

**PENGARUH PEMBERDAYAAN KELUARGA PENDERITA TB
(TUBERCULOSIS) PARU TERHADAP KEMAMPUAN MELAKSANAKAN
TUGAS KESEHATAN KELUARGA DI WILAYAH PUSKESMAS
MARTAPURA DAN ASTAMBUL KABUPATEN BANJAR**
*(The Influence of Empowering TB (Tuberculosis) Patients' Family on
Capability of Implementing The Family Health Task in Martapura and
Astambul Public Health Center Areas in Banjar District)*

Marwansyah¹ dan Hidayad Heny Sholikhah²

Naskah masuk: 24 Agustus 2015, Review 1: 27 Agustus 2015, Review 2: 27 Agustus 2015, Naskah layak terbit: 5 Oktober 2015

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyembuhan TB paru membutuhkan waktu yang cukup lama. Hal ini kerap kali terjadi dalam perawatan dan pengobatan TB paru di Indonesia. Anggota keluarga perlu diberdayakan untuk dapat melaksanakan tugas kesehatan keluarga dalam perawatan TB paru. **Metode:** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pemberdayaan keluarga penderita TB Paru terhadap kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga. Desain penelitian yang digunakan Quasy-experiment Nonequivalent control group design. Besar sampel setiap kelompok 16 orang, pemberian pemberdayaan keluarga dilakukan 1 minggu 3 kali kunjungan. Analisis statistik menggunakan Wilcoxon Singed Ranks Test dan Mann-Whitney Test. **Hasil:** Hasil intervensi menunjukkan adanya peningkatan kemampuan keluarga terkait tugas kesehatannya, antara lain: 1) kemampuan mengenal masalah kesehatan sebagian besar (87,5%) dalam katagori baik, 2) mengambil keputusan tentang tindakan yang tepat sebagian besar (62,5%) dalam katagori baik, 3) memberi perawatan kepada keluarga yang sakit seluruhnya (100%) dalam katagori baik, 4) mempertahankan lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan seluruhnya (100%) dalam kategori baik, dan 5) menggunakan fasilitas kesehatan sebagian besar (93,8%) dalam kategori baik. Hasil uji statistik menunjukkan pemberdayaan keluarga penderita TB paru dapat meningkatkan kemampuan keluarga melaksanakan tugas kesehatan keluarga ($p=0,001$). **Kesimpulan:** Upaya pemberdayaan keluarga penderita TB paru berpengaruh terhadap kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga, baik dalam mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, memberi perawatan kepada keluarga yang sakit, mempertahankan lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan serta kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan dalam upaya perawatan, pengobatan TB dan pencegahan penularan TB ke anggota keluarga lainnya. **Saran:** Petugas kesehatan diharapkan meningkatkan penyuluhan kesehatan terutama untuk penderita yang baru terdiagnosa positif menderita TB paru, dengan selalu melibatkan keluarga.

Kata kunci: Pemberdayaan Keluarga, Tugas Kesehatan, TB Paru, Kunjungan Keluarga

ABSTRACT

Background: Pulmonary tuberculosis healing takes a long time. These were any problems that often occurs in the care and treatment of pulmonary tuberculosis in Indonesia. Family members should be empowered to be able to carry out the duties of health, to avoid mistakes in patient care at home. **Methods:** This study aims to analyze the influence of family empowerment Pulmonary TB sufferers of the ability of the family in carrying out the tasks of family health. The study design was Quasy-experiment research Nonequivalent control group design. Each group of intervening and control consist of

¹ Poltekkes Kemenkes RI Banjarmasin, Jl. H. Mistar Cokrokusumo no. 1A Banjarmasin, Email: marwans.bjm@gmail.com

² Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Jl. Indrapura 17 Surabaya

16 people. The family empowerment activities were conducted 3 times a week for visits at interval of one day. Data were analyzed by Wilcoxon Singed Ranks Test and Mann-Whitney Test. **Results:** Intervention results showed that the ability to carry out family health tasks which includes most of the known health problems (87.5%) category of good, take the right decisions most of the action (62.5%) categories of good, giving care to sick family (100%) categories of good, maintaining physical environments that support health home (100%) categories of good, using the majority of health facilities (93.8%) categories of good. Statistical test results obtained family empowerment pulmonary TB patients can improve the ability of family task of family health ($p=0.001$). **Conclusion:** Family empowerment affect the family ability to carry out family health tasks to prevent, to care and to cure pulmonary tuberculosis, which includes the known health problems, take the right decisions, giving care to sick family, maintaining physical environments that support health home, using the majority of health facilities. **Recommendation:** Health workers are expected to increase health education, especially for newly diagnosed patients with positive pulmonary TB.

Key words: Family Empowerment, Health Tasks, Pulmonary TB, Home Care

PENDAHULUAN

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga. Jika salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan mempengaruhi anggota keluarga lain dan keluarga yang ada di sekitarnya. Salah satu penyakit yang sering dijumpai pada keluarga adalah Tuberkulosis (TB) paru dan penyembuhannya memerlukan perawatan serta perhatian dari anggota keluarga lainnya. Penyembuhan TB paru membutuhkan waktu yang cukup lama, oleh karena itu peran keluarga dalam perawatan penderita sangat penting.

Angka prevalensi tuberkulosis pada tahun 2009 di negara-negara anggota ASEAN berkisar antara 43 sampai 693 per 100.000 penduduk. Indonesia menempati peringkat ke lima dari sepuluh negara anggota ASEAN dengan prevalensi tuberkulosis 285 per 100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2011^a). Penemuan penderita baru TB Paru BTA positif per 100.000 penduduk di Indonesia menurut data tahun 2010 tertinggi pada provinsi Sulawesi Utara 202 per 100.000 penduduk, sedangkan provinsi Kalimantan Selatan berada pada peringkat 12 dari 33 provinsi yaitu 92 per 100.000 penduduk (Ditjen PP&PL, 2011). Berdasarkan hasil Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2007 menunjukkan Tuberkulosis paru klinis dalam 12 bulan terakhir, tersebar di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan 1,4% (rentang 0,2-4,5%). Tiga kabupaten dengan angka prevalensi TB tertinggi dari angka provinsi yaitu Kabupaten Balangan (4,5%), Kabupaten Banjar (3,0%) dan Kabupaten Barito Kuala (2,3%) (Depkes RI, 2008).

Penyakit TB paru yang diderita oleh individu dalam kehidupannya akan membawa dampak negatif, baik secara fisik, mental dan kehidupan sosialnya. Menurut Depkes, RI (2007), sekitar 75% penderita TB adalah kelompok usia yang paling produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Diperkirakan seorang penderita TB dewasa, akan kehilangan rata-rata waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan. Hal tersebut berakibat pada kehilangan pendapatan tahunan rumah tangga sekitar 20-30%. Jika ia meninggal akibat TB, maka akan kehilangan pendapatan sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga memberikan dampak buruk lainnya secara sosial stigma bahkan dikucilkan oleh masyarakat. Menurut Miller (2008) adanya penolakan dan rasa malu sering mencegah orang yang mencari pengobatan dan menyelesaikan pengobatan.

Selama ini, pelaksanaan perawatan, pengobatan dan pencegahan penularan TB paru lebih banyak dilakukan kepada penderita TB sendiri. Penderita harus bertanggung jawab atas semua perawatan dan pengobatannya untuk kesembuhannya. Keterlibatan anggota keluarga masih kurang optimal atau hanya sebagai PMO (Pengawas Menelan Obat). Keluarga seringkali tidak mengetahui tindakan yang seharusnya mereka lakukan untuk membantu proses penyembuhan dan pencegahan penyakit TB paru. Jikapun ada pelibatan keluarga dalam perawatan TB di rumah, hal tersebut belum disertai dengan pemberian bekal pengetahuan yang memadai terkait tindakan yang harus dilakukan keluarga oleh tenaga kesehatan. Menurut Pohan (2007), jika pemberian informasi kesehatan kepada keluarga kurang jelas, pasien dan keluarga kembali ke rumah dengan ketidakpuasan karena tidak mendapatkan informasi yang lengkap dan jelas dari petugas kesehatan.

Kurang optimalnya peran keluarga dalam memberikan perawatan dan pencegahan penularan penyakit TB sering berdampak terhadap anggota keluarga lainnya. Penderita TB dapat menularkan penyakit kepada anggota keluarga maupun orang yang ada di sekitarnya, akibatnya jumlah penderita TB paru cenderung meningkat. Menurut Depkes RI (2007) pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam percikan dahak (*droplet nuclei*). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Setiap satu BTA positif akan menularkan kepada 10-15 orang lainnya (Widoyono, 2008).

Menurut Friedman dalam Suprayitno (2004) tugas keluarga di bidang kesehatan antara lain adalah mengenal masalah kesehatan keluarga, memutuskan tindakan yang tepat, merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, memodifikasi lingkungan yang menunjang kesehatan dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan. Permasalahan kesehatan maupun keperawatan yang dialami oleh keluarga dapat teratasi jika keluarga mempunyai kemampuan dalam melaksanakan ke lima tugas kesehatan keluarga. Anggota keluarga perlu diberdayakan dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga agar tidak terjadi kesalahan dalam perawatan penderita di rumah. Oleh karena itu pemberdayaan keluarga dilakukan dengan melibatkan tenaga kesehatan dan sistem pendukungnya dari penderita TB paru.

Pemberdayaan keluarga adalah merupakan suatu proses atau upaya untuk menumbuhkan kesadaran dan kemauan keluarga dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan (Notoatmodjo, 2007). Menurut Kemenkes RI (2011) keluarga dan penderita TB perlu diberdayakan melalui pemberian informasi yang memadai tentang TB dan pentingnya upaya pencegahan dan pengendalian TB. Pemberdayaan keluarga dengan meningkatkan pemberian informasi tentang perawatan, pengobatan dan pencegahan penularan penyakit TB Paru, diharapkan dapat merubah perilaku keluarga yang meliputi menumbuhkan aspek pengetahuan, pemahaman, perubahan sikap dan tindakan, kesadaran kesehatan terhadap anggota keluarga dalam perawatan, pengobatan dan pencegahan penularan penyakit TB Paru.

Peningkatan pengetahuan dan kesadaran tentang cara-cara memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah awal dari pemberdayaan kesehatan yang

selanjutnya menimbulkan kemauan atau kehendak untuk melaksanakan tindakan kesehatan sehingga keluarga dapat melaksanakan tindakan untuk berperilaku sehat. Melalui pemberdayaan keluarga yang merupakan upaya persuasi diharapkan keluarga mau melakukan tindakan-tindakan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Perubahan atau tindakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang dihasilkan didasarkan pada pengetahuan dan kesadaran melalui proses pembelajaran, sehingga perilaku tersebut diharapkan dapat berlangsung lama dan menetap karena didasari dengan kesadaran.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pemberdayaan keluarga penderita TB Paru terhadap kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga meliputi kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru, mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat, memberi perawatan kepada keluarga yang sakit, mempertahankan lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat di wilayah Puskesmas Martapura dan Astambul Kabupaten Banjar

METODE

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quasy-experiment Nonequivalent control group design*. Besar sampel sebanyak 32 responden (16 responden dari keluarga kelompok perlakuan dan 16 keluarga dari kelompok kontrol). Kelompok perlakuan bertempat di wilayah kerja Puskesmas Martapura sedangkan kelompok kontrol bertempat di wilayah kerja Puskesmas Astambul.

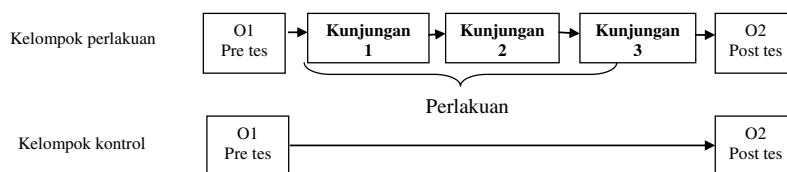
Sampel penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai anggota keluarga menderita TB paru. Adapun kriteria sampel antara lain: berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Martapura dan Puskesmas Astambul, anggota keluarga adalah isteri yang mempunyai suami yang menderita TB paru, tingkat pendidikan anggota keluarga minimal SD, usia keluarga yang merawat pasien 21-55 tahun dan tinggal serumah dengan penderita, bersedia menjadi responden dan mengikuti program pemberdayaan, keluarga mempunyai penderita yang terdiagnosa TB paru sejak bulan Januari, Februari dan Maret 2012.

Variabel intervensi (independen) penelitian ini adalah pemberdayaan keluarga penderita TB paru

sedangkan variabel *outcome*/dependen adalah kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga yang terdiri dari: 1) mengenal masalah kesehatan TB Paru, 2) mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat, 3) memberi perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, 4) mempertahankan

lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan dan 5) menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Berikut prosedur penelitian yang dilakukan pada kedua kelompok responden, baik kelompok perlakuan maupun kontrol:



Pre test dengan menggunakan kuesioner pada dua kelompok responden mengenai kemampuan keluarga melaksanakan tugas kesehatan keluarga. Intervensi pemberdayaan keluarga pada responden kelompok perlakuan, dilakukan 3 kali kunjungan dalam rentang waktu 1 minggu dengan jeda waktu satu hari antar masing-masing kunjungan. Kunjungan I peneliti memberikan pembelajaran tentang konsep penyakit dan perawatan TB paru, dengan menggunakan metode pemberian informasi/pengetahuan (penyuluhan) tentang konsep penyakit, cara perawatan dan pencegahan penularan penyakit. Media yang digunakan adalah *flipchart* dan *booklet*. Kunjungan II diberikan pembelajaran tentang lingkungan rumah untuk penderita TB paru dan pada kunjungan III memberikan pelatihan prosedur tindakan perawatan penderita TB paru disertai dengan demonstrasi kepada keluarga. Setelah kunjungan ke 3 kalinya, dilakukan *post test*. Post tes juga dilakukan pada responden kelompok kontrol.

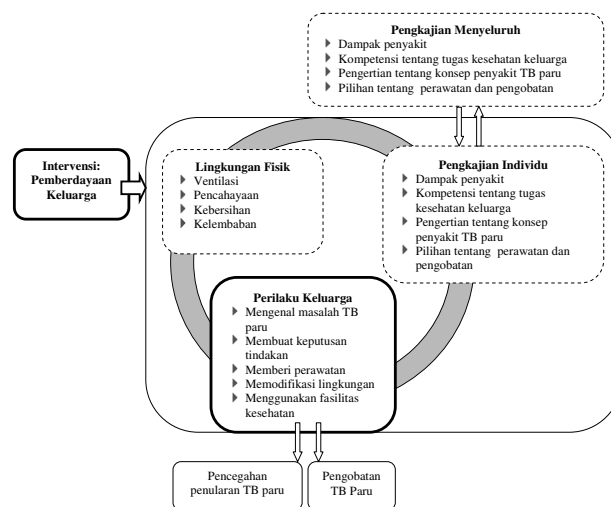
demonstrasi dan pelatihan tentang cara perawatan, pencegahan penularan, pengobatan TB paru sampai keluarga dapat mengetahui dan melakukan tindakan tersebut secara mandiri.

Sedangkan variabel kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga adalah kesanggupan keluarga dalam memenuhi tugas kesehatan keluarga yang merupakan *komposit* dari: kemampuan mengenal masalah kesehatan TB Paru, mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat, memberi perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan, menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan adanya perbedaan sebelum dan sesudah pemberdayaan keluarga menggunakan uji *Wilcoxon Signed Ranks test* dengan tingkat signifikan 5% ($\alpha = 0,05$). Uji *Mann-Whitney Test* untuk mengetahui perbedaan antara responden perlakuan dan responden kontrol tentang pengaruh pemberdayaan keluarga TB paru dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga.

Kerangka Konseptual

Variabel Pemberdayaan Keluarga memiliki definisi sebagai upaya dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga kepada anggota keluarga yang menderita TB paru yang dilakukan dengan cara penyuluhan,



Keterangan :
 [Solid Box] : diteliti
 [Dashed Box] : tidak diteliti

Gambar 1. Kerangka Konseptual (Merupakan Modifikasi dari model Pemberdayaan, Modifikasi dari Thomas & Velthouse, Teori Tugas Kesehatan Keluarga dari Friedman, dan Model Keperawatan dari Florence Nightingale)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kemampuan Keluarga dalam Mengenal Masalah Kesehatan TB Paru

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan mengenal masalah kesehatan TB paru pada keluarga setelah post test pada kelompok perlakuan sebagian besar dalam kategori baik (87,5%) sedangkan pada kelompok kontrol prosentasi yang sama (50,0%) antara katagori cukup dan kurang. Uji statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan kemampuan mengenal masalah kesehatan pada kelompok perlakuan $p = 0,001$ ($p < 0,05$) sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan ada perbedaan $p=0,196$ ($p > 0,05$) seperti pada tabel 1.

Hasil penelitian pada Tabel 1 menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan ketika dilakukan pre test kemampuan mengenal masalah kesehatan sebagian besar dalam katagori kurang dan setelah dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan sebagian besar meningkat menjadi katagori baik sedangkan kelompok kontrol ketika dilakukan pre test sebagian besar kurang dan setelah dilakukan post test kemampuan mengenal masalah kesehatan tetap dalam katagori kurang. Meningkatnya kemampuan mengenal masalah kesehatan pada kelompok perlakuan tidak terlepas dari adanya pemberian pengetahuan tentang konsep penyakit, pengobatan dan pencegahan penularan penyakit disertai dengan demonstrasi dan pelatihan kepada keluarga.

Menurut teori Kurt Lewin, 1970 dalam Notoatmodjo (2007) yang mengatakan bahwa perubahan pengetahuan pada dasarnya merupakan proses belajar, dan proses belajar akan lebih efektif apabila stimulus yang diberikan sesuai dengan kebutuhan individu, dilakukan secara intensif dan berkala atau berkelanjutan. Dilakukan 3 (tiga) kali kunjungan rumah

kepada keluarga penderita TB paru pada kelompok perlakuan, memungkinkan adanya keberlanjutan dalam proses belajar, serta memungkinkan komunikasi dua arah hingga bila masih ada hal yang masih belum dipahami oleh keluarga, maka memungkinkan dilakukan pengulangan kembali terhadap materi belajar sebelumnya, hingga keluarga benar-benar sudah paham benar tentang materi yang disampaikan, meliputi pengertian penyakit TB, penyebab, cara penularan, tanda dan gejala, pengobatan, cara mencegah penularan, lingkungan rumah yang sehat.

Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan terhadap kelompok kontrol pada pre test terdapat 1 orang (6,3%) katagori baik, 6 orang (37,5%) katagori cukup, 9 orang (56,3%) katagori kurang tetapi pada saat pre test mengalami penurunan yaitu responden yang mempunyai katagori baik menjadi katagori cukup. Kemungkinan hal ini disebabkan karena responden juga mendapatkan informasi dari media massa namun karena media massa tidak memungkinkan terjadinya umpan balik maka kemungkinannya sangat sedikit untuk dapat meningkatkan pengetahuan dan bahkan menyebabkan kesalahan persepsi sehingga justru menurunkan tingkat pengetahuan pada saat post test. Berbeda jika pemberian informasi dilakukan dengan cara berkomunikasi secara langsung seperti halnya yang dilakukan pada saat kunjungan ke keluarga, di mana akan terjadi komunikasi dua arah yang sifatnya dapat saling mengklarifikasi jika ada pembelokan persepsi dan pemahaman.

Pemilihan media pembelajaran merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya perubahan pengetahuan setelah pendidikan kesehatan kepada masyarakat baik pada tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

Tabel 1. Distribusi Kemampuan Keluarga dalam Mengenal Masalah Kesehatan TB Paru di Wilayah Puskesmas Martapura dan Astambul pada tanggal 9 April s.d 24 Mei 2012

Mengenal Masalah Kesehatan	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	F	%	f	%	F	%	f	%
Baik	0	0,0	14	87,5	1	6,3	0	0,0
Cukup	5	31,3	2	12,5	6	37,5	8	50,0
Kurang	11	68,8	0	0,0	9	56,3	8	50,0
<i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i>	$p = 0,001$				$P = 0,196$			

Booklet merupakan media yang digunakan dalam penelitian ini. Melalui pemberian *booklet* ini keluarga dan juga penderita dapat membaca secara mandiri tentang perawatan yang menunjang proses penyembuhan penyakit TB paru.

Kesadaran dan keinginan keluarga agar penderita TB dapat sembuh dari penyakitnya merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan mengenal masalah kesehatan, hal ini sesuai dengan teori *Health Belief Model* yaitu pada kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*) yaitu agar seseorang bertindak untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, ia harus merasakan bahwa ia rentan terhadap penyakit tersebut dengan kata lain suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan timbul bila seseorang telah merasakan bahwa ia atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut (Glanz, Karen 2008).

Kemampuan Keluarga dalam Mengambil Keputusan untuk Tindakan yang Tepat Terhadap Penderita TB Paru

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan dalam mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat terhadap penderita TB Paru pada keluarga setelah post test pada kelompok perlakuan sebagian besar dalam katagori baik (62,5%) sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar dalam katagori cukup (87,5%). Uji statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan kemampuan mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat pada kelompok perlakuan, $p = 0,005$ ($p < 0,05$) sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan ada perbedaan $p = 0,361$ ($p > 0,05$). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 2.

Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat terhadap penderita TB Paru

merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga dalam hal mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan keluarga diharapkan tepat agar kesehatan masalah dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Pada Tabel 2 kelompok perlakuan mempunyai kemampuan mengambil keputusan yaitu sebagian besar katagori baik, sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar katagori cukup. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan yang baik dapat memberikan dampak yang positif pada keluarga yang sedang sakit, penderita tidak menanggung penyakitnya sendirian sebaliknya jika kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan kurang, hal ini dapat memberikan dampak negatif bagi keluarga yang sedang sakit misalnya penderita mungkin merasa tidak diperhatikan kebutuhannya. Beberapa contoh perilaku yang menunjukkan bahwa keluarga mampu mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat adalah memutuskan penderita dibawa berobat ke tempat pelayanan kesehatan, memberikan makanan yang tinggi kalori, protein, vitamin dan mineral. Memutuskan untuk selalu mengawasi penderita TB minum obat secara teratur serta mencegah supaya penyakit TB tidak menular kepada keluarga lainnya.

Menurut Sudiharto (2007), untuk mengambil keputusan untuk mencari pertolongan karena menonjolnya suatu masalah yang dirasakan oleh keluarga. Keluarga memandang masalah keperawatan berkaitan dengan berat dan mendesaknya masalah tersebut segera diatasi. Beberapa cara pandang keluarga dan berkaitan dengan pengambilan keputusan adalah masalah dirasakan berat dan harus

Tabel 2. Distribusi Kemampuan Keluarga dalam Mengambil Keputusan untuk Tindakan yang Tepat terhadap Penderita TB Paru di Wilayah Puskesmas Martapura dan Astambul pada Tanggal 9 April s.d 24 Mei 2012

Mengambil Keputusan yang tepat	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol				
	Pre test		Post test		Pre test		Post test		
	F	%	f	%	f	%	f	%	
Baik	3	18,8	10	62,5	2	12,5	0	0,0	
Cukup	10	62,5	6	37,5	13	81,3	14	87,5	
Kurang	3	18,8	0	0,0	1	6,3	2	12,5	
<i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i>		p = 0,005				p = 0,361			

segera diatasi, masalah dirasakan tetapi tidak perlu segera diatasi, dan atau masalah tidak dirasakan sama sekali oleh keluarga.

Faktor budaya juga dapat mempengaruhi keluarga dalam mengambil keputusan tindakan. Menurut Foster (1973) dikutip dari Notoatmodjo (2005) menyebutkan bahwa aspek budaya dapat mempengaruhi kesehatan seseorang antara lain adalah tradisi, sikap fatalism, nilai, ethnocentrism dan unsur budaya dipelajari pada tingkat awal dalam proses sosialisasi. Salah satu budaya di Kabupaten Banjar adalah *barunding* (musyawarah) dengan keluarga yang lain. Kadang-kadang seorang penderita dengan kondisi yang sudah parah terlambat mendapatkan pertolongan hanya karena harus menunggu keluarga lainnya datang untuk memutuskan tindakan.

Kemampuan Keluarga dalam Memberi Perawatan Kepada Keluarga yang Sakit TB Paru

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan dalam memberi perawatan kepada keluarga yang sakit TB Paru pada keluarga setelah post test pada kelompok perlakuan seluruhnya dalam katagori baik (100%) sedangkan pada kelompok kontrol seluruhnya dalam katagori cukup (100%). Uji statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan kemampuan memberi perawatan kepada keluarga yang sakit pada kelompok perlakuan $p = 0,001$ ($p < 0,05$) sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan ada perbedaan $p = 0,222$ ($p > 0,05$). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 3.

Berdasarkan Tabel 3 walaupun dari hasil penelitian pada kelompok kontrol menunjukkan tidak ada keluarga yang berada dalam katagori kurang, namun dari beberapa pertanyaan yang berhubungan dengan kemampuan merawat keluarga yang sakit tidak

dilaksanakan oleh keluarga. Keluarga belum mampu memberikan makanan tinggi kalori dan protein, padahal untuk meningkatkan daya tahan tubuh penderita TB paru supaya kuat dan mempercepat penyembuhan penyakitnya diperlukan asupan gizi yang cukup. Hal ini sesuai dengan teori bahwa penyakit infeksi sering menyebabkan meningkatnya kebutuhan akan zat-zat gizi sehingga kepada penderita TB perlu diberikan diet tinggi kalori dan tinggi protein (Moehji, 2002). Keluarga juga belum mampu melakukan pengawasan minum obat setiap harinya, mereka hanya kadang-kadang menanyakan kepada penderita apakah sudah minum obat atau belum. Menurut Depkes RI (2007) menyebutkan bahwa keteraturan minum obat sangat penting dilakukan untuk mencegah bakteri menjadi resisten. Untuk dapat mengetahui keteraturan minum obat dari penderita TB paru, pengawasan ketat oleh keluarga serumah sangat diperlukan, bahkan jika memungkinkan keluarga perlu dibimbing dan dibekali dengan metode termudah yang dianggap mampu memantau “sudah ataukah belum diminum” obat TB paru oleh penderita.

Jika penderita TB paru mengeluh tidak ada nafsu makan, perut mual atau sakit perut ketika beberapa saat minum obat keluarga juga tidak mampu memberitahukan kepada penderita agar tetap meminum obat tetapi pada malam hari sebelum tidur. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga belum mampu melakukan perawatan kepada penderita akibat efek samping dari obat anti TB. Menurut Depkes RI (2007) salah satu efek samping yang ditimbulkan oleh obat anti TB adalah tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut yang disebabkan oleh obat Rifampisin, dan dapat diatasi dengan meminum obat pada malam hari sebelum tidur. Demikian juga dengan kemampuan keluarga tentang pencegahan

Tabel 3. Distribusi Kemampuan Keluarga dalam Memberi Perawatan kepada Keluarga yang Sakit TB Paru di Wilayah Puskesmas Martapura dan Astambul pada Tanggal 9 April s.d 24 Mei 2012

Memberi perawatan keluarga yang sakit	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol				
	Pre test		Post test		Pre test		Post test		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Baik	4	25,0	16	100,0	3	18,8	0	0,0	
Cukup	9	56,3	0	0,0	8	50,0	16	100,0	
Kurang	3	18,8	0	0,0	5	31,3	0	0,0	
<i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i>		p = 0,001				p = 0,222			

penularan ketika penderita TB batuk, banyak keluarga menjawab membiarkan saja atau menghindar dan menjauhi penderita, semestinya keluarga harus mengingatkan kepada penderita TB yang sedang batuk di lingkungan rumah dengan menutup mulut dengan sapu tangan/tisue dengan demikian risiko penularan penyakit dapat dihindari.

Ketidakmampuan keluarga dalam memberikan perawatan pada keluarga yang sakit dapat disebabkan oleh kurangnya informasi tentang konsep penyakit, pengobatan, perawatan dan pencegahan penularan penyakit TB paru yang dapat berdampak terhadap perilaku kesehatan keluarga, meningkatkan risiko penularan dan kambuhnya penyakit bahkan menimbulkan kematian. Petugas kesehatan yang ada di Puskesmas khususnya yang menangani program pemberantasan TB paru seringkali tidak memberikan informasi yang cukup kepada penderita maupun keluarganya, informasi yang diberikan hanya sekitar pemeriksaan dahak, rontgen, cara minum obat dan kapan harus kontrol kembali ke Puskesmas. Menurut Pohan (2007), jika pemberian informasi kesehatan kepada keluarga kurang jelas, pasien dan keluarga kembali ke rumah dengan ketidakpuasan karena tidak mendapatkan informasi yang lengkap dan jelas dari petugas kesehatan. Hal ini juga sesuai dengan pendapat WHO yang menyebutkan bahwa untuk merubah perilaku diperlukan strategi diantaranya adalah dengan melalui cara pemberian informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan pada akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Perubahan yang akan dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran dan bukan karena paksaan (Notoatmodjo, 2007).

Kemampuan Keluarga dalam Mempertahankan Lingkungan Fisik Rumah yang Menunjang Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan dalam mempertahankan lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan pada keluarga setelah post test pada kelompok perlakuan seluruhnya dalam katagori baik (100%) sedangkan pada kelompok

kontrol sebagian besar dalam katagori cukup (68,8%). Uji statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan kemampuan mempertahankan lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan pada kelompok perlakuan $p=0,001$ ($p<0,05$) sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan ada perbedaan $p=0,414$ ($p>0,05$).

Lingkungan pada penelitian ini difokuskan pada kondisi lingkungan rumah yang berhubungan dengan penyakit TB paru yaitu ventilasi, pencahayaan, kepadatan dan kebersihan lantai rumah. Keadaan rumah keluarga di wilayah puskesmas Martapura dan Astambul sebagian besar merupakan bangunan semi permanen, di sekitar rumah terdapat pohon/tumbuhan yang sebagian penduduk digunakan sebagai pelindung dari cahaya matahari agar tidak terasa panas, di bawah lantai digunakan untuk kandang ternak. Kebanyakan lingkungan rumah keluarga belum memenuhi syarat kesehatan, hal ini akan berpengaruh pada penyebaran penyakit menular termasuk penyakit TB. Semua rumah sebagian besar sudah mempunyai jendela, hanya saja ada beberapa keluarga tidak membuka jendela. Jendela atau ventilasi yang dibuka setiap hari berfungsi untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri terutama bakteri pathogen. Ventilasi juga menjaga agar aliran udara di dalam rumah tetap segar, hal ini berarti keseimbangan O_2 yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya O_2 di dalam rumah yang berarti kadar CO_2 yang bersifat racun bagi penghuninya menjadi meningkat.

Dalam praktek keperawatan di komunitas, aspek lingkungan menjadi salah satu prioritas yang penting dalam upaya penyembuhan penyakit, beberapa penyakit dapat disebabkan karena pengaruh lingkungan yang tidak sehat sehingga untuk mencegah timbulnya penyakit diperlukan lingkungan yang sehat dan nyaman. Teori keperawatan yang dapat direkomendasikan dan sesuai dengan kondisi penyakit TB paru adalah teori yang dikemukakan oleh Florence Nightingale yang mengutamakan pada aspek lingkungan dalam penerapannya. Teori Florence Nightingale menyakini kondisi lingkungan yang sehat penting untuk penanganan perawatan yang layak. Komponen lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan antara lain udara segar, air bersih, saluran pembuangan yang efisien, kebersihan dan cahaya (Tomey & Alligood, 2006).

Aspek lingkungan yang diutamakan Nightingale dalam merawat penderita adalah ventilasi yang cukup bagi penderita. Ia berkeyakinan bahwa ketersediaan udara segar secara terus menerus merupakan prinsip utama dalam keperawatan. Oleh sebab itu setiap keluarga diharapkan dapat menjaga udara yang dihirup penderita tetap bersih, sebersih udara luar tanpa harus membuatnya kedinginan. Komponen lain yang tidak kalah penting dalam keperawatan penderita adalah cahaya matahari. Nightingale yakin sinar matahari dapat memberi manfaat yang besar bagi kesehatan penderita. Hal ini sesuai dengan Depkes RI (2002) yang menyebutkan bahwa kuman tuberkulosis hanya dapat mati oleh sinar matahari langsung. Menurut (Crofton,1999) seseorang dapat tertular penyakit TB paru jika terdapat faktor risiko sebagai berikut; 1) Kontak serumah dengan penderita TBC BTA (+) 2) Lingkungan: ventilasi yang kurang, kepadatan penduduk 3) Menderita HIV, malnutrisi, penyakit DM, immuno-supresan 4) Perilaku tidak sehat.

Kemampuan Keluarga dalam Menggunakan Fasilitas Kesehatan yang Ada di Masyarakat

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan dalam menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

di masyarakat pada keluarga setelah post test pada kelompok perlakuan sebagian besar dalam katagori baik (93,8%) sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar dalam katagori cukup (62,5%). Uji statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat pada kelompok perlakuan $p=0,006$ ($p<0,05$) sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan ada perbedaan $p=0,763$ ($p>0,05$). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 5.

Belum optimalnya pemanfaatan fasilitas kesehatan dapat disebabkan karena beberapa alasan, misalnya letak fasilitas kesehatan yang jauh, petugas yang kurang ramah dan tidak responsive, penderita takut dengan dokter, biaya dan lain-lain. Dalam penelitian ini, beberapa keluarga menjawab jika ada keluarga yang sakit usaha yang mereka lakukan adalah mengobati sendiri dengan membeli obat di warung atau tidak diobati karena dapat sembuh sendiri dan jika tidak sembuh dengan pengobatan sendiri mereka membawa keluarga yang sakit dengan pengobatan tradisional pada tabib atau ulama (tuan guru). Perilaku sebagian masyarakat atau keluarga menggunakan pertolongan kepada seorang yang bukan petugas kesehatan dengan melakukan pengobatan tradisional berhubungan dengan keberadaan mereka yang ada di tengah-tengah masyarakat, dekat dengan masyarakat

Tabel 4. Distribusi Kemampuan Keluarga dalam Mempertahankan Lingkungan Fisik Rumah yang Menunjang Kesehatan di Wilayah Puskesmas Martapura dan Astambul pada Tanggal 9 April s.d 24 Mei 2012

Mempertahankan lingkungan rumah yang menunjang kesehatan	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	f	%	f	%	F	%	f	%
Baik	4	25,0	16	100,0	3	18,8	2	12,5
Cukup	10	62,5	0	0,0	10	62,5	11	68,8
Kurang	2	12,5	0	0,0	3	18,8	3	18,8
<i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i>	p = 0,001				p = 0,414			

Tabel 5. Distribusi Kemampuan Keluarga dalam Menggunakan Fasilitas Kesehatan yang Ada di Masyarakat di Wilayah Puskesmas Martapura dan Astambul pada Tanggal 9 April s.d 24 Mei 2012

Menggunakan fasilitas kesehatan	Kelompok Perlakuan				Kelompok Kontrol			
	Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	F	%	f	%	F	%	f	%
Baik	8	50,0	15	93,8	6	37,5	5	31,3
Cukup	6	37,5	1	6,3	7	43,8	10	62,5
Kurang	2	12,5	0	0,0	3	18,8	1	6,3
<i>Wilcoxon Signed Ranks Test</i>	p = 0,006				p = 0,763			

dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat lebih diterima oleh masyarakat daripada dokter, perawat atau bidan.

Persepsi sehat sakit keluarga dengan persepsi sehat sakit menurut petugas kesehatan (perawat) dapat berbeda. Menurut Notoatmodjo (2007), persepsi masyarakat terhadap sehat sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan yang akan mempengaruhi dipakai atau tidak dipakainya fasilitas kesehatan yang disediakan. Apabila persepsi sehat sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat sakit kita maka jelas masyarakat belum tentu atau tidak mau menggunakan fasilitas yang diberikan.

Pengaruh Pemberdayaan Keluarga Penderita TB Paru terhadap Kemampuan Melaksanakan Tugas Kesehatan Keluarga di Wilayah Puskesmas Martapura dan Astambul Kabupaten Banjar

Penelitian tentang pengaruh pemberdayaan keluarga penderita TB paru terhadap kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga antara kelompok perlakuan dan kontrol menggunakan uji *Mann-Whitney Test*.

Berdasarkan uji statistik, diketahui ada perbedaan signifikan pemberdayaan keluarga penderita TB paru terhadap kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga dalam pencegahan, perawatan dan pengobatan TB paru, dengan nilai signifikan $p=0,001$ ($p<0,05$) sehingga dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh pemberdayaan keluarga penderita TB paru terhadap kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga dalam pencegahan, perawatan dan pengobatan TB paru, yang meliputi kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat, memberi perawatan kepada keluarga, mempertahankan lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan dan menggunakan fasilitas kesehatan.

Hasil penelitian pada kelompok perlakuan setelah dilakukan pemberdayaan kepada keluarga dalam katagori baik (100%), ini menunjukkan bahwa responden telah mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga yang meliputi kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru, kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat terhadap

penderita TB Paru, kemampuan keluarga dalam memberi perawatan kepada keluarga yang sakit TB Paru, kemampuan keluarga dalam mempertahankan lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan, kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

Sebelum dilakukan perlakuan, kemampuan keluarga sebagian besar masih dalam katagori cukup yaitu 68,8% dan katagori kurang 31,3%, secara logika hal ini wajar saja terjadi karena responden belum mengetahui banyak tentang penyakit TB paru, bagaimana perawatan, komplikasi dan pencegahan serta penularannya kepada keluarga yang lain. Keluarga mungkin belum menyadari bahwa mereka juga berisiko tertular penyakit TB paru tersebut sehingga keluarga belum menganggap penyakit TB paru merupakan ancaman yang serius. Pemberdayaan keluarga bertujuan menumbuhkan pengetahuan, pemahaman, kesadaran kesehatan bagi keluarga. Pengetahuan dan kesadaran tentang cara-cara memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah awal dari pemberdayaan kesehatan. Kemampuan ini diperoleh melalui proses belajar. Belajar itu sendiri merupakan proses yang dimulai dengan adanya alih pengetahuan dari sumber belajar kepada subjek belajar. Oleh karena keluarga yang mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan diperoleh melalui proses belajar dari petugas kesehatan yang memberikan informasi kesehatan kepada keluarga, akan menimbulkan kesadaran terhadap kesehatan dan hasilnya adalah pengetahuan kesehatan. Keluarga yang sudah mengetahui tentang penyakit TB paru, perawatan, pengobatan, komplikasi, pencegahan serta penularannya selanjutnya akan dapat menimbulkan kemauan atau kehendak untuk melakukan tindakan kesehatan. Pada penelitian lain oleh Palinggi Y, dkk (2013) disebutkan bahwa ada hubungan antara motivasi keluarga dengan kepatuhan berobat pada pasien TB Paru rawat jalan di RSUD A. Makassar Parepare, dengan nilai $p=0,029$ lebih kecil dari $\alpha=0,05$.

Selanjutnya, untuk berlanjut atau tidaknya kemauan menjadi tindakan sangat tergantung pada beberapa faktor. Faktor utama yang mendukung berlanjutnya kemauan menjadi tindakan adalah sarana dan prasarana untuk mendukung tindakan. Menurut teori Lawrence Green (1980) dikutip oleh Notoadmodjo (2007), untuk dapat terwujudnya perilaku hidup sehat ditunjang oleh faktor: (1)

Faktor predisposisi (*Predisposing factors*), faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap keluarga terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan keluarga terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut di masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi. (2) Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*), faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat. Untuk perilaku sehat keluarga memerlukan sarana dan prasarana pendukung, misalnya Rumah Sakit, Puskesmas, Pustu, Dokter praktik, Klinik perawatan. (3) Faktor Penguat (*Reinforcing factors*), faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku petugas kesehatan termasuk perawat, undang-undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun dari daerah yang terkait dengan kesehatan.

Berdasarkan dari hasil evaluasi peneliti selama penelitian di wilayah puskesmas Martapura dan Astambul dalam upaya merubah perilaku sehat, faktor pemungkin (*enabling factor*) sebenarnya sudah tersedia seperti sarana puskesmas, pustu, polindes, posyandu dan tenaga dokter, perawat, bidan dan petugas kesehatan lain lainnya, hanya saja untuk faktor predisposisi (*Predisposing factors*) dan faktor penguat (*Reinforcing factors*) masih belum optimal. Untuk faktor predisposisi, pengetahuan keluarga maupun masyarakat tentang penyakit TB paru masih sangat kurang, sebagian keluarga hanya mengetahui bahwa penyakit TB paru adalah penyakit menular tetapi bagaimana cara penularan serta pencegahannya banyak yang masih belum tahu ditambah lagi masih ada kepercayaan keluarga terhadap hal-hal yang berkaitan TB paru, beberapa responden menjawab bahwa TB paru disebabkan karena keracunan atau karena guna-guna. Kegiatan penyuluhan kesehatan tentang TB paru di puskesmas masih belum optimal serta tidak ada tersedia media yang dapat digunakan dalam menyampaikan informasi seperti *leaflet*, *booklet* dan lain-lain yang dapat dibawa pulang penderita atau keluarga ke rumah untuk dibaca/dipelajari sehingga seringkali menjadi salah satu penyebab keluarga maupun penderita tidak mengetahui tentang penyakit TB paru.

Berkaitan dengan faktor penguat (*Reinforcing factors*), peran serta tokoh masyarakat masih belum dioptimalkan dalam upaya pemberantasan penyakit TB paru, padahal tokoh masyarakat merupakan

panutan sebagai orang yang dapat dicontoh dari perkataan maupun tingkah lakunya. Sementara itu tenaga kesehatan (perawat) yang bertanggung jawab dalam program pemberantasan TB paru harus benar-benar fokus menjalankan tugasnya dan diharapkan mempunyai cukup waktu serta tenaga untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada penderita tetapi yang terjadi pada salah satu Puskesmas, penanggung jawab pemberantasan TB paru justru dibebani tugas tambahan lain yang menyebabkan beban kerjanya lebih meningkat. Kesempatan untuk memberikan informasi kepada penderita maupun keluarga saat kunjungan ke Puskesmas menjadi terbatas, akibatnya penderita dan keluarga tidak mendapatkan informasi yang cukup tentang penyakit TB paru.

Pengaplikasian metode pemberdayaan keluarga dalam mendukung keberhasilan perawatan dan pengobatan TB paru serta dalam pencegahan penularan ke anggota keluarga lainnya ini seyogyanya perlu mempertimbangkan bagaimana struktur dan nilai sosial masyarakat di mana keluarga tersebut berada. Seperti halnya yang disampaikan oleh Pratiwi NL, dkk (2012) dalam penelitiannya pada masyarakat Kota Pariaman, Nusa Tenggara Timur bahwa pemberdayaan keluarga dengan pemilihan anggota keluarga sebagai tenaga PMO (Pengawas makan obat) kurang sesuai dengan struktur sosial yang ada di masyarakat. Struktur sosial masyarakat Sasak di wilayah Kabupaten Lobar misalnya, lebih cocok menggunakan tuan guru atau Kyai sebagai sosial support masyarakat disekitarnya. Kyai diharapkan dapat mempengaruhi pola pikir masyarakat, memotivasi masyarakat agar mau berperilaku sesuai dengan tugas kesehatan yang diemban. Identik dengan hal tersebut, di wilayah Kabupaten Rote Ndao, yang lebih cocok sebagai *social support* adalah tokoh gereja. Demikian pula pada masyarakat Kota Pariaman, sosok keturunan raja, akan lebih didengar ketika ia memotivasi masyarakatnya yang sakit, dibandingkan jika yang memotivasi adalah anggota keluarganya sendiri. Selain itu, pada struktur masyarakat tersebut kepercayaan/trust masyarakat masih tergantung pada petugas kesehatan, belum ada kader yang memberikan penyuluhan langsung tentang pencegahan penularan. Sedangkan kemampuan/*capacity* masyarakat masih sangat kurang, masyarakat masih lebih percaya pada petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan. Oleh

karena itu, upaya mengikutsertakan peranan tokoh masyarakat dan tokoh agama penting dilakukan oleh petugas kesehatan, khususnya perawat komunitas untuk meningkatkan daya ungkit keberhasilan penggunaan metode pemberdayaan keluarga dalam menjalankan tugas kesehatan keluarga dalam perawatan, pengobatan TB paru serta pencegahan penularan TB paru ke anggota keluarga lainnya.

Perubahan perilaku keluarga dalam penelitian ini juga sesuai dengan model transteoritik menurut Graef (1996) yang menggambarkan model perubahan perilaku secara bertahap dimulai dengan tahap pre kontemplasi di mana pada observasi awal (sebelum pemberdayaan) keluarga belum memikirkan sama sekali untuk melakukan tugas kesehatan keluarga dan belum bermaksud untuk merubah perilakunya. Pada tahap kontemplasi keluarga sudah siap merubah perilakunya setelah diberikan pemberdayaan melalui penyuluhan, demonstrasi dan pelatihan tentang cara perawatan dan pencegahan penularan TB paru di rumah. Memasuki tahap aksi keluarga sudah dapat melaksanakan tugas kesehatan keluarga meliputi kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru, kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat terhadap penderita TB Paru, kemampuan keluarga dalam memberi perawatan kepada keluarga yang sakit TB Paru, kemampuan keluarga dalam mempertahankan lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan, kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat. Sedangkan pada tahap pemeliharaan, keluarga mempertahankan perilaku baru yang mempengaruhi proses penyembuhan penderita TB paru.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan keluarga penderita TB paru berpengaruh terhadap kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga dalam pencegahan, perawatan dan pengobatan TB paru, dengan nilai signifikan $p=0,001$ ($p<0,05$), yang meliputi kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat, memberi perawatan kepada keluarga, mempertahankan lingkungan fisik rumah yang

menunjang kesehatan dan menggunakan fasilitas kesehatan. Sedangkan kemampuan keluarga dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga dalam perawatan dan pengobatan TB setelah mendapatkan intervensi pemberdayaan keluarga, antara lain; kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan terkait TB paru, sebagian besar (87,5%) dalam katagori baik, 2) kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan tentang tindakan yang tepat untuk perawatan dan pengobatan TB paru, sebagian besar (62,5%) dalam katagori baik, 3) kemampuan keluarga dalam memberi perawatan kepada keluarga yang sakit TB paru, seluruhnya (100%) dalam katagori baik, 4) kemampuan keluarga dalam mempertahankan lingkungan fisik rumah yang menunjang kesehatan sekaligus mencegah penularan TB paru, seluruhnya (100%) dalam kategori baik, dan 5) kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan untuk mengakses informasi, perawatan dan pengobatan terkait TB paru yang diderita anggota keluarga, sebagian besar (93,8%) dalam kategori baik.

Saran

Puskesmas sebagai pelaksana pelayanan primer hendaknya lebih mengoptimalkan upaya pemberdayaan keluarga, dengan salah satunya menggunakan metode yang dikembangkan penulis, yaitu dengan pemberian informasi secara langsung melalui kunjungan ke rumah keluarga penderita TB paru secara berkala, terjadwal dan berkelanjutan, sehingga keluarga dapat mandiri dan berdaya guna dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga dalam upaya pencegahan, perawatan dan pengobatan TB pada anggota keluarganya, karena permasalahan kesehatan maupun keperawatan yang dialami oleh keluarga dapat teratasi jika keluarga mempunyai kemampuan dalam melaksanakan ke lima tugas kesehatan keluarga tersebut.

Petugas kesehatan, khususnya perawat di komunitas diharapkan dapat meningkatkan kemampuannya dalam kegiatan pembinaan terhadap keluarga penyuluhan kesehatan tentang konsep penyakit, pengobatan, perawatan dan pencegahan penularan TB paru terutama untuk penderita yang baru terdiagnosa positif menderita TB paru dan memberikan media pembelajaran di rumah seperti *leaflet* atau *booklet* kepada penderita atau keluarganya.

Perlu dikembangkan inovasi-inovasi lainnya tentang metode termasuk media yang digunakan dalam proses pemberdayaan keluarga penderita TB paru yang diharapkan dapat memudahkan keluarga untuk turut serta melaksanakan tugas kesehatan dalam keluarganya, inovasi ini dapat disesuaikan dengan kemampuan dan kekhasan yang dimiliki tiap-tiap wilayah. Termasuk sampai dengan upaya pengembangan media bantu dalam pemantauan minum obat bagi penderita TB paru, seperti dalam bentuk buku kesehatan penderita TB paru ataupun KMS (kartu menuju sehat) bagi penderita TB paru, yang secara berkala pula dilakukan supervisi oleh petugas kesehatan terhadap keefektifan pemantauan dengan cara tersebut oleh keluarga penderita.

DAFTAR PUSTAKA

- Crofton J, Horne N, Miller F. 1999. *Clinical Tuberculosis*, London: MacMillan Education Ltd,
- Departemen Kesehatan RI. 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*, edisi 2, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Provinsi Kalimantan Selatan*. Jakarta.
- Ditjen PP&PL. 2011. *Laporan Situasi Terkini Perkembangan Tuberculosis Di Indonesia Januari-Juni 2011*. Jakarta: Kemenkes RI,
- Glanz, K. et al. 2008. *Health Behavior And Health Education, Theori, Research And Practice*. San Francisco: Jossey Bass.
- Graef. 1996. *Komunikasi untuk Kesehatan dan Perubahan Perilaku*. Yogyakarta Gadjah Mada: University Press,
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Profil Kesehatan Indonesia 2010*. Jakarta: Pusat Data Informasi.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia 2010-2014*, Jakarta: Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan,
- Miller, J. 2008. *An Empowerment Approach To Raise Awareness About And Reduce Stigma Around Tuberculosis Among The Indian Community In The Auckland Region*. *Research In Anthropology & Linguistics-E*, Number 3. Auckland: Department Of Anthropology, University Of Auckland.
- Mochji, Sjahmien. 2002. *Ilmu Gizi I*. Jakarta: Papas Sinar Sriwati.
- Notoatmodjo, S. 2005. *Promosi kesehatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2009. *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Palinggi Y, dkk. 2013. *Hubungan Motivasi Keluarga dengan Kepatuhan Berobat pada Pasien TB Paru Rawat Jalan di RSUD A. Makkasau Pare-Pare*. Tersedia pada: web: <http://library.stikesnh.ac.id/files/disk1/5/e-library%20stikes%20nani%20hasanuddin--yunitapali-224-1-artikel-0.pdf>. [Diakses tanggal 1 September 2015].
- Pohan, S.I. 2007. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*, Jakarta: EGC.
- Pratiwi, NL dkk. 2012. *Kemandirian Masyarakat dalam Perilaku Pencegahan Penularan Penyakit TB Paru*. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 15 (2). Tersedia pada: web: <http://bpk.litbang.depkes.go.id/index.php/hsr/article/view/2990/2223>
- Sudiharto. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2004. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta.
- Suprajitno. 2004. *Asuhan Keperawatan Keluarga*, Penerbit Buku kedokteran EGC, Jakarta
- Thomas K.W., Velthouse B.A. 1990. *Cognitive Elements of Empowerment: An "Interpretive" Model of Intrinsic Task Motivation*. *Academy of Management Review*
- Tomey, M & Alligood. 2006. *Nursing Theoriest And Their Work*. 6th Ed. St Louis: Mosby Elseiver, Inc
- WHO. 2011. *Global Tuberculosis Control: WHO Report 2011*, Switzerland.
- Widoyono .2008. *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan, Pencegahan dan Pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga.