

Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Kemandirian Keluarga Merawat Penderita Tuberculosis Paru Program DOTS di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura

The Influence of Health Counseling on the Independence of Families in Care of Pulmonary Tuberculosis Patients DOTS Program in the Working Area of Hamadi Health Center, Jayapura City

Adi Hermawan^{1*}, Irwan Amar²

¹STIKES Amanah Makassar, Indonesia

²Institut Teknologi dan Kesehatan Tri Tunas Nasional, Indonesia

*Korespondensi Penulis : adyhermawan27@gmail.com

Abstrak

Latar belakang: Di Papua, kasus Tuberculosis selama beberapa tahun terakhir cenderung mengalami peningkatan. Pada tahun 2017 terdapat sebanyak 2301 orang yang sembuh sebanyak 2085 orang atau 90,6 %. Tahun 2018 jumlah penderita Tuberculosis BTA (+) yang mendapat pengobatan sebanyak 3187 orang dan yang sembuh sebanyak 2764 orang atau 86,7 % sedangkan pada tahun 2019 jumlah penderita TBC BTA (+) yang mendapat pengobatan sebanyak 1620 orang atau 72,6 % (Dinkes Prov. Papua, 2019).

Tujuan: Diketuainya pengaruh penyuluhan kesehatan terhadap tingkat kemandirian keluarga dalam merawat penderita Tuberculosis Paru Program *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS) di wilayah kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura.

Metode: Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah Quasi Experiment dengan menggunakan metode *one group pretest-posttest design* yaitu penelitian yang menggunakan satu kelompok subyek, pengukuran dilakukan sebelum dan setelah pemberian perlakuan pada subyek. Perbedaan kedua hasil pengukuran dianggap sebagai efek perlakuan.

Hasil: Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuisioner, observasi dan wawancara. Lembar kuisioner dianalisa berdasarkan jawaban yang benar disusun atas skala *Guttman*, untuk nilai kuisioner: Ya = 1, Tidak = 0, kemudian skor dijumlahkan dan hasilnya menunjukkan tingkat kemandirian keluarga.

Kesimpulan: 1. Tingkat kemandirian keluarga dalam merawat penderita Tuberculosis Paru Program *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS) sebelum pemberian penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru termasuk dalam tingkat kemandirian 2 (dua). 2. Tingkat kemandirian keluarga dalam merawat penderita Tuberculosis Paru Program *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS) setelah pemberian penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru termasuk dalam tingkat kemandirian 4 (empat). 3. Terdapat pengaruh penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru terhadap peningkatan kemandirian keluarga dalam merawat penderita Tuberculosis Paru Program *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS).

Kata Kunci: Penyuluhan; Tuberculosis Paru

Abstract

Introduction: In Papua, cases of tuberculosis have tended to increase in recent years. In 2017 there were 2,301 people who recovered as many as 2085 people or 90.6%. In 2018 the number of AFB (+) TB patients who received treatment was 3187 people and 2764 people recovered or 86.7% while in 2019 the number of AFB TB sufferers (+) who received treatment was 1620 people or 72.6% (DHO Papua Province, 2019).

Objective: The effect of health counseling on the level of family independence in caring for patients with Pulmonary Tuberculosis is known from the *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS) program in the work area of the Hamadi Health Center, Jayapura City.

Methods: The research design used in this study was a *Quasi Experiment* using the *one group pretest-posttest design* method, namely research using one group of subjects, measurements were carried out before and after giving treatment to the subjects. The difference between the two measurement results is considered as a treatment effect

Results: The instruments used in this study were questionnaires, observations and interviews. Questionnaire sheets are analyzed based on the correct answers arranged on the *Guttman* scale, for questionnaire scores: Yes = 1, No = 0, then the scores are added up and the result shows the level of family independence

Conclusion: The level of independence of the family in caring for sufferers of Pulmonary Tuberculosis in the *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS) program prior to providing health education about Pulmonary TB is included in the level of independence of 2 (two). 2. The level of independence of the family in caring for patients with Pulmonary Tuberculosis in the *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS) program after providing health education about Pulmonary TB is included in the independence level of 4 (four). 3. There is an influence of health education about pulmonary tuberculosis on increasing family independence in caring for patients with pulmonary tuberculosis *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS) program

Keywords: Counseling; Pulmonary Tuberculosis

PENDAHULUAN

Tuberkulosis Paru (TBC) adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, sejenis bakteri berbentuk batang yang tahan asam (BTA) dengan ukuran panjang 1-4/Um dan ketebalan 0,3-0,6/Um, yang ditularkan melalui percikan dahak (droplet) dari penderita TBC paru kepada individu lain yang rentan (1).

Pada tahun 1993, *World Health Organisation* (WHO) mencanangkan kedaruratan global penyakit Tuberculosis, karena sebagian besar negara di dunia penyakit TBC tidak terkendali. Ini disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan. Pada tahun 1995 diperkirakan setiap tahun terjadi sekitar 9 juta penderita baru Tuberculosis dengan kematian 3 juta orang. Di negara-negara berkembang kematian karena Tuberculosis merupakan 25% dari seluruh kematian yang dapat dicegah. Diperkirakan 95% penderita TBC berada di Negara berkembang dan 75% adalah usia produktif yaitu 15-50 tahun (2).

Di Indonesia penyakit Tuberculosis merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Pada tahun 1995, hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit Tuberculosis merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, serta merupakan penyakit nomor satu dari golongan penyakit infeksi. Pada tahun 1999 WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru Tuberculosis dengan kematian karena TBC sekitar 140.000. Secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru Tuberculosis paru BTA positif. Pada tahun 1995-1998, cakupan penderita Tuberculosis dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) baru mencapai sekitar 10% dan *error rate* pemeriksaan laboratorium belum dihitung dengan baik meskipun *cure rate* lebih besar dari 85% (2).

Di Papua, kasus Tuberculosis selama beberapa tahun terakhir cenderung mengalami peningkatan. Pada tahun 2017 terdapat sebanyak 2301 orang yang sembuh sebanyak 2085 orang atau 90,6 %. Tahun 2018 jumlah penderita Tuberculosis BTA (+) yang mendapat pengobatan sebanyak 3187 orang dan yang sembuh sebanyak 2764 orang atau 86,7 % sedangkan pada tahun 2019 jumlah penderita TBC BTA (+) yang mendapat pengobatan sebanyak 1620 orang atau 72,6 % (3).

Menurut data Dinas Kesehatan Kota Jayapura, bahwa selama tahun 2017 dari 646 orang yang diobati dinyatakan sembuh sebanyak 568 orang atau 89 %. Tahun 2018 penyakit Tuberculosis Kota Jayapura dari 688 orang yang diobati yang dinyatakan sembuh sebanyak 623 orang atau 85,5 %, sedangkan tahun 2019 angka kesembuhan penyakit Tuberculosis Kota Jayapura dari 766 orang yang diobati yang dinyatakan sembuh hanya sebanyak 733 orang atau 86 % dari target kesembuhan nasional minimal 85 % (3).

Jumlah penderita Tuberculosis paru BTA positif pada tahun 2017 di Puskesmas Hamadi Kota Jayapura sebanyak 49 orang, dinyatakan sembuh 26 orang. Pada tahun 2018, jumlah penderita Tuberculosis BTA positif sebanyak 53 orang, dinyatakan sembuh 20 orang, tahun 2019 tercatat jumlah penderita TBC sebanyak 59 orang, yang sembuh 30 orang, meninggal 2 orang, sedangkan pada tahun 2020 baru tercatat 19 orang penderita (Data puskesmas Hamadi, 2020).

Kepatuhan penderita untuk berobat ini dipengaruhi oleh banyak faktor. Beberapa faktor diantaranya yaitu peran pengawas menelan obat (PMO), dukungan keluarga penderita, kemiskinan, kepercayaan, ketercapaian dan salah duga (4).

PP IDAI (2018) mengemukakan bahwa hal yang penting pada tatalaksana Tuberculosis adalah keteraturan minum obat. Pasien Tuberculosis biasanya telah menunjukkan perbaikan beberapa minggu setelah pengobatan, sehingga merasa telah sembuh dan tidak melanjutkan pengobatannya. Salah satu upaya untuk meningkatkan keteraturan minum obat adalah melakukan pengawasan langsung terhadap pengobatan oleh keluarga atau PMO (Pengawas Menelan Obat).

Sejak tahun 1995, Indonesia mengembangkan program pemberantasan penyakit Tuberculosis dengan pengobatan jangka pendek, yaitu strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*). Program DOTS mempunyai 5 komponen yaitu berupa komitmen politis dari pemerintah termasuk dukungan dana, diagnosis Tuberculosis dengan pemeriksaan sputum secara mikroskopis, pengobatan dengan antituberkulosis (OAT) jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh pengawas menelan obat (PMO), kesinambungan persediaan OAT jangka pendek dengan mutu terjamin, pencatatan dan pelaporan secara baku untuk memudahkan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan Tuberculosis. Metode DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) juga melibatkan petugas atau keluarga penderita yang diberi tanggung jawab untuk mengawasi keteraturan pengobatan yang disebut pengawas menelan obat (PMO). Tujuan utama pengobatan DOTS ini adalah untuk menjamin keteraturan berobat penderita sampai sembuh sempurna (2).

Menurut hasil penelitian yang dilakukan Sukana di Kabupaten Tangerang pada tahun 2019 tentang Pengaruh Penyuluhan terhadap Pengetahuan Penderita Tuberculosis, menunjukkan bahwa keberhasilan pengobatan Tuberculosis sangat ditentukan oleh faktor perilaku penderita untuk taat minum obat. Hal ini dapat dicapai melalui peningkatan pengetahuan mengenai Tuberculosis dengan memberikan penyuluhan kesehatan kepada penderita

Tuberculosis dan keluarganya, sehingga dengan pemberian pendidikan kesehatan terjadi peningkatan pengetahuan yang dapat meningkatkan angka kesembuhan oleh karena adanya perubahan perilaku dari tidak teratur minum obat menjadi teratur minum obat (5).

Masalah kesehatan keluarga saling berkaitan, penyakit yang diderita salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Keluarga merupakan perantara yang efektif bagi perawat untuk menjangkau masyarakat dalam usaha-usaha kegiatan kesehatan masyarakat, misalnya pendidikan kesehatan, karena keluarga tetap berperan dalam pengambilan keputusan dalam pemeliharaan kesehatannya (6).

Berdasarkan observasi awal yang dilakukan pada keluarga penderita TBC bahwa rata-rata kemandirian yang nampak pada keluarga dalam merawat penderita Tuberculosis program DOTS termasuk dalam kemandirian keluarga tingkat satu (70 %) dan kemandirian keluarga tingkat 2 (30 %) dari 34 penderita Tuberculosis.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Merawat Penderita Tuberculosis Paru Program *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS) Di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura Tahun 2020”.

METODE

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *Cross Sectional*, untuk melihat hubungan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat terhadap Penderita Diare pada balita. Karena penelitian ini melakukan atau pengamatan dilakukan secara simultan pada saat sekali waktu atau pada waktu yang sama.

HASIL

Karakteristik Responden

Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 25 Agustus sampai 25 September 2020 di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura dengan jumlah responden 35 orang, dengan hasil sebagai berikut:

Karakteristik Responden Menurut Umur

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Usia Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura

No	Kategori Usia	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	20-24 Tahun	9	26 %
2	25-29 Tahun	9	26 %
3	30-34 Tahun	7	21 %
4	35-39 Tahun	4	12 %
5	40-44 Tahun	5	15 %
Jumlah (n)		34	100 %

Sumber Data Primer 27 September 2020

Dilihat dari umur responden, Tabel 1 memberikan gambaran bahwa sebagian besar responden berusia antara 20-24 tahun dan 25-29 tahun yaitu masing-masing sebanyak 9 orang (26 %), usia responden antara 30-34 tahun yaitu sebesar 7 orang (21 %), usia responden antara 40-44 tahun sebanyak 5 (15%) orang dan usia responden antara 35-39 tahun sebanyak 4 (12%) orang.

Karakteristik Responden Menurut Pendidikan

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura

No	Kategori Pendidikan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	SD	4	12 %
2	SMP	14	41 %
3	SMA	15	44 %
4	PT/Akademi	1	3 %
Jumlah (n)		34	100 %

Sumber Data Primer 27 September 2020

Dilihat dari pendidikan responden, Tabel 2 memberikan gambaran bahwa sebagian besar responden berpendidikan SMA yaitu sebanyak 15 (44%), responden dengan berpendidikan SMP sebanyak 14 orang (41%), responden dengan berpendidikan SD sebanyak 4 orang (12%) dan responden yang berpendidikan PT/Akademi sebanyak 1 orang (3%).

Karakteristik Responden Menurut Pekerjaan

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura

No	Kategori Pekerjaan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Petani	16	47 %
2	Wiraswasta	8	24 %
3	PNS	0	0 %
4	IRT	10	29 %
Jumlah (n)		34	100 %

Sumber Data Primer 27 September 2020

Dilihat dari pekerjaan responden, Tabel 3 memberikan gambaran bahwa sebagian besar responden bekerja sebagai petani yaitu sebanyak 16 (47%), responden sebagai IRT sebanyak 10 orang (29%), responden yang bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 8 orang (24%) dan tidak ada responden (0%) yang bekerja sebagai PNS.

Analisis Univariat

Penelitian ini telah dilaksanakan 25 Mei sampai 7 Juni dengan judul penelitian “Pengaruh Penyuluhan Kesehatan Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Merawat Penderita Tuberculosis Paru Program DOTS Di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura tahun 2020” dengan jumlah sampel 34 orang responden dengan instrumen berupa lembar observasi kemandirian keluarga menurut Depkes RI, 2006 dengan hasil sebagai berikut:

Identifikasi Kemandirian Keluarga dalam Merawat Penderita TBC Paru Pre Intervensi

Selama penelitian berlangsung diperoleh gambaran kemandirian keluarga dalam merawat penderita TBC Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura lebih banyak dalam kategori kemandirian keluarga 2 (dua) dan hanya beberapa keluarga saja yang termasuk dalam kemandirian tingkat 1 dan 3, serta tidak ada yang masuk mandiri 4 untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Kemandirian Keluarga dalam Merawat Penderita TBC Paru Program DOTS Pre Intervensi

No	Kemandirian Keluarga	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Mandiri 1	14	41 %
2	Mandiri 2	15	44 %
3	Mandiri 3	5	15 %
4	Mandirian 4	0	0%
Jumlah (n)		34	100 %

Sumber Data Primer 28 September 2020

Dari tabel diatas sebanyak 34 responden yang menjadi sampel penelitian bahwa sebanyak 14 orang (41 %) termasuk dalam kategori kemandirian 1, sebanyak 15 orang (44 %) termasuk dalam kategori kemandirian 2, sebanyak 3 orang (15 %) termasuk dalam kategori kemandirian 3 dan tidak ada yang termasuk dalam kategori mandiri 4.

Identifikasi Kemandirian Keluarga dalam Merawat Penderita TBC Paru Post Intervensi

Selama penelitian berlangsung diperoleh gambaran kemandirian keluarga dalam merawat penderita TBC Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura lebih banyak dalam kategori kemandirian keluarga 4 (empat) dan hanya beberapa keluarga saja yang termasuk dalam kemandirian tingkat 3 dan tidak ada yang termasuk mandiri keluarga 1 dan 2, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Kemandirian Keluarga dalam Merawat Penderita TBC Paru Program DOTS Post Intervensi

No	Kemandirian Keluarga	Frekuensi (n)	Persentase (%)
1	Mandiri 1	0	0 %
2	Mandiri 2	0	0 %
3	Mandiri 3	14	41 %
4	Mandiri 4	20	59
Jumlah (n)		34	100 %

Sumber Data Primer 28 Oktober 2020

Dari tabel diatas sebanyak 34 responden yang menjadi sampel penelitian bahwa sebanyak 14 orang (41 %) termasuk dalam kategori kemandirian 4, sebanyak 15 orang (44 %) termasuk dalam kategori kemandirian 4 dan tidak ada (0 %) yang termasuk dalam kategori kemandirian 1 dan 2.

Selama penelitian berlangsung diperoleh gambaran rata-rata Kemandirian Keluarga dalam Merawat Penderita TBC Paru Program DOTS sebelum intervensi penyuluhan kesehatan TBC Paru sebagian besar termasuk dalam kategori Kemandirian 2 dan setelah dilakukan intervensi penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru pada responden sebagian besar termasuk dalam kategori kemandirian 4, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Kemandirian Keluarga dalam Merawat Penderita TBC Paru Program DOTS di Wilayah Kerja Puskesmas Tampo Menurut Pengukuran Sebelum dan Sesudah Intervensi Penyuluhan Kesehatan tentang TBC Paru

Pengukuran Kemandirian	Mean	Standar Deviasi
Sebelum intervensi penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru	1,74	0,710
Setelah intervensi penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru	3,59	0,500

Sumber Data Primer 28 September 2020

Dari tabel diatas, dari 34 responden keluarga penderita TBC Paru Program DOTS didapatkan bahwa rata-rata kemandirian keluarga sebelum diberikan penyuluhan kesehatan adalah 1,74 atau berada pada kategori kemandirian keluarga 2. Kemudian setelah diberi penyuluhan kesehatan pada keluarga penderita TBC Paru Program DOTS maka rata-rata kemandirian keluarga adalah 3,59 atau berada pada kategori kemandirian 4 (empat).

Analisis Bivariat

Pengaruh Penyuluhan Kesehatan tentang TBC Paru Pada Keluarga penderita TBC Paru Program DOTS di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura.

Tabel 7. Hasil Uji Statistik *t Test Pre Test* dan *Post Test* Pemberian Penyuluhan Kesehatan Tentang TBC Paru terhadap Kemandirian Keluarga Pada Keluarga Penderita TBC Paru Program DOTS

Bentuk Obsaervasi	Pemberian Penyuluhan Kesehatan Tentang TBC Paru				t	Sig.2 Tailed
	Pre Test		Post Test			
	Mean	Std. Deviasi	Mean	Std. Deviasi		
Kemandirian Keluarga	1,74	0,710	3,59	0,500	15,390	0,000

t_{tabel} = 1,692

Taraf Kepercayaan 95% sign : $\alpha = 0,05$ df = n-1 (34-1=33)

Data primer diolah pada tanggal 28 September 2020

Dari tabel diatas, dari 34 responden yang diberikan perlakuan penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru diperoleh P value = 0,000, $t_{hitung} = 15,390$ pada derajat bebas 33 lebih besar daripada nilai t_{tabel} 1,692 (lihat tabel sebaran t). Nilai sig.2-tailed lebih kecil daripada nilai kritik 0,05 ($0,000 < 0,05$) berarti kita dapat menolak H_0 dimana perbedaan tidak sama dengan nol, artinya pemberian penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru berpengaruh terhadap peningkatan kemandirian keluarga merawat penderita TBC Paru pada keluarga penderita TBC Paru program DOTS di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadai Kota Jayapura

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pengolahan data yang dilakukan dengan menggunakan bantuan komputer dan disesuaikan dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui tingkat kemandirian keluarga dalam merawat penderita TB Paru sebelum dan setelah pemberian pendidikan kesehatan, maka hasil penelitian ini dapat disajikan sebagai berikut:

Pada tabel 6 perubahan mean sesudah diberikan perlakuan pada responden sangat bermakna dari 1,74 menjadi 3,59 dari hasil uji statistik parametrik t-test dengan tingkat kepercayaan 95% atau alfa (α) 0,05 dan dianalisis menggunakan program SPSS versi 19,0 terhadap keluarga penderita TBC Paru program DOTS di Wilayah Kerja Puskesmas Hamadi Kota Jayapura yang mendapatkan penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru diperoleh hasil uji t berpasangan didapatkan nilai $t_{hitung} = 15,390$ dan $t_{tabel} = 1,691$ dan nilai $P = 0,000$ yang berarti $t_{hitung} > t_{tabel}$, dari hasil tersebut dapat dibuktikan secara empirik bahwa ada pengaruh penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru terhadap peningkatan kemandirian pada keluarga penderita TBC Paru program DOTS.

Dari hasil penelitian ini ada sebanyak 14 orang yang tingkat kemandiriannya naik dari kemandirian I menjadi kemandirian III. Hal ini disebabkan karena adanya faktor-faktor baik dari dalam (intern) maupun dari luar (ekstern) yang mempengaruhi proses perubahan pengetahuan dan perilaku. Hal ini didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Robert Kwick 1974, bahwa perilaku dibentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi manusia dengan lingkungannya, yang dipengaruhi oleh faktor intern mencakup: pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi, mental, dan sebagainya, serta faktor ekstern yang meliputi lingkungan sekitar, baik fisik maupun non-fisik seperti: iklim, sosial-ekonomi, kebudayaan, dan sebagainya (7).

Perubahan pengetahuan dan perilaku yang ditunjukkan pada tingkat kemandirian III dapat ditunjukkan dengan meningkatnya kemampuan pasien dan keluarga dalam mencegah penularan, pengenalan tanda dan gejala penyakit TB, manfaat dan efek samping OAT, serta peningkatan kemampuan dalam hal merawat penderita TB.

Dari hasil penelitian ini juga diperoleh 20 orang yang hasil tingkat kemandiriannya meningkat dari tingkat kemandirian II dan III menjadi tingkat kemandirian IV. Hal ini disebabkan karena setelah pemberian penyuluhan, terjadi peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku ke arah yang lebih positif baik dari dalam diri responden maupun keluarga.

Hal ini juga dibuktikan oleh Notoatmodjo, 2007 yang mengungkapkan bahwa apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, yaitu didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*) (8). Hal ini juga ditunjukkan dengan peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku dari keluarga dan penderita TB, dimana terjadi peningkatan pengetahuan dalam hal pengenalan TB (tanda dan gejala, penyebab, cara pencegahan, cara penularan, manfaat dan efek samping obat), kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dan merawat penderita TB.

Dari hasil penelitian juga diperoleh hanya ada 1 orang yang tingkat kemandiriannya tetap/tidak meningkat. Hal ini disebabkan karena tidak adanya motivasi dan kesadaran dari dalam diri dan keluarga sehingga pada keluarga hanya terjadi sedikit perubahan pengetahuan dan perilaku, dan itupun tidak berlangsung lama (sebelum internalisasi semua dalam keadaan aman, tetapi setelah internalisasi semua kembali ke awal). Hal ini juga dibuktikan oleh pernyataan Notoatmodjo 2007 yaitu apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran, maka perilaku itu tidak akan berlangsung lama (8). Hal ini juga ditunjukkan dengan pengetahuan penderita TB dan keluarga yang hanya meningkat sedikit dan ditunjang dengan perilaku penderita (mis: meludah di sembarang tempat, malas minum obat).

KESIMPULAN

Studi ini menyimpulkan bahwa ada tingkat kemandirian keluarga dalam merawat penderita Tuberculosis Paru Program *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS) sebelum pemberian penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru termasuk dalam tingkat kemandirian 2 (dua). Tingkat kemandirian keluarga dalam merawat penderita Tuberculosis Paru Program *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS) setelah pemberian penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru termasuk dalam tingkat kemandirian 4 (empat). Terdapat pengaruh penyuluhan kesehatan tentang TBC Paru terhadap peningkatan kemandirian keluarga dalam merawat penderita Tuberculosis Paru Program *Direct Observed Short Course Treatment* (DOTS)

SARAN

Rekomendasi saran, bagi petugas kesehatan untuk terus menggalakkan penyuluhan kesehatan dalam hal ini tentang TBC Paru pada penderita dan keluarga/masyarakat pada umumnya untuk menekan angka morbiditas dan mortalitas penyakit TBC Paru.

Bagi perawat diharapkan agar dapat memberikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit TBC Paru untuk meningkatkan tingkat kemandirian dan pengetahuan tentang TBC Paru.

Bagi peneliti selanjutnya perlu melakukan penelitian dengan menggunakan metode yang lain dan memiliki sampel yang lebih banyak sehingga validitas dapat dijamin.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wahyu GG. TBC Pada Anak Jangan Anggap Remeh. Jakarta: Dian Rakyat; 2008.
2. Depkes RI. Infodatin Tuberculosis. Kementerian Kesehat RI. 2018;1.
3. Dinkes Kota Jayapura. Laporan Tahunan TB Kota Jayapura. In 2018.
4. Pedoman Nasional Tuberklosis Anak, Jakarta; PP IDAI Puskesmas Hamadi, 2019. Laporan tahunan TBC, Puskesmas Hamadi : Papua. In.
5. Ratnasari D, Sakti YBH. Hubungan Antara Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Sikap dan Perilaku Penderita Tuberculosis yang Berobat di Wilayah Puskesmas Karanganyar. *Psycho Idea*. 2015;13(2).
6. Hulu VT, Pane HW, Tasnim T, Zuhriyatun F, Munthe SA, Hadi S, et al. Promosi kesehatan masyarakat. Yayasan Kita Menulis; 2020.
7. Kwick R. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 1974.
8. Notoatmodjo S. Promosi kesehatan & ilmu perilaku. 2007;