hase orang tahu sudah kalo kita pengobatan 6 bulan, nanti orang bilang kita ini penyakit TBC orang tidak mau dekat-dekat?
K1	:	Kalo saya ibu dipemikirannya saya tidak ada seperti begitu...
P	:	Kalo yang masyarakat, orang lain, bukan mama, kalo mama saya percaya mama mau mengikuti pengobatan, tapi untuk pandangan masyarakat sumba timur bagaimana yang mama pernah dengar?
K1	:	Itu sudah dorang bilang ini, ya kalau sa dengar-dengar juga, tapi saya memang kalau menurut saya dipemikirannya saya itu tidak ada yang seperti begitu, saya mau saja yang baik saja, tapi di orang lain barangkali rasanya malu, minder, segan begitu, barang kali dengan adanya penyakit begitu to...
P	:	Mama dengar ada yang seperti itu ?
K1	:	Ha itu, itu sudah yang saya bilang dari kanatang itu, yang saya cerita tadi itu, kita minum juga obat tidak dapat, ada 2 orang to yang saya dapat yang di lindimara itu aaa.....
P	:	Apa katanya?
K1	:	Orang dari prailiu satu, satu dari kanatang, sudah orang tua juga itu, dia bilang, minum-minum juga obat tidak sembuh dia bilang, percuma saja kita kenyang minum obat dia bilang. begitu tidak sama saja dia bilang, kita minum ini obat tidak sembuh juga dia bilang, lebih baik kita keluar ini kita minum obat kampung saja dorang bilang begitu. tp minum ma obat kampung juga, pulang, kembali-kembali juga ke lindimara sana, sudah 3 kali dia masuk di lindimara, itu yang dari kanatang itu, itu pak yang dari kanatang itu.
P	:	Dia sudah tahu sakitnya tapi tidak mau mengikuti pengobatan
K1	:	Baru dorang bilang, dorang bilang dapat susu kenapa kita tidak dapat, he, saya ini kamu liat di bawah kolong 1 dos saya dapat ini susu saya bilang begitu, pas saya di lindimara kemarin itu ina mara telfon sama saya pergi ambil itu susu jadi anak mantu, anak mantu ma yang pergi ambil itu susu di rumahnya ina mara situ. nanti sama bawa di rumah saja mama e, tidak usah lagi datang di hase dia bilang, iya baik juga ina saya bilang, jadi anak mantu pi sekolah disana dia langsung bawa sudah ke rumah sakit, dorang tergiur lagi karena bapa ada dapat susu 1 ini apa. tidak bisa lagi pak saya bilang!! kalau su putus itu obat, kecuali dari pertama kalau pun dorang kasih, karena kan kemarin dorang su tahu, pak itu start pertamanya sudah tidak mau, apalagi yang kedua, kalau hanya kejar itu susu dengan itu uang transpor yang tiap bulan itu saya bilang, tidak saya bilang
P	:	Dia kasih uang transport tiap bulan?
K1	:	Itu "make" dia bilang dia tidak dapat karena dia tidak rutin
P	:	Tidak pergi ke puskesmas? mama dapat uang transport tiap bulan?
K1	:	Dapat to, tiap kalo sy pi ambil obat, ina kasih saya
P	:	Ibu ina kasih berapa?
K1	:	Penting semua tiga ratus kalo itung semua
P	:	Ooo... total selama 6 bln ya?

K1	:	Iya.. iya.. (mengangguk)
P	:	Dapat semua ya?
K1	:	Iya tiap kali saya pi ambil obat, huuu... dapat semua
P	:	Makanya mama juga rajin kesana maksudnya... bukan karena uangnya e, tapi kesana kan kesananya kan tidak mengeluarkan uang lagi, sudah di biyai oleh pemerintah
K1	:	Itu sudah saya bilang, ibu saya bilang sama itu orang, saya bukan dengar karena dorang bilang penjelasan ada dapat susu, dapat uang transpor, takutnya kalo tidak uang ojek tidak datang ambil itu obat.
P	:	Iya benar
K1	:	Saya biar pakai saya punya uang pribadi juga ibu selama ini saya ini apa bukan karena tergiur karena dia punya omong ibu yang susunya ini juga tidak, kesehatan yang saya perlu saya bilang
P	:	Tapi mama, masih ada juga masyarakat yang apa tidak rutin untuk ambil obat padahal dari puskesmas sudah beritahukan bahwa nanti kesini uang ojeknya diganti, kayak gitu kan yah? jadi intinya bahwa, pengobatan ini gratis, obat sudah disiapkan, transport juga sudah di tanggung tapi mereka masih ada juga yang tetap tidak mau datang
K1	:	Itu sudah
P	:	Itu kira-kira kenapa mama?
K1	:	Tahu (mencibir dan menggeleng), entah dorang malas, atau tidak mau memang barangkali, atau menurut pemikirannya dorang barangkali kalau minum ini obat mungkin dorang mati atau bagaimana tahu lagi ibu, menurut saya tahu lagi orang (tertawa) tapi kalo menurut saya..
P	:	Mama tidak pernah dengar-dengar maksudnya apa cerita-cerita di antara masyarakat tentang itu? Cerita tentang itu
K1	:	Kalau masyarakat dekat dengan saya memang tidak ada, tapi kalau yang macam saya bilang sudah itu yang dari prailiu sana dengan dari kanatang itu dia ceritanya seperti begitu, minum obat tapi tidak sembuh
P	:	Berarti karena dari sendirinya yang tidak mau, dari sendiri sudah menolak?
K1	:	tidak sembuh2 itu, dia bilang begitu, abis kemarin yang dia lihat ini bapak ini saya lihat, eh dia lihat saya buka ini susu yang satu dos. heh!! kok ibu ini banyak sekali susu banyak bawa di rumah sakit, oo ini kan dari dinas kesehatan ibu
P	:	Susu apa yang di kasih?
K1	:	Dancow, dancow yg di bungkus itu, 1 dos besar, ini dari dinas sudah, obat perawatan yang 6 bulan, ini sudah ini nih dia punya pasangan, hee!! kok kita tidak dapat? Kenapa ini pak tidak dapat, ibu? saya bilang, sama dia punya entah dia punya istri atau siapa barangkali saya tidak tahu, Ee ibu rutin minum itu obat? Pak rutin minum itu obat, saya bilang, ee.. minum-minum-minum tapi kita tidak dapat itu obat yang kuning seperti begini,

	<p>haa ini obat terakhir sudah ini ibu, yang kemarin itu yang merah-merah merah itu tiap malam minum, saya bilang, jangan lalaikan hari dia, kalau yang ini dia, dalam satu minggu 3 kali saja sy bilang, harus tepat waktu sy bilang,          aii kita tidak dapat?          karena ibu tidak tepat waktu saya bilang</p>
P	: Tidak rajin ke puskesmas juga jadi tidak dapat sudah
K1	: Jangan mencurigakan ee dorang yang makan, dari kita pasien yang tidak mau, bukan kesehatan yang makan sa bilang
P	: (tertawa) iya..
K1	: Saya omong begitu sudah sama dorang, dua orang disitu to, kamalapati, eh kanatang dengan dari prailiu sana, yang mengeluh seperti begitu, padahal kondisi su tidak memungkinkan
P	: Prailiu itu harusnya puskesmas mana dia, waingapu ya?
K1	: di... (tampak berpikir) waingapu itu sudah, apalagi ada anak saudara, kalo kenal inef baselia yang di matawai situ dia di puskesmas waingapu dia
P	: Siapa namanya
K1	: Inef baselia, dia punya bapa itu kakak kandung dari paitua sudah, maka dia sudah yang membuat saya itu untuk, saya juga takut, eh percuma dia punya adik di dinas kesehatan tapi kenapa dia punya bapa dia tidak bisa perhatikan, maka saya juga dengan saya berfikir seperti begitu, jaga supaya jangan orang omong seperti itu sama dia, mari sudah saya dorong dia sa bilang begitu
P	: Berarti mama sangat mendukung bapa e?
K1	: Saya sa sangat mendukung, saya mendorong dia, jadi dia tahu bahwa tahu bahwa bapa ini perawatan 6 bulan, kenapa mama ini dia juga ini apa begitu, dia yang kasih dorongan untuk saya supaya bapa itu harus di rawat dengan obat 6 bulan, jadi saya bilang: sudah, ina saya bilang begitu, sudah ina, saya sudah konsultasi dengan ina mara
P	: Jadi mama ini apaaa... selama 6 bulan sangat teratur untuk pergi ambil obatnya bapa ya, mama pergi sendiri ke puskesmas?
K1	: Teratur, Pergi sendiri, tanya sendiri saja
P	: Jalan kaki yang mama bilang tadi itu?
K1	: Jalan kaki
P	: Berapa kilo itu kira-kira mama?
K1	: Yaa,.. bisa ya 1 kilo lebih ato satu kilo saja saya juga kurang tau, nanti besok saja
P	: Tidak terlalu jauh kan?
K1	: Aaa.. saya ikut sawah
P	: Ooo.. ikut sawah kesana, bapa di rumah saja?
K1	: Iya di rumah saja
P	: Ini sekarang kalo mama datang sini jaga cucu-cucu?
K1	: Dia sendiri sudah (senyum), saya su masak kasih dia, masak nasi, masak ana

		sayur yg dia makan, sudah, sudah beres semua,
P	:	jadi bapa sendiri di rumah?
K1	:	Jadi dia tinggal makan, air mandi saya sudah siapkan, kasi dia, kalo mau mandi, mandi sudah, kalo sore saya masak air panas kasih dia, kalau dia mandi air dingin karena takutnya, sa takut kambuh dia punya rematik lagi, jangan terlalu di dingin dokter bilang, jadi saya sering masak air panas kasih dia, saya ambil ana daun-daun juga masak juga kasih dia, begitu, kalau kau mau mandi, mandi saja, air dingin, air dingin saya sudah siap kasih dia di ember, begitu jadi dia tinggal makan, dia tidak barubu-raba walaupun saya sibuk dengan saya punya cucu pagi-pagi sa sudah bangun, saya sudah siap semua.
P	:	Sudah siap untuk bapa walaupun kasih tinggal?
K1	:	Walaupun bukan makanan yang enak yang penting adalah dia makan, ana sayur biasa, ha'a ana bubur kalo kau mau makan nasi kering, nasi lembek sudah ibu, makan, kalo mau makan bubur, bubur, jadi ada, bubur, nasi, bubur jadi dia lebih bagus dia makan bubur dia bilang jadi nasi itu kadang dia tidak sntoh juga jadi kalo pulang dari sini kadang saya bawa nasi dari sini, kadang tidak juga, karena masih ada itu nasi, begitu ibu (tertawa kecil)
P	:	Berapa berat badannya bapa sekarang?
K1	:	Yang kemarin itu tahu lagi dorang juga tidak timbang di rumah sakit, yang kemarin yang bawa waktu bapa kena asam urat ini, soalnya langsung apa di ugd dorang tidak timbang lagi, jadi saya juga tidak tau lagi.
P	:	Tapi mama lihat naik tidak bapa punya badan?
K1	:	Aii lumayan (menelengkan kepala ke samping kiri)
P	:	Sejak mulai pengobatan ini ada perubahan atau tidak?
K1	:	Lumayan (menggangguk), itu sudah saya bilang ibu, lumayan sudah dia walaupun barang kali menurut penglihatan saya belum seratus persen dia punya kesehatan dipulihkan dengan obat itu, entah lagi besoknya kalau pergi cek lagi, ya syukurlah masih su lumayan ibu, ia punya perubahan banyak begitu, cuma kecapaian karna dia juga semakin hari kan umur juga sudah ini ibu, tanggal 24 april besoknya dia 60 sudah (tertawa kecil)
P	:	60 tahun? We bapa punya ulang tahun berarti ya? sedikit lagi, beberapa hari lagi...
K1	:	60 sudah dia (senyum)
P	:	Mama selama 6 bulan mama temani bapa ikut pengobatan itu ada kendala tidak atau hambatan yang mama temui?
K1	:	Yah kalo di lihat kendalanya bapa tuh, ada juga sedikit hanya saya liat itu sudah saya bilang dari dia punya gerak-gerik apa juga kurang itu sudah, belum begitu aktivitasnya belum begitu ini naa, belum begitu segar aa.....

P	:	Itu membebani mama, perasaan mama? Membuat kepikiran ?
K1	:	E saya bukan tidak kepikiran juga, saya pikir juga ibu, tapi kalo saya lihat juga, saya tidak mau juga untuk terlalu bebani saya punya pikiran sebab begini kalau saya mau bebani dengan pikiran karna bapa menderita sakit begini akhirnya saya jatuh sakit, saya berpikir siapa yang harus urus dia, jadi sa harus kuat saya punya daya tahan tubuh, pemikirannya saya, saya harus kuat bagaimana caranya supaya dia itu bisa dipulihkan kesehatannya seperti yang kemarin (suara cucunya) walaupun dia tidak mau aktivitas lagi sebagai tukang tapi tidak apa-apa karna kesehatan memungkinkan biar sudah dia kerja dirumah, tidak apa-apa(suara tamu datang)
B	:	Ibu bety iya? (seorang pria datang menghampiri)
P	:	Maaf, siapa ya? saya lupa...
B	:	Sem, saya kawan dengan kaka, dengan mery... owh disini sudah e,,?
P	:	Saya? saya memang di waingapu, ini sedang penelitian (tertawa kecil)
B	:	Owh.. kalo kk dmana?
P	:	Di kupang....
B	:	Di kupang dia e.....
P	:	(melanjutkan kembali percakapan dengan partisipan) kendala lain ada tidak yang mama temui misalnya kalau keluarga besar sendiri ikut mendukung pengobatannya bapa?
K1	:	Iya ikut (mengangguk)
P	:	Malah mendorong supaya harus obati sampe tuntas seperti mama cerita tadi e?
K1	:	mendukung (mengangguk) Termasuk anak saya yang di surabaya sana yang dua orang, yang disini, anak mantu, dengan keluarga-keluarga dekat saya, saudara sepupunya saya Sampe disana juga sa kasih tau kalau bapa ini sudah begini-begini, mereka bilang baik sudah yang penting mama harus rutin kasih minum obat bapa jangan lalaikan waktu yang dorang kasih...
P	:	Jadi tidak ada kendala yang terlalu berarti
K1	:	Tidak berat juga ibu...
P	:	Yang menghambat pengobatan yang bapa jalani sekarang ya? jalan kaki juga mama mau tadi ke puskesmas?
K1	:	Betul ibu bukan saya omong kosong, saya jalan kaki betul ini jarang sekali baru saya naik ojek kalau ada ojek yang lewat dulu situ, kalau tidak saya jalan kaki, saya takut jam itu terlambat jangan sampai ada dia punya efek sa punya maksud itu ibu, jangan sampai dari jam juga sebentar, itu, jadi saya juga buru pagi-pagi takut terlalu panas juga kalo pulang...
P	:	Iya.. iya
K1	:	Sampe memang, saya langsung ke ruangnya ibu mara..
P	:	Hmm.... berarti mama sendiri dengan keluarga tidak ada penolakan ya untuk terlibat dalam program pengobatan.

K1	:	Iya (angguk)
P	:	waktu pertama kali mama mereka untuk mengambil keputusan untuk ikut ini pengobatan TB, pengobatannya bapa, ikut merawat bapa ini, waktu pertama kali ina mara beritahukan di puskesmas, mama langsung bilang iya ato mama masih berunding dengan anak-anak dan keluarga?
K1	:	Tidak, sesudah pulang saya dari hase itu saya langsung ambil hp saya langsung komunikasi, mama pulang dari hase, tadi begini-begini, bapa ini mau dirawat dengan obat selama 6 bulan..
P	:	Hmm.....
K1	:	Baik juga, jadi mama sudah konsultasi dengan dokter dengan ibu perawat? sudah saya sudah pulang saya bilang begitu, sekarang mendukung atau tidak saya bilang kalau memang mama atur seperti begitu yah oke, tidak ada kata bilang "e jangan begini", "kalo rawat 6 bulannya bagaimana, jangan sampe ada efek lain begini begini, kelebihan obat dosis tinggi", tidak, tidak ada begitu (geleng), tidak ada hambatan yang membuat saya itu pikiran, hanya jalan saja, jalan lurus saja dengan itu cara seperti begitu, jadi saya merasa bangga juga karna dorang mendukung saya...
P	:	Anak-anak mendukung.. tidak ada penolakan dari mereka berarti mama e, setelah itu baru mama ke hase lagi untuk ambil obat?
K1	:	(mengangguk) malah dorang tanya kapan bapa minum obat ini? besok sa mau pi ambil sudah.... (tampak sedih)
P	:	oo... begitu...
K1	:	baik sudah Mama harus rutin lihat dia punya obat, lihat itu kartu yang dorang kasih jam berapa, tanggal berapa yang dorang kasih mama harus rutin pergi ambil obat.... iya sa bilang
P	:	Hmmm.. iya... kan sudah ada kartu untuk apa... jadwal untuk kontrol berikutnya... hmmm mama ini berarti suku sabu kan yah?
K1	:	(mengangguk) iya sabu
P	:	apa ada nila-nilai budaya orang sabu sendiri yang bertentangan dengan pengobatan yang bapa jalani sekarang?
K1	:	Tidak ibu (menggeleng)
P	:	Tidak ada ya yang secara khusus menentang ya mama ya?, Terakhir mungkin ini mama e..aa..... ini kan sudah hampir selesai sudah yah.... bapa minum tinggal 1 hari lagi minum obat,..
K1	:	Rabu besok ini.... (angguk, senyum)
P	:	Tinggal hari rabu besok bapa minum obat ...oo.. tadi bilang mama mau bawa bapa untuk periksa ke lab lagi kan?, ketemu ibu marta, bagaimana perasaannya mama? ada perasaan khawatir atau takut tidak mama?
K1	:	Tidak sama sekali (menggeleng)

P	:	Misalnya a.... misalnya besok hasilnya masih positif, dan bapa harus minum obat lagi misalnya seperti itu bagaimana mama?
K1	:	Tidak, saya tidak ada perasaan takut (menggeleng), tidak ada perasaan untuk membuat saya menjadi hambatan untuk dia di obati lagi, tidak(geleng), saya mau itu sudah.. demi kesehatan harus dipulihkan...
P	:	Jadi harapan mama sekarang bapa sembuh 6 bulan ini, tapi kalo pun masih harus menjalani pengobatan lagi mama siap untuk dukung bapa lagi kembali....
K1	:	Saya siap ibu....
P	:	Hebat, bapa senang sekali pasti....
K1	:	(tersenyum) Saya siap ibu, saya tidak mau memang, bukan berarti juga, yaaa.. namanya kita juga sebagai orang kristen namanya begitu sudah perbuatan Tuhan itu bukan kita tidak mau terima seandainya dia mencelakakan tapi semasih bisa di obati ya itu sudah,.....
P	:	Hmmmm.....
K1	:	Itu saja.. pengharapan saya itu saja,.... tidak ada pengharapan untuk saya mau ragu..... mau curiga kayak dia kelebihan obat itu, kelebihan dosis itu, dia efeknya begini... begini.... begini..... tidak ada (menggeleng)
P	:	Apa pernah ada yang omong seperti itu di mama?
K1	:	Ada orang,... ada itu...
P	:	Jangan mau apa... ikut itu minum obat 6 bulan karna 6 bulan lama sekali nanti kelebihan dosis?
K1	:	(mengangguk) Ada... ada orang yang omong begitu sama saya... tapi...
P	:	Siapa siapa saja yang omong? apa tetangga? atau orang-orang terdekat?
K1	:	Orang-orang, kemaren ada mah orang di rumah sakit yang kemarin teman teman kamarnya bapa itu eei, tapi sa anggap dorang omong itu macam sepele untuk saya macam angin lalu saja, sebab saya berfikir itu bukan dorang yang rasakan.... apa yang dirasakan oleh saya, saya bilang, saya sendiri yang merasakan sebagai istri bagaimana kalo saya punya suami sakit, apa sa tidak pikiran tidak merambang belum saya jaga ini, belum itu, urus sa punya suami bagaimana, baik kalau dia masih memungkinkan untuk dia bangun ambil air, kalau tidak sama sekali bagaimana? kasihan saya to? huss seeh (mengusir anjing) jadi saya maunya ... a tir mau, jadi biar aja dorang omong, saya tidak mau juga berbantah juga dengan dorang, e biar sudah kapan dia sembuh itu sudah saya bilang, demi kesehatan karena ada obat jadi kita minum dulu sa bilang, (cucunya merengek) heh adiii.... dia mau minta tete ini ibu e...hehehehe
P	:	Dia tete di siapa ?
K1	:	Dengan oma ibu e (tersenyum malu)
P	:	Owhhh.... dia tete dengan oma? "tete sudah sambil tete, oma sambil omong dengan tante e..
K1	:	Hoo'o... begitu sudah,.....
P	:	Aduuh.. Barampas dengan adi sudah?

K1	:	Kalo sa pangku dem adik itu palese sekali maunya dia saja tidak boleh orang lain raba saya... maunya dia saja...
P	:	Dia soleh dengan mama?
K1	:	Semua sudah ini.... (mama debora berkomunikasi dengan anak dan cucu menggunakan bahasa sabu) pangku itu adik kecil saja tidak bisa ibu, tapi pagi saja masih batereak menangis suruh kasih tidur itu anak kecil, pangku dia, tete saya oma tete dulu saya...
P	:	(tertawa kecil) mama pernah tidak dengar orang katakan bahwa penyakit TB itu penyakit kutukan atau penyakit apa begitu?
K1	:	Ee, tidak ma, dorang bilang ada bilang, mungkin tasalah atau tidak selesai adat to, tau sudah namanya adat istiadat itu e, tapi sy bilang tidak ada apa-apa
A	:	Oo sam bapa isap rokok, bapa tuh sejak kelas sd, pake linting itu daun lontar, isap (cucu partisipan datang, membujuk cucu untuk menjauh)
K1	:	Pasti pengaruh rokok itu.
P	:	oo.. begitu ya? ada anggapan bahwa berhubungan dengan adat tidak selesai, adat pernikahan begitu kah?
K1	:	Kita sudah selesai semua ibu, sudah beres bagaimana? apalagi yang jadi kendala buat yang begitu-begitu? memang penyakit sudah mau bagaimana...
A	:	Pernikahan, iya, pernikahan sudah ibu. Bapa sekarang su berenti sudah obat ee?
K1	:	Oo terakhir, besok mau bawa papa ke hase, terakhir su hari rabu, kan sa sudah lihat di kartu (berkata pada anaknya)
P	:	Periksa, periksa konversinya, istilahnya begitu, dari hasil yang pertama positif hasilnya berubah ke negatif atau tidak setelah pengobatan (berkata pada anak partisipan) sudah berapa kali periksa setelah minum obat? sudah berapa kali? (tanya ke partisipan)
K1	:	Hum.. hee itu yang kemarin itu yang masuk rumah sakit saja itu, yang dapat asam urat itu, periksa itu saja, hanya karena itu saja di kasih rujukannya untuk bapa dari lindimara sana
P	:	Di akhir bulan ke 2 bapa periksa tidak?
K1	:	Tidak pi periksa karena ina mara mungkin dia juga tidak gugup karena kan saya rutin (tertawa), jadi dia tidak ini apa, memang dia komunikasi terus dengan saya ina mara
P	:	oo.. iya iya..
K1	:	Tiap hari dia harus kasih ingat sama saya, oke boss saya bilang begitu, dia tertawa sudah
P	:	Baik sudah
K1	:	Kalau sudah mau setengah 5, jam 5 lagi, dia mulai sms sudah sama saya, oke bos, sudah boss, saya bilang begitu. kita "baapa" di sms itu

P	:	Baik sudah kalo begitu, baik sudah mama, saya rasa untuk sekarang cukup dulu, nanti saya ketikkan kembali hasil apa bincang-bincang kita, nanti saya lihat lagi kalau ada yang kurang-kurang, saya kroscek kembali ke mama kalo begitu e..
K1	:	Iya.. iya..
P	:	Terima kasih banyak yah mama yah, besok kita ketemu di puskesmas e.. kalau tidak ada halangan
K1	:	Iya.. oke.. oke..

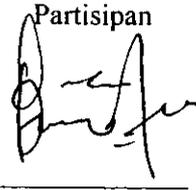
Waingapu, 2015

Pewawancara



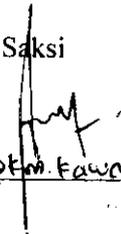
---

Partisipan



---

Saksi



Dj. TB Ptm. Fawangu