



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN MENJALANI PENGOBATAN TB
KATEGORI II DI WILAYAH KABUPATEN
PEKALONGAN JAWA TENGAH**

TESIS

HERNI REJEKI

0906621565

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN MENJALANI PENGOBATAN TB
KATEGORI II DI WILAYAH KABUPATEN
PEKALONGAN JAWA TENGAH**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

HERNI REJEKI

0906621565

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK, JULI 2011**

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 : Herni Rejeki
NPM : 0906621565
Tanda Tangan : 
Tanggal : 13 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Herni Rejeki
NPM : 0906621565
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul Tesis : Pengalaman Menjalani Pengobatan TB Kategori II
di Wilayah Kabupaten Pekalongan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Ilmu Magister Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN



Pembimbing : Ns. Henny Permatasari, SKp., M.Kep., Sp.Kom



Penguji : Sigit Mulyono, SKp., MN



Penguji : Ns. Satria Gobel, SKp., M.Kes., Sp.Kom



Ditetapkan : Depok

Tanggal : 13 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan hasil tesis dengan judul "Pengalaman Menjalani Pengobatan TB Kategori II di Wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah". Hasil tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia. Dalam menyusun hasil tesis ini peneliti banyak mendapat dukungan, bantuan dan bimbingan dari banyak pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

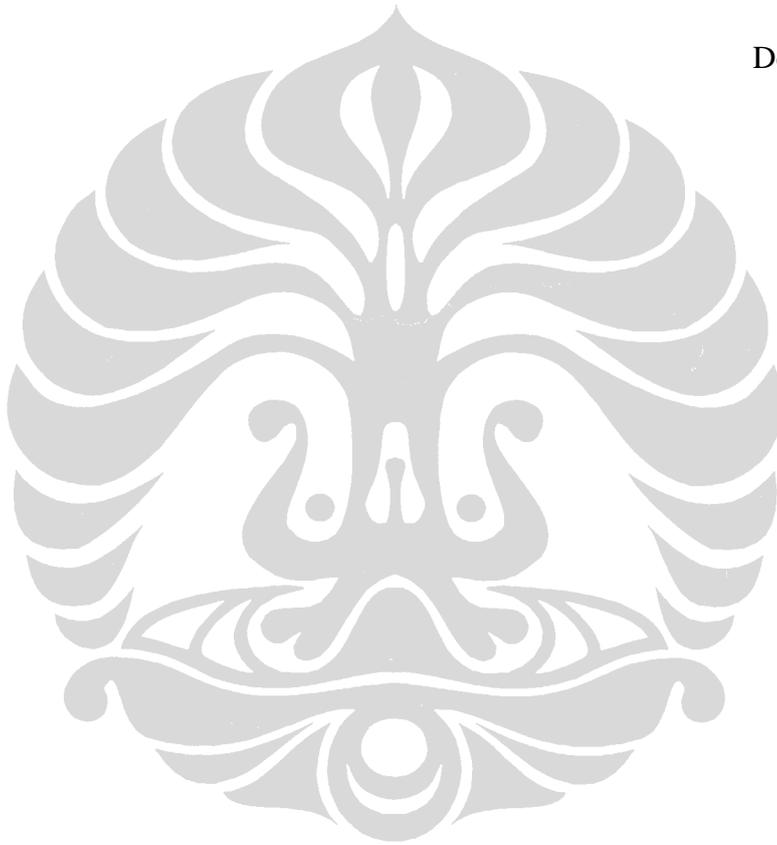
1. Dewi Irawati, MA, PhD., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD., sebagai Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan sebagai Pembimbing Akademik Peneliti.
3. Astuti Yuni Nursasi, SKp, MN., sebagai Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan sebagai Pembimbing I dengan penuh kesabaran memberikan masukan, arahan dan memotivasi peneliti dalam penyusunan hasil tesis.
4. Ns. Henny Permatasari, SKp, M.Kep, Sp.Kom., sebagai pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan, arahan dan motivasi pada peneliti dalam penyusunan hasil tesis.
5. Ibu dan saudara-saudaraku di Bekasi dan Pekalongan yang telah memberikan Doa dan dukungan yang luar biasa.
6. Teman-teman Magister Keperawatan Komunitas angkatan 2009 yang telah memberikan dukungan, perhatian dan menemani dalam suka dan duka.
7. Teman-teman di Stikes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan yang telah memberikan dukungan demi terselesainya proposal tesis.
8. Semua partisipan yang telah bersedia berbagi pengalaman sehingga penelitian ini bisa terlaksana.

9. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dan memberikan dukungan dalam penyusunan hasil tesis.

Peneliti menyadari penyusunan hasil tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan hasil tesis ini.

Depok, 13 Juli 2011

Peneliti



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Herni Rejeki
NPM : 0906621565
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

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

Pengalaman Menjalani Pengobatan TB Kategori II di Wilayah Kabupaten Pekalongan.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti noneksklusif ini Universitas Indonesia bebas menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau mencipta dan sebagai Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 13 Juli 2011

Yang menyatakan

(Herni Rejeki)

ABSTRAK

Nama : Herni Rejeki
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Pengalaman Menjalani Pengobatan TB Kategori II di Wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah

Tujuan penelitian ini mendapatkan gambaran arti dan makna pengalaman dalam menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi deskriptif menggunakan metode wawancara mendalam. Partisipannya adalah klien yang sudah selesai menjalani pengobatan TB kategori II, berjumlah tujuh orang. Data dikumpulkan melalui rekaman wawancara dan catatan lapangan, dianalisis dengan teknik Colaizzi. Hasil penelitian teridentifikasi tujuh tema; pemahaman mengenai penyakit TB; dampak terhadap klien; upaya mencapai kesembuhan; kepatuhan menjalani pengobatan; kesulitan yang dialami; harapan dan dukungan selama pengobatan. Selama menjalani pengobatan TB klien mengalami masalah fisik, psikologis, sosial dan finansial menjadi kesimpulan penelitian ini.

Kata kunci: kategori II, pengalaman, pengobatan

ABSTRACT

Nama : Herni Rejeki
Study program : Magister Ilmu Keperawatan
Title : Tuberculosis Category II Treatment Experience in
Pekalongan Regency Central Java

The purpose of this research explore ideas and the meaning of experience of having tuberculosis category II treatment at Pekalongan Regency. This research used qualitative approach with descriptive phenomenology design and indepth interview method. Participants in this research were tucerculosis clients who had complete TB category II treatment. There are seven participants. The data was collected in the form of tapes interview and field notes wich were analyzed by Colaizzi techniques. As the result of the research is the identification of seven themes: the understanding of TB desease; effects of treatment on clients; efforts to achieve recovery; treatment adherence; difficulties experienced during treatment; client expectations and the support received during treatment. The conclision of this research was the treatment of TB requires a long time, so that during treatment clients experiencig, psychological, social and financial problems.

Keywords: Category II, experience, treatment

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian

Lampiran 2 : Lembar Persetujuan

Lampiran 3 : Data Demografi Partisipan

Lampiran 4 : Panduan Wawancara

Lampiran 5 : Catatan Lapangan

Lampiran 6 : Analisis data penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Tuberculosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. TB termasuk penyakit yang diperburuk dengan kemiskinan dan umumnya menyerang penduduk yang termasuk dalam rentang usia produktif (15-59 tahun). Kematian akibat TB terjadi sebagian besar di negara berkembang (Global TB, 2010) dan sampai sekarang TB masih menjadi masalah dunia. Laporan WHO tahun 2009 menunjukkan prevalensi TB dunia yang mencapai 9,4 juta orang dengan proporsi 85% di kawasan Asia dan Afrika. 55% prevalensi TB didunia ditemukan di Asia (35% ada di India dan Cina) dan 30 % di Afrika (Global TB, 2009).

Prevalensi TB yang masih tinggi menunjukkan adanya masalah pada penanganan TB. Masalah penanganan TB yang utama meliputi kegagalan memberikan obat, penemuan kasus yang lemah, pemberian vaksin yang tidak adekuat, peningkatan resistensi terhadap obat, kegagalan pemberian terapi profilaksis, migrasi penduduk, epidemi HIV dan infeksi nosokomial. Kasus baru diprediksi akan meningkat menjadi 11 juta jiwa jika kondisi tersebut tidak diatasi (Aditama, 2002).

Program stop TB patnership meluncurkan rencana global stop TB tahun 2010 – 2015. Untuk merespon kondisi yang ada rencana difokuskan pada upaya untuk merencanakan, membiayai dan melaksanakan strategi penanggulangan TB. Strategi ini diharapkan dapat menyelamatkan sedikitnya satu juta jiwa pertahun (Global TB, 2010).

Masalah TB di Indonesia berada pada peringkat ketiga di dunia selama bertahun-tahun dan pada tahun 2009 dari laporan WHO global TB control 2010, kasus TB di Indonesia turun ke peringkat lima dengan jumlah penderita TB sebesar 429 ribu orang dan jumlah prevalensi tahunan dari semua kasus TB 224 per 100.000 penduduk serta terjadinya insiden kasus baru diperkirakan sebesar 228 per 100.000 penduduk (Proposal form Round 10, 2010). Total prevalensi TB di Indonesia tahun 2009 ditemukan sebanyak 294.371 kasus, dengan perincian kasus TB BTA positif 169.213 dan kasus TB BTA negatif 108.616 kasus. Penderita TB ekstra paru yang teridentifikasi sebanyak 11.215 kasus, kasus TB kambuh 3.709 dan pengobatan ulang diluar kasus kambuh berjumlah 1.978 penderita (Global Repot TB, 2010).

Hasil survey prevalensi TB di Indonesia tahun 2004 juga menunjukkan bahwa angka prevalensi TB BTA positif secara Nasional mencapai 110 per 100.000 penduduk. Secara regional prevalensi TB BTA positif di Indonesia dikelompokkan dalam tiga wilayah 1) wilayah Sumatra dengan angka prevalensi TB 160 per 100.000 penduduk; 2) wilayah Jawa dan Bali dengan angka prevalensi TB 110 per 100.000 penduduk, kecuali DIY dan Bali 68 per 100.000 penduduk; serta 3) wilayah Indonesia Timur dengan angka prevalensi TB 210 per 100.000 penduduk (Depkes RI, 2008). Kasus TB paru yang paling banyak di wilayah Jawa ditemukan di propinsi Jawa Barat yaitu 48.765 dengan case detection rate (CDR) 69,28%; serta Jawa Timur dengan 34.650 kasus dan CDR 54,86% (Pofil kesehatan Indonesia, 2005).

Prevalensi TB di Jawa Tengah pada tahun 2008 mencapai 101 per 100.000 penduduk dengan CDR 48% dan masih ada 52% kasus TB di Jawa tengah yang belum tertangani (Dinkes Jateng dalam Solo Post, 2010). Sedang penemuan kasus TB di Kabupaten Pekalongan 2010 mencapai 81,9% dengan total prevalensi TB 1.226 kasus. Kasus yang ditemukan dapat dirinci menjadi BTA positif 857 orang, BTA negatif

322 orang, penderita ekstra paru 30 orang, TB anak 28 orang dan kasus kambuh 17 orang (Dinas Kabupaten Pekalongan, 2010).

Salah satu upaya penanggulangan TB dilakukan dengan strategi *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS). Sejak tahun 1995 sampai 2009, sudah 41 juta orang yang berhasil diobati dengan strategi DOTS dan strategi stop TB. Tahun 2009 ada 5,8 juta kasus TB yang berhasil diobati dengan strategi DOTS (Global Report TB, 2010).

Menurut Depkes (2008), Program penanggulangan TB dengan Strategi DOTS pada tahun 2005 telah menjangkau 98% Puskesmas, sementara RS dan BP4/RSP baru sekitar 30%. Rencana Strategi 2001-2005 berfokus pada penguatan sumberdaya, baik sarana dan prasarana maupun tenaga, selain meningkatkan pelaksanaan strategi DOTS diseluruh UPK. Tujuan Program Penanggulangan Tuberculosis Nasional yang ingin dicapai yaitu angka penemuan kasus minimal 70% dan angka kesembuhan minimal 85%. Pencapaian tujuan tersebut akan menjadi landasan penurunan angka prevalensi TB di Indonesia sebesar 50% dalam 5 tahun kedepan. Rencana strategi 2001-2005 dilanjutkan dengan Rencana strategi 2006-2010 yang difokuskan pada perluasan jangkauan pelayanan dan kualitas DOTS. Pencapaian target dilakukan dengan menetapkan tujuh strategi utama pengendalian TB yaitu perluasan dan peningkatan pelayanan DOTS berkualitas untuk menghadapi tantangan baru, TB-HIV, Multidrug Resisten TB (MDR-TB), melibatkan seluruh penyedia pelayanan, melibatkan penderita dan masyarakat, penguatan kebijakan dan kepemilikan daerah, kontribusi terhadap sistem pelayanan kesehatan, dan penelitian operasional.

Penatalaksanaan TB di Indonesia meliputi penemuan kasus yang dikelola dengan strategi DOTS. Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien dengan prioritas diberikan pada pasien TB BTA positif (Depkes, 2007). Program nasional penanggulangan TB yang dilaksanakan di seluruh wilayah Indonesia menggunakan panduan obat anti TB.

Panduan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan TB di Indonesia untuk kategori I diberikan selama 6 bulan dengan 2 bulan pertama minum setiap hari dan 4 bulan berikutnya minum seminggu 3 kali. Pengobatan kategori II diberikan selama minimal 8 bulan dengan 2 bulan pertama diberi injeksi streptomisin setiap hari. Pengobatan kategori II diberikan pada pasien kambuh, gagal dan putus berobat (Depkes RI, 2008). Hal ini lebih memberatkan pasien TB dan kemungkinan besar penderita tidak mematuhi pengobatan dan akan terjadi MDR TB.

Klien yang menghentikan pengobatannya atau tidak patuh dalam pengobatan dapat menyebabkan kondisi kebal terhadap obat OAT, sehingga membutuhkan identifikasi dan penggalian mendalam untuk menyelesaikan permasalahan tersebut. Kegagalan klien dalam pengobatan baik karena kasus TB paru kronik, gagal pengobatan kategori I dan II, kasus kambuh dicurigai kemungkinan terjadi TB-MDR. TB-MDR merupakan masalah terbesar dalam pencegahan dan penanggulangan TB. Data WHO tahun 2003 menunjukkan peningkatan prevalensi TB-MDR menjadi 4,3% dan lebih dari 200 kasus baru terjadi di dunia (Soepandi, 2009). Prevalensi TB-MDR di Indonesia tahun 2007 diperkirakan mencapai 6.395 kasus (Menkes, 2010)

Penelitian yang dilakukan oleh Syahridal (2002) di Propinsi Sumatra Selatan tentang kepatuhan klien TB paru dalam berobat menunjukkan bahwa 63,3% klien TB patuh dan 36,7% tidak patuh dalam menjalani pengobatan. Ketidapatuhan pengobatan dapat menjadi penyebab peningkatan TB-MDR. Ketidapatuhan klien dalam berobat ditentukan oleh memahami klien tentang TB dan pengobatannya, kurangnya dukungan keluarga, layanan kesehatan yang sulit diakses, dan sulitnya memperoleh sumber penghasilan dalam keluarga menjadi memicu kasus putus berobat (Alisjahbana, 2011).

Pemahaman terhadap masalah-masalah terkait pengobatan TB dan upaya-upaya yang telah dilakukan dimasyarakat perlu dieksplorasi melalui penelitian-penelitian yang bersifat mengenali permasalahan secara mendalam agar dapat direncanakan strategi yang tepat dalam penanganan TB di masyarakat. Untuk menggali masalah-masalah klien TB dimasyarakat secara mendalam dilakukan melalui penelitian dengan metode kualitatif, karena metode kualitatif bersifat eksplorasi langsung pada individu yang mengalami fenomena, dalam hal ini pengalaman minum obat TB.

Penelitian tentang TB telah banyak dilakukan, beberapa penelitian menggunakan metode kualitatif. Salah satu penelitian dengan menggunakan pendekatan fenomenologi dilakukan oleh Zhang (2010) di Shaanxi Cina. Zhang mengeksplorasi pengalaman mahasiswa dengan TB paru. Para partisipan melaporkan bahwa penyakit TB paru mempengaruhi mental mahasiswa berupa takut dan cemas pada awal pengobatan, bosan dengan pengobatan, khawatir pada pemeriksaan dahak pertama dan masa depan serta mendapat dukungan yang kuat dari keluarga. Penelitian yang sama dilakukan oleh Rundi (2010) di Malaysia Timur. Perspektif dan pengalaman rakyat Sabah, dalam memahami Tuberkulosis. Hasil penelitian Rundi (2010) menunjukkan bahwa 96% partisipan tidak mengetahui penyebab TB; 98% partisipan berpendapat TB menular; dan yang dilakukan partisipan adalah mencari obat modern untuk menyembuhkan. TB juga mempengaruhi partisipan dalam segala aspek kehidupan seperti kehidupan psikososial, fisik, dan keuangan. Dari kedua penelitian tersebut dapat di katakan bahwa penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi tepat digunakan untuk mengeksplorasi secara mendalam perasaan subyek yang akan diteliti.

Eksplorasi pengalaman penderita dalam menjalani pengobatan kategori II perlu dilakukan secara langsung karena setiap individu klien memiliki cara sendiri untuk merespon program pengobatan. Pengobatan kategori II yang memerlukan waktu relatif lama yaitu minimal 8 bulan

dan harus menjalani injeksi setiap hari selama 2 bulan, menjadikan pengobatan kategori II beresiko terhadap terjadinya kegagalan dan ketidakpatuhan dalam menjalani pengobatan. Oleh karena itu, penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi tepat digunakan untuk menggali pengalaman penderita dalam menjalani pengobatan TB kategori II.

Penelitian fenomenologi berfokus pada penemuan fakta suatu fenomena dan berusaha memahami tingkah laku manusia berdasarkan perspektif informan (Speziale dan carpenter, 2003). Peneliti akan berupaya untuk memahami dan memaknai gambaran pengalaman penderita dalam menjalani pengobatan kategori II dengan menggunakan pendekatan fenomenologi deskriptif. Dengan pengalamann yang dialami oleh penderita perlu dieksplorasi secara mendalam melalui *indepth interview* sehingga diperoleh pengalaman hidup penderita yang menjalani pengobatan kategori II.

Komunikasi personal yang dilakukan dengan beberapa penderita yang menjalani pengobatan TB kategori II menunjukkan bahwa ketidakpatuhan dalam minum obat disebabkan karena tidak tahan terhadap efek samping obat, bosan minum obat karena terlalu lama, merasa sudah sembuh sehingga tidak melanjutkan pengobatan dan tidak tahu kalau berhenti minum obat sebelum waktunya harus mengulang pengobatan sampai 8 bulan . Berdasarkan uraian tersebut peneliti tertarik untuk menggali lebih dalam tentang arti dan makna pengalaman penderita dalam menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan.

1.2. Rumusan masalah

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan, dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT. Panduan obat yang digunakan oleh Program Penanggulangan TB di Indonesia adalah

Kategori I [2HRZE/4(HR)3] yang diberikan selama 6 bulan dan Kategori II [2HRZES/((HRZE)/5(HR)3E3] yang diberikan selama 8 bulan dengan dua bulan pertama diberikan injeksi streptomisin setiap hari. Oleh karena itu maka dirumuskan pertanyaan penelitian: Apa arti dan makna pengalaman dalam menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah?

1.3. Tujuan

Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai arti dan makna pengalaman dalam menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah.

Tujuan Khusus

Teridentifikasi:

- 1.3.1. Persepsi dalam menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah
- 1.3.2. Makna pengalaman dalam menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah
- 1.3.3. Hambatan yang dirasakan dalam menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah
- 1.3.4. Harapan dalam menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah
- 1.3.5. Dukungan yang diterima dari keluarga dan petugas kesehatan selama menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah

1.4. MANFAAT PENELITIAN

1.4.1. Manfaat bagi pemangku kebijakan

Peelitian ini memberi informasi yang dapat dijadikan landasan dalam mengambil kebijakan untuk program penanggulangan TB sesuai kebutuhan klien, selain itu kebijakan anggaran dapat

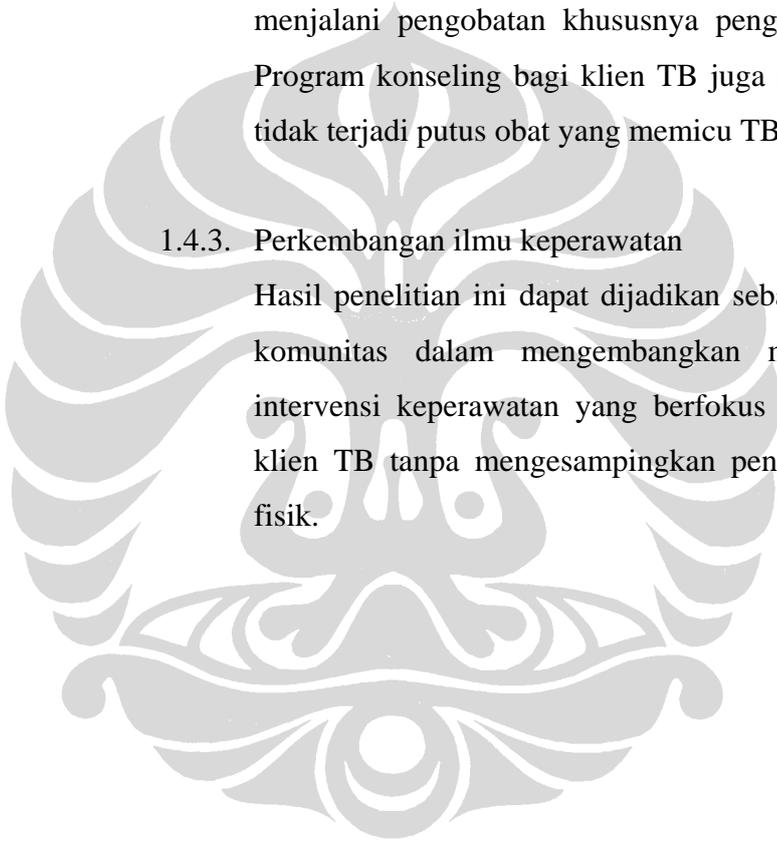
dialokasikan untuk menyediakan dana yang dapat dijadikan dasar dalam mengembangkan penelitian terhadap efek samping OAT sehingga dapat ditemukan obat-obat yang dapat mereduksi efek samping OAT.

1.4.2. Manfaat untuk pelayanan keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi petugas kesehatan yang menangani klien TB secara langsung agar dapat memahami masalah fisik, psikologis, sosial dan finansial pada klien selama menjalani pengobatan khususnya pengobatan TB kategori II. Program konseling bagi klien TB juga dapat dirumuskan agar tidak terjadi putus obat yang memicu TB-MDR.

1.4.3. Perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar bagi perawat komunitas dalam mengembangkan model pengkajian dan intervensi keperawatan yang berfokus pada aspek psikososial klien TB tanpa mengesampingkan pengkajian dan intervensi fisik.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka ini akan memaparkan teori dan konsep serta penelitian terdahulu yang terkait dengan masalah penelitian sebagai bahan rujukan penelitian dan bahan acuan saat dilakukan pembahasan. Uraian tinjauan pustaka meliputi tinjauan tentang klien TB sebagai populasi *at risk*, konsep tuberculosis dan pengobatan dan peran perawat dalam penanggulangan TB

2.1. Klien TB usia dewasa sebagai populasi *at risk*

Fase dewasa merupakan perkembangan yang menggambarkan periode dari akhir remaja hingga kematian. Tugas perkembangan dewasa muda berbeda dengan dewasa lanjut, sehingga tahap ini dibagi menjadi 3 fase: dewasa muda (20-40 tahun), dewasa pertengahan (40-65 tahun), dan dewasa lanjut (65 tahun keatas) (Kozier, 2004). *Aggregate* yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah penderita TB yang sudah menyelesaikan pengobatan kategori II berusia dewasa muda dan dewasa pertengahan yaitu umur 20 - 65 pada saat dilakukan penelitian yaitu bulan Maret sampai Mei 2011.

Menurut Friedman (2003), tugas perkembangan keluarga dengan dewasa muda adalah memperluas lingkaran keluarga terhadap anak dewasa muda, termasuk memasukkan anggota keluarga baru yang berasal dari pernikahan anak-anaknya, melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan pernikahan, membantu orang tua suami dan istri yang sudah menua dan sakit. Sedang tugas perkembangan keluarga dewasa pertengahan adalah menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan, mempertahankan kepuasan dan hubungan yang bermakna antara orang tua yang telah menua dan anak mereka, memperkuat hubungan pernikahan

Risiko adalah kemungkinan suatu peristiwa akan terjadi dalam suatu waktu tertentu (Stanhope & Lancaster, 2004), dan suatu *population at risk* adalah populasi dari orang-orang yang mana terdapat beberapa kemungkinan yang telah jelas atau telah ditentukan (walaupun sedikit atau kecil) akan peristiwa tersebut. Dari kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan *at risk* adalah merujuk pada suatu pengertian tentang adanya peluang akan munculnya suatu kejadian dalam periode waktu tertentu. Jika masyarakat tidak mendapatkan akses pelayanan kesehatan secara teratur, maka masyarakat beresiko terhadap pengobatan penyakit dan cedera yang tidak adekuat atau kemungkinan juga beresiko terhadap sakit yang sebenarnya dapat dicegah dengan deteksi dini. Resiko penyakit dipengaruhi oleh lingkungan fisik misalnya panas atau dingin yang ekstrim, atau tingginya tingkat polusi udara, terutama jika tempat tinggal atau tempat perlindungan alternatif tidak adekuat. Faktor risiko juga timbul ketika seseorang tidak memiliki pilihan lain dari jenis pekerjaan atau kondisi pekerjaan yang memungkinkan, misalnya seseorang yang memiliki pekerjaan diluar ruangan dengan kondisi puncak ekstrim atau kondisi lain yang beresiko terhadap kesehatan atau keamanan (McMurray, 2003)

Penyakit TB yang diderita oleh suatu kelompok di masyarakat menyebabkan masyarakat tersebut menjadi populasi *vulnerable*. Populasi *vulnerable* adalah sekelompok orang yang cenderung memiliki perkembangan masalah kesehatan, kesulitan dalam akses pelayanan kesehatan, dan mengalami penurunan tingkat kesehatan maupun tingkat harapan hidup (Maurer & Smith, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah klien yang telah selesai menjalani pengobatan TB kategori II dan telah dinyatakan sembuh sehingga termasuk populasi *at risk* atau populasi resiko. Penyakit TB dapat menularkan penyakit kepada masyarakat disekitarnya melalui penyebaran kuman diudara dalam bentuk percikan dahak (Depkes RI, 2008). Faktor predisposisi yang mempengaruhi penyakit TB adalah golongan sosial ekonomi lemah, status gizi kurang, umur (15-50 tahun), jenis kelamin laki-laki karena perokok dan minum alkohol sehingga menurunkan daya tahan tubuh, riwayat TB dalam

keluarga, pengetahuan rendah, kepadatan hunian, kelembaban kamar tidur dan ventilasi kamar tidur kurang (Daryatno, 2002; Lismarni, 2004; Mahpudin, 2005; Ayuningtyas, 2008; Rusnoto, 2008; Anonim, 2010).

Pender (1996) mengklasifikasikan *risk factors* sesuai dengan kategori-kategori sebagai berikut : genetik, usia, karakteristik biologis, kebiasaan kesehatan individu, gaya hidup, dan lingkungan. Menurut Stanhope dan Lancaster (2004), faktor terjadinya masalah kesehatan terdiri dari beberapa kategori, sebagai berikut; *Biologic risk* adalah kondisi fisik yang dimiliki oleh penderita TB adalah badan kurus, Rontgen paru ada lesi. *Social risk* pada penyakit TB adalah lingkungan yang terkontaminasi oleh kuman TB, kepadatan hunian, kelembaban kamar tidur dan ventilasi dan cahaya alami kamar tidur yang kurang. *Economic risk* adalah tidak seimbangnya antara kebutuhan dengan penghasilan, sosial ekonomi penderita TB umumnya rendah sehingga berpengaruh terhadap kebutuhan perumahan, pakaian, makanan, pendidikan, dan kesehatan. *Life-style risk* adalah kebiasaan atau gaya hidup yang dapat berdampak terjadinya resiko TB adalah kebiasaan kurang sehat seperti batuk tidak menutup mulut, membuang dahak disembarang tempat, merokok. *Life-event risk* yang berkaitan dengan penyakit TB biasanya diakibatkan oleh perpindahan tempat tinggal penderita TB dengan lingkungan rumah yang padat dan kumuh.

Perawat sebagai petugas kesehatan lebih memahami factor-faktor yang menyebabkan populasi dewasa beresiko terhadap penyakit TBC, peningkatan program kesehatan yang lebih berorientasi pada upaya promosi dan proteksi selain kuratif dan rehabilitatif dengan menggunakan langkah-langkah manajemen risiko yaitu 1) mengidentifikasi faktor risiko yaitu melakukan identifikasi faktor risiko penyakit TB dengan pemeriksaan dahak 3 kali pagi-sewaktu-pagi. Dari pemeriksaan dahak *mikroskopis* diketahui informasi faktor risiko kesehatan apa yang didapatkan apakah BTA positif atau negatif, bila hasilnya negatif bisa dilakukan foto rontgen dada. Dengan mengetahui

faktor risiko lebih dini, maka pengelolaan faktor risiko dapat dilakukan sedini mungkin; 2) pelajari faktor risiko, misalnya usia, jenis kelamin, sosial ekonomi, pendidikan dan pengetahuan, kepadatan hunian, riwayat TB dalam keluarga. Dengan mempelajari faktor risiko diharapkan upaya untuk meminimalisir kejadian suatu penyakit dapat dicapai; 3) perkiraan risiko (*risk prediction*), pada langkah ini memprediksi atau melakukan analisis, apa yang diperkirakan bakal terjadi terhadap seseorang dengan faktor risiko penyakit TB. Bila risiko sudah dikenal kemudian membuat rencana untuk melakukan eliminasi atau mitigasi faktor risiko tersebut; 4) upaya pengurangan faktor risiko (*risk elimination risk mitigation*) dilakukan pada level individu dengan melakukan konseling secara terpadu. Pada level komunitas dilakukan melalui pemberian penyuluhan secara visual dan memberikan leaflet atau brosur yang dapat dibaca kembali apabila membutuhkannya lagi.

2.2. Konsep Promosi Kesehatan dalam Pencegahan TB

Pencegahan merupakan aktifitas untuk menghentikan atau meminimalkan terjadinya penyakit atau kondisi sakit dengan cara mengidentifikasi karakteristik penyebab terjadinya penyakit atau kondisi sakit yang telah di prediksi sebelumnya. Banyaknya faktor risiko yang berhasil diidentifikasi dapat menimbulkan penyakit atau kondisi sakit, perlu cegah dengan menggunakan strategi pencegahan primer, sekunder dan tersier. Ketiga strategi tersebut didasarkan pada refleksi tiap tahapan perjalanan penyakit (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

2.2.1. Pencegahan primer

Pencegahan primer merupakan aktifitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit, ketidakmampuan dan cedera. Pencegahan primer ditujukan pada populasi *at risk*. Strategi yang dilakukan meliputi: 1) promosi kesehatan dan kesejahteraan pada saat sebelum terjadinya penyakit atau tiap tahapan perkembangan kehidupan melalui pendidikan kesehatan yang dilakukan secara rutin dan

berkesinambungan, 2) proteksi kesehatan melalui pelayanan perawatan kesehatan (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Menurut Hitchcock, Schubert dan Thomas, (1999) Langkah-langkah yang digunakan dalam mengembangkan model promosi kesehatan komunitas adalah:

1. Orientasi komunitas pada promosi kesehatan komunitas
2. Membangun kemitraan dalam lingkup kesehatan
3. Mengembangkan struktur komunitas dalam promosi kesehatan
4. Mengembangkan kepemimpinan dalam promosi kesehatan
5. Melakukan pengkajian komunitas
6. Mengembangkan rencana kesehatan komunitas
7. Melaksanakan kesehatan di komunitas
8. Menyiapkan informasi data dasar untuk pembuatan kebijakan
9. Memonitor dan mengevaluasi program kebijakan

2.2.2. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder adalah aktifitas yang berhubungan dengan deteksi dini dan pengobatan. Fokus pencegahan dengan melakukan skrining untuk mendeteksi penyakit pada fase awal. Perawat dapat melakukan pencegahan sekunder dengan mengobservasi individu atau kelompok yang termasuk kedalam kelompok *at risk* serta mengidentifikasi faktor risikonya (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Pencegahan skunder pada kasus TB dapat dilakukan dengan melakukan skrining untuk penemuan kasus secara dini, penanganan/pengobatan segera bila ditemukan klien yang menderita TB.

2.2.3. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier adalah aktifitas yang dilakukan untuk mencegah penyakit supaya tidak bertambah parah atau kronis dan tidak akan menimbulkan ketidakmampuan pada individu. Strategi yang

digunakan adalah pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan pengobatan, penerimaan terhadap sistem perawatan dan prosedur tindakan serta perawatan lanjutan. Pada tahap konseling dan edukasi perawat menjelaskan kembali, menguatkan dan mempromosikan kesehatan secara langsung dengan melakukan rehabilitasi fisik, psikis dan spiritual (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999).

Pencegahan tersier yang dilakukan pada klien TB adalah dengan melakukan pengobatan, pendidikan kesehatan tentang perlunya minum obat secara teratur dan menjalani pengobatan sampai sembuh. konseling dilakukan pada klien yang putus berobat atau klien yang tidak mampu mengenal jenis obat TB.

2.3. Tuberculosis dan pengobatan

2.3.1. Pengertian

Tuberculosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar kuman TB menyerang paru, tetapi dapat juga menyerang organ tubuh lainnya (Depkes RI, 2008).

2.3.2. Faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit TB

2.3.2.1. Faktor sosial ekonomi: keadaan rumah, kepadatan hunian lingkungan rumah, lingkungan dan sanitasi tempat kerja yang buruk dapat memudahkan penularan TB. Pendapatan keluarga sangat erat dengan penularan TB karena pendapatan yang kecil, orang tidak dapat hidup dengan layak dan tidak dapat hidup dengan memenuhi syarat-syarat kesehatan.

2.3.2.2. Status gizi: keadaan malnutrisi atau kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi dll, akan mempengaruhi daya

tahan tubuh seseorang sehingga rentan terhadap penyakit termasuk TB paru. Keadaan ini merupakan faktor penting yang berpengaruh di negara miskin, baik pada orang dewasa maupun anak-anak.

2.3.2.3. Umur: penyakit TB paru paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif (15-50) tahun. Dewasa ini dengan terjadinya transisi demografi menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut sistem imunologi seseorang menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit termasuk penyakit TB paru.

2.3.2.4. Jenis kelamin: penyakit TB paru cenderung lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan. Menurut WHO sedikitnya dalam periode setahun ada sekitar 1 juta perempuan meninggal karena TB paru, dapat disimpulkan bahwa perempuan lebih banyak terjadi kematian akibat TB paru dibandingkan akibat proses kehamilan dan persalinan. Pada laki-laki penyakit ini lebih tinggi karena merokok dan minum alkohol sehingga dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh sehingga lebih mudah terpapar agen penyebab TB paru.

2.3.3. Cara penularan

Sumber penularan adalah TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman keudara dalam bentuk percikan dahak (*droplet nuclei*). Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan dan sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya.

Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

Resiko tertular tergantung tingkat pajanan dengan percikan dahak. Pasien TB paru BTA positif memberikan kemungkinan resiko penularan lebih besar dari pasien TB paru BTA negatif. Resiko penularan setiap tahunnya ditunjukkan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection* (ARTI) yaitu proporsi penduduk yang beresiko terinfeksi TB selama satu tahun. ARTI di Indonesia antara 1-3%. Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi pasien TB adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi.

2.3.4. Gejala klinis

Gejala penyakit TBC dapat dibagi menjadi gejala umum dan gejala khusus yang timbul sesuai dengan organ yang terlibat. Gambaran secara klinis tidak terlalu khas terutama pada kasus baru, sehingga cukup sulit untuk menegakkan diagnosa secara klinik.

Gejala sistemik/umum: Batuk-batuk selama lebih dari 3 minggu (dapat disertai dengan darah). Demam tidak terlalu tinggi yang berlangsung lama, biasanya dirasakan malam hari disertai keringat malam. Kadang-kadang serangan demam seperti influenza dan bersifat hilang timbul. Penurunan nafsu makan dan berat badan, perasaan tidak enak (*malaise*), lemah.

Gejala khusus: Tergantung dari organ tubuh mana yang terkena, bila terjadi sumbatan sebagian bronkus (saluran yang menuju ke paru-paru) akibat penekanan kelenjar getah bening yang membesar, akan menimbulkan suara “mengi”, suara nafas melemah yang disertai

sesak. Kalau ada cairan dirongga pleura (pembungkus paru-paru), dapat disertai dengan keluhan sakit dada. Bila mengenai tulang, maka akan terjadi gejala seperti infeksi tulang yang pada suatu saat dapat membentuk saluran dan bermuara pada kulit di atasnya, pada muara ini akan keluar cairan nanah. Pada anak-anak dapat mengenai otak (lapisan pembungkus otak) dan disebut sebagai meningitis (radang selaput otak), gejalanya adalah demam tinggi, adanya penurunan kesadaran dan kejang-kejang.

2.3.5. Pengobatan

Tujuan pengobatan adalah untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT. Pengobatan diberikan dalam 2 tahap yaitu tahap awal (intensif) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Bila pengobatan tahap intensif diberikan secara tepat, biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi negatif dalam 2 bulan. Tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit tapi dalam jangka waktu yang lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman *persisten* sehingga mencegah terjadi kekambuhan.

Panduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia adalah kategori I: 2HRZE/4(HR)3 diberikan pada pasien baru TB paru BTA positif, pasien TB paru BTA negatif foto thoraks positif dan pasien TB ekstra paru. Kategori II: 2HRZES/(HRZE)/5(HR)3E3 diberikan pada pasien kambuh, pasien gagal dan pasien dengan pengobatan setelah putus berobat (*default*). OAT sisipan panduan obat yang diberikan pada pasien BTA positif yang pada akhir pengobatan intensif masih tetap

BTA positif. Paket yang diberikan HRZE diberikan selama 28 hari seperti tahap intensif.

Evaluasi pengobatan klien dikontrol dalam satu minggu pertama selanjutnya setelah dua minggu selama tahap intensif dan selanjutnya sekali sebulan sampai akhir pengobatan. Secara klinis seharusnya ada perbaikan keluhan-keluhan pasien seperti batuk berkurang, batuk darah hilang, nafsu makan meningkat dan berat badan naik. Pemeriksaan bakteriologis dilakukan setelah 2-3 minggu pengobatan sputum BTA negatif. WHO menganjurkan kontrol sputum BTA dilakukan pada akhir bulan ke 2, 4, 6. Pemeriksaan resistensi dilakukan pada pasien baru BTA masih positif setelah tahap intensif dan awal terapi bagi pasien yang mendapat pengobatan berulang. Bila sudah negatif sputum BTA tetap diperiksa minimal 3x berturut-turut. Pemeriksaan radiologis dapat dilakukan pada akhir pengobatan untuk membandingkan bila timbul kasus kambuh. Evaluasi efek samping obat dilakukan pada awal pengobatan dilakukan pemeriksaan fungsi hati (SGPT dan SGPT), fungsi ginjal (ureun, creatinin), darah lengkap, asam urat, keseimbangan dan audiometri. Evaluasi keteraturan berobat diberikan penyuluhan dan pendidikan kesehatan karena keteraturan berobat penyebab timbulnya resistensi.

2.3.6. Efek Samping OAT

Pengawasan terhadap efek samping obat dan bagaimana penanganannya perlu diketahui sehingga lebih terjamin keteraturan berobat. Ketidakteraturan dalam minum obat pada klien TB akan menyebabkan terjadinya resistensi obat. Penelitian yang dilakukan oleh Aryad, 1996, di RS M. Jamil Padang memperoleh hasil bahwa klien yang mendapat pengobatan kombinasi rifampisin, INH, Etambutol terjadi peningkatan fungsi hati paling tinggi pada kelompok pengobatan 5 dan 6 bulan, peningkatan terjadi lebih banyak pada usia tua. Bernida, 1994, di RS Persahabatan meneliti bahwa kenaikan

fungsi hati pada klien TB paru yang mendapat pengobatan rifampisin, INH dan pirasinamid terjadi pada 8% klien dalam 4 minggu pengobatan pertama.

Menurut Depkes RI, 2010, Hampir semua jenis OAT mempunyai efek hepatotoksik kecuali streptomisin. Efek samping untuk semua jenis OAT adalah gatal dan kemerahan pada kulit penatalaksanaan beri antihistamin, OAT tetap diteruskan dengan pengawasan ketat. Bingung dan muntah-muntah (permulaan ikterus karena obat) hentikan semua jenis OAT dan segera lakukan tes fungsi hati. Bila terjadi ikterus tanpa penyebab lain hentikan semua OAT sampai ikterus menghilang. Efek samping INH adalah kesemutan dan rasa terbakar dikaki, beri vitamin B6 (piridoxin) 100 mg perhari. Efek samping rifampisin, bila tidak nafsu makan, mual, sakit perut, semua OAT di minum malam hari sebelum tidur. Bila terjadi purpura dan syok segera hentikan rifampisin. Efeksamping etambutol adalah gangguan penglihatan, penanganannya hentikan etambutol. Efeksamping pirasinamid adalah nyeri sendi, penanganan beri aspirin. Efek samping streptomisin biasanya terjadi tuli maka streptomisin dihentikan dan bila terjadi gangguan keseimbangan maka streptomisin dihentikan dan diganti etambutol.

2.3.7. Kepatuhan

Kepatuhan atau *compliance* adalah sejauh mana individu dapat melakukan tindakan sesuai anjuran profesional kesehatan (Becker et al dalam Haynes, Taylor dan Sackett, 1979). Menurut Delamater, 2006. Kepatuhan adalah dimana perilaku seseorang sesuai dengan nasihat tenaga medis. Kepatuhan ditetapkan sebagai tindakan sukarela dan kerjasama yang aktif antara klien dan petugas kesehatan dalam program pengobatan, saling menerima perilaku untuk menghasilkan kesembuhan klien. Sedang ketidakpatuhan adalah klien tidak mematuhi saran dari penyedia perawatan kesehatan. Ketidakpatuhan

terjadi karena kualitas pribadi dari klien sendiri seperti pelupa, kurang disiplin, pendidikan yang rendah.

Klien TB yang patuh berobat adalah klien yang minum obat secara teratur dan lengkap tanpa terputus minimal selama 6 bulan untuk kategori I dan 8 bulan untuk kategori II. Sedangkan klien yang tidak patuh dalam berobat dan minum obat adalah klien yang tidak melaksanakan pengobatan sesuai rencana yang telah ditetapkan (Depkes RI, 2010). Menurut Masniari, Priyanti, Aditama, 2007, kegagalan pengobatan TB yang terjadi di negara berkembang karena hilangnya motivasi klien, kurang informasi mengenai penyakit dan efek samping OAT, problem ekonomi, sulitnya transportasi, faktor sosiopsikologis, alamat yang salah, komunikasi yang kurang baik antara klien TB paru dengan petugas kesehatan. Ketidapatuhan klien TB paru untuk berobat secara teratur menjadi hambatan untuk mencapai kesembuhan maksimal. Klien yang tidak datang pada fase intensif karena tidak adekuatnya motivasi terhadap kepatuhan berobat dan klien merasa kondisi sudah enak pada akhir fase intensif dan merasa tidak perlu kembali untuk pengobatan selanjutnya (Iseman, 2000).

Menurut Delamater, 2006, faktor-faktor yang terkait dengan kepatuhan atau ketaatan adalah: 1) faktor demografi seperti etnik minoritas, sosial ekonomi rendah. 2) faktor psikologis yang terkait dengan kepatuhan pengobatan adalah keyakinan terhadap keseriusan penyakit yang diderita, kerentanan terhadap komplikasi, efektifitas pengobatan dapat memprediksi kepatuhan yang lebih baik. 3) faktor dukungan sosial keluarga sangat penting dalam pengobatan TB. 4) penyedia layanan kesehatan dan dukungan petugas kesehatan. Dukungan sosial yang diberikan oleh perawat komunitas telah terbukti dapat meningkatkan kepatuhan klien dalam menjalani pengobatan. 5) penyakit dan faktor yang terkait dengan kesehatan. Penelitian

menunjukkan kepatuhan klien dalam menjalani pengobatan rendah ketika dalam kondisi penyakit kronis. Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang dilakukan oleh Naido, Dick, Cooper, 2008, faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah sumber daya dan sosial ekonomi, petugas yang ditugaskan di bagian TB, sosial budaya, ekonomi, kualitas pelayanan kesehatan yang diterima, penggunaan obat tradisional, klien TB dengan ODHA. Sedang faktor yang terkait dengan ketidakpatuhan adalah kemiskinan, infeksi HIV, stigma, lingkungan sosial, pekerjaan yang tidak mendukung, dan tingginya prevalensi terhadap ketidakberdayaan dan keputusasaan.

2.3.8. Pencegahan

Tindakan pencegahan dapat dilakukan oleh klien, masyarakat dan petugas kesehatan. Pencegahan yang dilakukan oleh klien dengan cara menutup mulut sewaktu batuk dan membuang dahak tidak disebarkan tempat. Tindakan pencegahan yang dilakukan oleh masyarakat dengan kesadaran bayi harus diberikan vaksinasi BCG, memakai masker saat bekerja di pabrik tekstil atau saat kontak dengan benang dan kain. Petugas kesehatan dapat memberikan penyuluhan tentang penyakit TB yang antara lain meliputi gejala bahaya dan akibat yang ditimbulkannya, pemeriksaan kepada orang-orang yang terinfeksi, pengobatan khusus TBC. Opname di rumah sakit hanya bagi penderita kategori berat yang memerlukan pengembangan program pengobatannya karena alasan-alasan sosial ekonomi dan medis tidak dikehendaki pengobatan jalan. Desinfeksi, cuci tangan dan tata rumah tangga, kebersihan yang ketat, perlu perhatian khusus terhadap muntahan dan ludah (piring, laundry, tempat tidur, pakaian), ventilasi rumah dan sinar matahari yang cukup. Imunisasi orang-orang yang kontak dan tindakan pencegahan bagi orang-orang yang sangat dekat yang teridentifikasi dengan vaksin BCG dan tindak lanjut bagi yang positif tertular. Penyelidikan orang-orang yang kontak tuberculin tes bagi seluruh keluarga dengan rontgen yang bereaksi positif. Cara

ini bila hasilnya negatif perlu diulang pemeriksaan tiap bulan selama 3 bulan dan perlu penyelidikan intensif.

2.4. Keluarga sebagai sistem dukungan bagi klien TB

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 1998). Dukungan sosial keluarga mengacu pada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses untuk keluarga. Dukungan sosial bisa digunakan atau tidak, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial internal atau dukungan sosial eksternal (Friedman, 1998).

Klien TB dalam menjalani pengobatan sangat membutuhkan dukungan dari keluarga baik dukungan dari keluarga inti maupun keluarga besar, mengingat pengobatan TB yang memerlukan waktu relatif lama minimal 6 bulan untuk pengobatan kategori I dan 8 bulan untuk pengobatan kategori II. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alisjahbana di Bandung tentang kepatuhan klien TB dalam berobat. Kedalaman pemahaman TB dan pengobatannya, dukungan keluarga dan kualitas layanan menentukan kepatuhan berobat klien TB.

Menurut Caplan (1964) dalam Friedman (1998) keluarga mempunyai fungsi dukungan antara lain:

2.4.1 Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator atau penyebar informasi tentang dunia yaitu menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, dan informasi yang dapat

digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan sugesti yang khusus pada individu. Salah satu komponen dalam strategi DOTS adalah pengawas menelan obat (PMO) yang salah satu perannya adalah memberikan dukungan dan informasi kepada klien TB.

2.4.2 Dukungan Penilaian

Keluarga bertugas membimbing dan memberikan pemecahan masalah, memberikan dukungan, penghargaan dan perhatian. Dukungan, penghargaan dan perhatian dari keluarga untuk klien TB akan memberikan semangat pada klien dalam menjalani pengobatan.

2.4.3 Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit. Keluarga bertanggung jawab terhadap kebutuhan dan kesehatan anggota keluarganya seperti kebutuhan makan, minum, terhindar dari penularan penyakit TB anggota keluarga lain dan kepatuhan klien TB dalam menjalani pengobatan.

2.4.4 Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk kepercayaan, perhatian, menghargai dan dihargai, mendengarkan dan didengarkan.

2.5. Peran perawat dalam penanggulangan TB

Perawat komunitas merupakan salah satu tenaga kesehatan yang berhadapan secara langsung dengan klien TB atau klien yang tersangka TB. Namun peran yang ditampilkan perawat masih berupa peran dalam kelompok tim kesehatan, secara signifikan belum tampak peran perawat sebagai profesi kesehatan (Nursasi, 2010). Peran perawat komunitas menurut Helvie (1998) terdiri dari *care provider, nurse educator and counselor, role model, client advocate, case manager, collaborator, discharge planner, case finder, change agent and leader*.

2.4.1. Care provider

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan kepada klien (individu, keluarga, komunitas) berdasarkan epidemiologi dan prinsip intervensi pencegahan. Peran ini dilakukan pada area seperti rumah, sekolah, tempat kerja atau klinik.

Peran perawat komunitas sebagai pemberi pelayanan dalam penanggulangan TB melalui penemuan kasus dini dan memberikan asuhan keperawatan diawali dengan penemuan kasus dini di masyarakat, memberikan asuhan perawatan baik dalam level individu, keluarga dan komunitas serta melakukan tindakan pencegahan baik pencegahan primer, sekunder dan tertier.

2.4.2. Nurse educator and counselor

Peran perawat sebagai pendidik yaitu perawat memberikan informasi kepada individu, keluarga dan masyarakat melalui promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan. Proses pendidikan kesehatan dengan mengajarkan pada individu, keluarga dan masyarakat tentang perilaku hidup sehat dan pilihan gaya hidup.

Perawat komunitas dalam menjalankan perannya sebagai pendidik pada klien TB dengan memberikan penyuluhan secara berkala pada masyarakat luas melalui tatap muka, ceramah dan media yang tersedia diwilayahnya. Materi pendidikan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga dan masyarakat meliputi penularan, pencegahan penyakit TB. bagi yang sudah terkena penyakit TB untuk beobat secara teratur sampai sembuh. Menganjurkan masyarakat untuk melapor bila ada warganya yang mempunyai gejala-gejala TB.

Peran perawat sebagai konselor dengan membantu klien memilih solusi terbaik dari masalah yang dialami. Konseling yang diberikan kepada klien dan keluarga dalam pengobatan untuk menghindari terjadinya ketidakpatuhan klien dalam berobat. Memotivasi keluarga untuk memberi dukungan kepada klien dalam menjalani pemngobatan. Konseling tidak berarti memberitahu klien apa yang harus dilakukan tetapi mendampingi klien menggunakan kemampuan untuk memecahkan masalah yang dimiliki sehingga dapat memutuskan tindakan yang terbaik. Perawat membantu klien TB untuk memilih solusi yang terbaik dari masalah yang dialami oleh klien misalnya dalam pengobatan TB.

2.4.3. *Client Advocate*

Perawat memfasilitasi kebutuhan individu, keluarga dan masyarakat untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Perawat memfasilitasi kebutuhan klien TB dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang maksimal dengan memberikan informasi yang luas melalui kemitraan yang dibangun bersama masyarakat dan LSM.

2.4.4. *Case manager*

American Nursing Association (ANA, 1991 dalam Helvie, 1998) mendefinisikan manajemen kasus adalah proses pelayanan kesehatan

dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, mengurangi masalah, meningkatkan kualitas hidup klien dan menurunkan biaya pengobatan.

Peran perawat komunitas sebagai manager kasus dengan mengumpulkan masalah yang ada di masyarakat terutama masalah yang berkaitan dengan penyakit TB, berusaha menyelesaikan masalah, memilih jenis bantuan yang diberikan dalam menyelesaikan masalah, menjelaskan kepada klien TB tentang sumber biaya yang bisa diakses melalui jaminan kesehatan, atau menyebarkan informasi kepada masyarakat bahwa pengobatan TB tidak dipungut biaya.

2.4.5. *Collaborator*

Kolaborasi adalah suatu bentuk kerjasama dengan orang lain dalam mencapai tujuan tertentu. Kolaborasi dilakukan dengan interaksi antara perawat komunitas dengan klien dalam menjalankan tugas dan tanggungjawabnya atau dalam melakukan asuhan keperawatan (Hitckcock, Schubert & Thomas, 1999)

Peran perawat sebagai kolaborator bagi klien TB adalah melakukan kerjasama dengan tim kesehatan lain, LSM dan masyarakat dalam penemuan kasus dini dan penanggulangan TB.

2.4.6. *Discharge planner*

Discharge planner adalah mengidentifikasi dan membuat perencanaan tentang kebutuhan klien mengikuti program institusi layanan kesehatan. Peran ini di laksanakan pada klien dengan situasi yang berbeda (Helvie, 1998). Peran perawat dalam *discharge planner* pada klien TB adalah mengidentifikasi kebutuhan klien TB dan membuat perencanaan untuk memenuhi kebutuhan klienn TB supaya tetap menjalani pengobatan sampai tuntas dan tidak menularkan kepada orang lain.

2.4.7. *Case finder*

Case finder adalah menemukan klien yang membutuhkan perawatan kesehatan atau menemukan kebijakan kesehatan yang diterapkan pada institusi (Helvie, 1998). Perawat komunitas sebagai penemu kasus di masyarakat bekerjasama dengan kader kesehatan dan masyarakat untuk berusaha secara aktif menemukan kasus TB dengan membentuk kelompok-kelompok peduli TB. Mengajukan kepada masyarakat untuk segera melaporkan kepada petugas kesehatan bila menemukan orang dengan gejala-gejala penyakit TB.

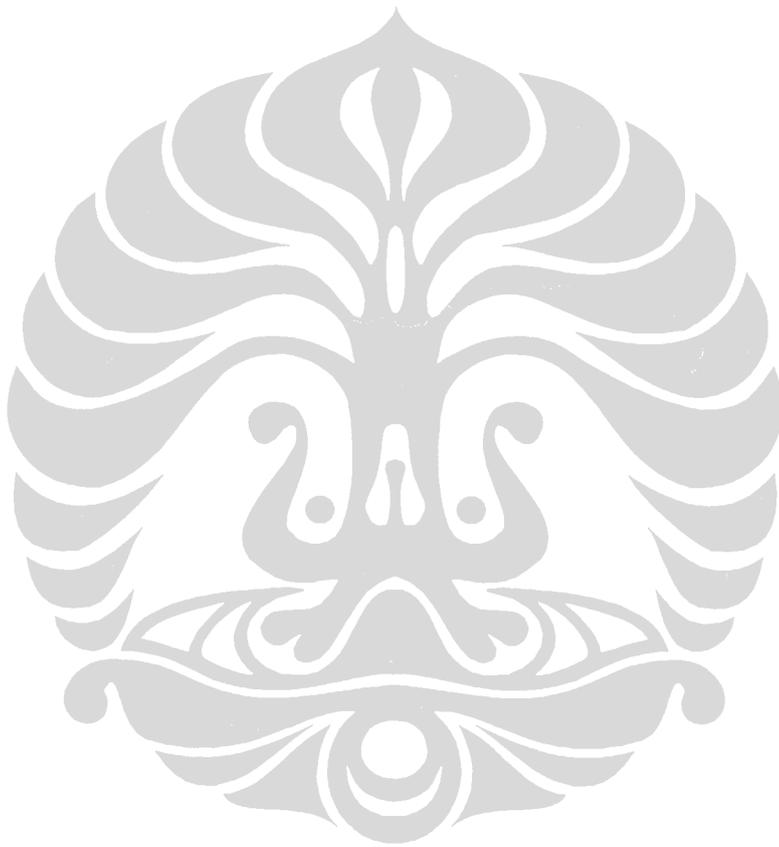
2.4.8. *Change agent and leader*

Leadership adalah kemampuan untuk mempengaruhi orang lain, sedang *change agent* adalah seseorang yang mempunyai inisiatif untuk melakukan perubahan secara terencana. Untuk bisa membawa perubahan diperlukan seorang pemimpin yang dapat mempengaruhi perilaku klien (Helvie, 1998). Perawat komunitas dalam menjalankan peran ini terhadap klien TB dengan memberikan pendidikan kesehatan secara berkala sampai terjadi perubahan perilaku. Misalnya untuk menghindari penularan terhadap orang lain tidak membuang dahak disembarang tempat.

2.4.9. *Community care provider and researcher*

Penelitian adalah bagian penting dari peran perawat komunitas. Peran peneliti lebih mungkin dilakukan pada perawat dengan jenjang lebih tinggi tapi perawat lulusan diploma juga bisa melakukan penelitian jika mempunyai pengalaman dapat mengidentifikasi masalah penelitian. Penelitian bisa dilakukan sendiri atau bersama perawat lain (Helvie, 1998). Perawat komunitas di Indonesia mempunyai kesempatan yang luas untuk melakukan penelitian mengingat banyak masalah yang bisa untuk diteliti di masyarakat terutama yang

berkaitan dengan klien TB. penelitian TB telah banyak dilakukan oleh praktisi kesehatan lain tapi yang dilakukan oleh perawat khususnya yang menggunakan metode kualitatif belum banyak dilakukan.



BAB 3

METODE PENELITIAN

Bab ini mendeskripsikan tentang rancangan penelitian yang digunakan untuk menggali pengalaman klien dalam menjalani pengobatan TB kategori II di Kabupaten Pekalongan. Rancangan penelitian yang dibahas diantaranya adalah desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, pertimbangan etik, teknik pengambilan sampel, cara pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, instrumen pengumpulan data, analisis data dan keabsahan data.

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pendekatan ini dipilih karena penelitian kualitatif merupakan metode-metode untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang oleh sejumlah individu atau sekelompok orang dianggap dari masalah sosial atau kemanusiaan (Creswell, 2010). Penelitian fenomenologi deskriptif dapat mengeksplorasi, menganalisis dan menjelaskan fenomena dari pengalaman nyata secara lebih rinci, luas dan mendalam (Streubert & Carpenter, 2003). Peneliti ingin memahami arti dan makna pengalaman klien dalam menjalani pengobatan TB kategori II melalui penelitian ini.

Tahapan penelitian fenomenologi deskriptif terdiri dari *intuiting*, *analyzing* dan *describing* (Streubert & Carpenter, 2003). Peneliti melakukan langkah-langkah sesuai dengan tahapan tersebut yaitu:

3.1.1 *Intuiting* merupakan langkah pertama dimana peneliti harus mampu menyatu secara total dengan fenomena yang sedang diteliti. Pada penelitian kualitatif, peneliti berusaha memahami subjek dari kerangka berpikirnya sendiri (Taylor & Bogdan, 1984 dalam Creswell, 1998). Peneliti pada saat wawancara telah memberikan

kesempatan yang seluas-luasnya pada partisipan untuk menceritakan pengalamannya tanpa pengaruh pengetahuan dan keyakinan peneliti. Peneliti menghindari sikap kritis, mengevaluasi atau memberi pendapat, dan mengarahkan perhatian secara kaku atau membatasi pada fenomena yang diteliti. Pada tahap ini peneliti menjadi instrumen pengumpulan data. Peran peneliti sebagai instrumen utama dalam pengumpulan data dilakukan dengan mengidentifikasi nilai, asumsi dan prasangka pribadi pada awal penelitian. Hal ini dilakukan agar lingkup data yang diperoleh melalui wawancara mendalam dapat menghindari terjadinya upaya memfokuskan wawancara kearah pencapaian tujuan penelitian. Kontribusi peneliti dirasakan bermanfaat, bersifat positif, dan tidak merugikan sesuai dengan pendapat Locke, et al, (1987) dalam Creswell, (1998) telah dapat dibuktikan dalam penelitian ini..

3.1.2 *Analyzing*, peneliti mengidentifikasi esensi dari fenomena yang diteliti dengan mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan antara elemen-elemen tertentu dengan fenomena tersebut. Peneliti kemudian mempelajari data yang telah ditranskripkan dan ditelaah berulang-ulang. Selanjutnya peneliti mencari kata-kata kunci dari informasi yang disampaikan partisipan untuk membentuk tema-tema.

3.1.3 *Describing*, pada langkah ini peneliti mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen kritikal yang didasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena. Elemen atau esensi yang kritikal dideskripsikan secara terpisah dan kemudian dalam konteks hubungannya terhadap satu sama lain (Streubert & Carpenter, 1999).

3.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah seluruh agregat pada kasus yang ditemukan dengan karakteristik atau kriteria tertentu yang ditetapkan oleh peneliti (Polit & Hangler, 1999). Populasi dalam penelitian ini adalah agregat dewasa yang tinggal di Kabupaten Pekalongan, pernah menderita TB dan menjalani pengobatan kategori II.

Sampel adalah bagian dari populasi yaitu sebagian dari orang dewasa yang tinggal di Kabupaten Pekalongan, pernah menderita TB dan menjalani pengobatan kategori II dipilih pada penelitian ini. Sampel dalam penelitian kualitatif disebut nara sumber atau partisipan atau informan (Sugiono, 2009). Menurut Creswell (1998) dalam pemilihan individu yang akan dijadikan sampel dapat dipilih individu yang mudah ditemui, dapat memberikan informasi, memiliki pengalaman yang dapat diteliti secara mendalam atau seseorang yang mempunyai fenomena yang spesifik dan dapat dieksplorasi pengalamannya lebih dalam.

Partisipan dalam penelitian ini adalah klien yang telah menyelesaikan pengobatan TB kategori II. Peran partisipan dalam penelitian ini adalah sebagai nara sumber yang akan memberikan informasi atau pengalamannya dalam menjalani pengobatan TB kategori II.

Penentuan partisipan dalam penelitian ini dengan menggunakan *purposive sampling* yang dalam riset kualitatif sering disebut *judgmental, theoretical* atau *purposeful sampling* (Polit & Hungler, 1999). *Purposive sampling* adalah pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan dan tujuan tertentu (Sugiyono, 2009). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian kualitatif menggunakan sampel bertujuan (*purposive sampling*) yaitu teknik yang didasarkan pada tujuan dari penelitian (Creswell, 1998).

Cresswell (1998) selanjutnya menyebutkan ada 16 strategi dalam tehnik pengambilan purposive sampling yaitu: 1) *Maximum Variation*, 2) *Homogeneous*, 3) *Critical case*, 4) *Theory based*, 5) *Confirming and disconfirming cases*, 6) *Snowball or chain*, 7) *Extreme or deviant case*, 8) *Typical case*, 9) *Intensity*, 10) *Politically important cases*, 11) *Random purposeful*, 12) *Stratified purposeful*, 13) *Criterion*, 14) *Opportunistic*, 15) *Combination or mixed*, 16) *Convenience*. Berdasarkan 16 strategi tersebut peneliti menggunakan strategi *criterion* karena menggunakan fenomenologi dimana partisipan yang direkrut dalam penelitian ini adalah klien yang punya pengalaman menjalani pengobatan TB kategori II.

Partisipan yang direkrut dalam penelitian ini sesuai dengan kriteria yang peneliti inginkan yaitu partisipan yang telah selesai menjalani pengobatan TB kategori II, data yang didapat dari BKPM Kota pekalongan ada 10 klien yang telah menjalani pengobatan TB kategori II dan hanya tiga partisipan yang memenuhi kriteria. Tujuh orang tidak masuk kriteria karena tidak ditemukan tempat tinggal calon partisipan yang sesuai dengan alamat, menolak, hanya menjalani pengobatan kategori I, dan masih menjalani pengobatan kategori II karena pada waktu pengobatan suntik, menghentikan pengobatannya atau drop out sehingga harus mengulang dari awal dan saat didatangi peneliti calon partisipan ini belum selesai pengobatan. Peneliti memperoleh data dari lima Puskesmas di Wilayah Kabupaten Pekalongan yaitu ada dua belas klien yang telah menjalani pengobatan TB kategori II, namun hanya empat yang masuk kriteria untuk menjadi partisipan. Hal ini disebabkan tiga dari dua belas klien TB tersebut saat diwawancara peneliti, sulit mengungkapkan pengalamannya, peneliti juga tidak menemukan alamat beberapa calon partisipan, tidak ketemu calon partisipan karena merantau, dan satu orang masih menjalani pengobatan TB kategori II untuk yang ketiga kalinya.

3.3 Jumlah Partisipan

Penetapan sampling dalam penelitian kualitatif adalah berdasarkan pada saturasi data, yaitu sampel dianggap telah memadai apabila telah sampai pada taraf *redundancy* atau data telah sampai pada suatu titik kejenuhan dimana tidak ada informasi baru yang didapatkan dan pengalaman telah dicapai (Polit & Hungler, 1999; Nasution, 1988 dalam Sugiyono, 2009). Situasi ini juga dapat diartikan bahwa menggunakan partisipan yang baru tidak mendapatkan informasi yang baru dan makna berbeda (Nasution, 1998; dalam Sugiono, 2009).

Jumlah partisipan dalam penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi yang ideal adalah 3-10 partisipan (Dukes, 1984; dalam Creswell, 1998). Sebagai perbandingan dalam penentuan jumlah sampel hasil penelitian yang dilakukan oleh Zhaang, et al, 2009 di China menggunakan sampel sebanyak 17 mahasiswa yang direkrut secara purposive. Penelitian di Sabah oleh Rundi (2007), menggunakan 27 klien TB, 20 anggota keluarga dan 11 petugas kesehatan sebagai sampel.

Berdasarkan penetapan jumlah partisipan dari Creswell (1998), peneliti memperoleh 7 orang klien yang telah menjalani pengobatan TB kategori II sebagai partisipan, berdasarkan tersaturasinya data yang didapatkan. Penambahan partisipan tidak dilakukan oleh peneliti karena saturasi data telah terjadi. Partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini adalah usia dewasa yang tinggal di Kabupaten Pekalongan yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Klien yang telah selesai menjalani pengobatan TB kategori II
2. Secara sukarela bersedia untuk menjadi partisipan
3. Mampu menceritakan pengalaman dalam menjalani pengobatan TB kategori II

4. Mampu berbahasa Indonesia dengan lancar

3.4 Tempat dan Waktu penelitian

3.4.1 Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah Kabupaten Pekalongan, dengan kasus prevalensi TB di Kabupaten Pekalongan masih tinggi yaitu 107 per 100.000 penduduk meskipun penemuan kasus 81,9%. Penderita yang berobat kategori II selalu ada tiap bulannya, baik karena kambuh atau karena gagal. Peneliti tinggal di Kabupaten Pekalongan sehingga memudahkan peneliti dalam mencari partisipan yang sesuai kriteria.

3.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari sampai Juni 2011 pada partisipan yang telah selesai menjalani pengobatan TB kategori II.

3.5 Pertimbangan Etik

Pertimbangan etik yang digunakan peneliti untuk menjelaskan kepada partisipan adalah menghormati harkat dan martabat manusia dan bebas paksaan (*Autonomy*), berbuat baik (*beneficence*), dan keadilan atau berbuat adil (*justice*) (Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2006; Hamid, 2008).

3.5.1 Prinsip *autonomy*

Peneliti menghormati harkat dan martabat manusia dimana sebagai pribadi seseorang memiliki kebebasan untuk memilih dan bertanggung jawab atas keputusannya. Salah satu tindakan dalam menghormati harkat dan martabat manusia adalah dengan memberikan *informed consent* kepada partisipan. Peneliti memberikan *informed consent* pada awal pertemuan dengan

partisipan dengan memberi penjelasan tentang tujuan, manfaat dan hak-hak partisipan selama proses penelitian. Peneliti memberikan kesempatan dan kebebasan kepada partisipan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak menjadi partisipan. Calon partisipan yang telah didatangi oleh peneliti hanya satu yang menolak dengan alasan tidak ingin mengingat kejadian yang telah dialami karena sangat menyakitkan, peneliti menghormati dan menghargai keputusan tersebut. Peneliti memberikan dan menghormati hak, privasi dan pilihan kepada partisipan. Peneliti tidak memaksa atau melakukan tekanan pada partisipan dalam mengambil keputusan. Partisipan yang menyatakan bersedia, peneliti menyerahkan lembar *informed consent* dan meminta partisipan untuk menandatangani lembar *informed consent* sebagai bukti kesediaan menjadi partisipan dalam penelitian. Prinsip *autonomy* telah peneliti laksanakan sehingga resiko yang mungkin timbul seperti partisipan tidak mengetahui manfaat dari penelitian ini dan hak-hak partisipan tidak diperhatikan oleh peneliti tidak terjadi

3.5.2 *Prinsip beneficence*

Berarti menghindari bahaya dan melakukan yang baik kepada partisipan. Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Peneliti memberi kebebasan pada partisipan untuk memilih tempat dan waktu wawancara. Waktu yang dipilih oleh empat partisipan hari Jum'at dengan waktu yang bebas, tiga partisipan tidak menentukan waktu jadi disepakati bersama peneliti. Tempat wawancara yang dipilih oleh partisipan di ruang tamu, hanya satu partisipan yang memilih tempat wawancara di Ruang tengah karena ruang tamu penuh dengan bahan dan pakaian yang sudah siap dipasarkan.

Peneliti berusaha meminimalkan dampak yang merugikan bagi partisipan, dua partisipan yang diwawancara berpotensi

mengalami tekanan seperti keluar keringat dingin dan partisipan meremas-remas tangan saat diwawancara. Peneliti menghentikan wawancara dan partisipan dianggap tidak termasuk dalam sampel penelitian. Satu partisipan ditemukan masih mempunyai masalah kesehatan terkait tanda dan gejala TB yaitu batuk, sesak, badan kurus, tidak nafsu makan dan setelah ditanya klien sedang menjalani pengobatan TB kategori II untuk yang ketiga kalinya dan baru berjalan 2 minggu, sehingga calon partisipan tersebut juga dihentikan keikutsertaannya dalam kegiatan penelitian.

3.5.3 Prinsip *justice*

Prinsip keadilan yang peneliti laksanakan dalam penelitian ini adalah peneliti tidak membedakan dalam memperlakukan partisipan satu dengan yang lainnya baik sebelum, selama dan setelah berpartisipasi dalam penelitian. Dalam memberikan perlakuan yang sama kepada partisipan peneliti melakukan prinsip hak mendapatkan perlakuan yang adil (Polit & Hungler, 1999; Hamid, 2008) yaitu 1) secara adil dan tidak diskriminatif dalam melakukan seleksi partisipan, 2) kegiatan penelitian yang dilakukan tidak merugikan partisipan, 3) memberikan penghargaan yang sama kepada setiap partisipan, 4) partisipan mempunyai hak yang sama dalam mengklarifikasi setiap yang diucapkan, 5) respek dan sopan selama penelitian berlangsung, 6) mendapat penjelasan sebelum penelitian dilakukan 7) partisipan dapat mengakses bantuan profesional yang sesuai bila terjadi gangguan fisik dan psikologis.

Perhatian yang peneliti berikan untuk semua partisipan sama, kegiatan yang dilakukan peneliti juga tidak mengganggu kegiatan partisipan yaitu dengan membuat kesepakatan waktu dan tempat sesuai keinginan partisipan. Peneliti memberikan penghargaan yang sama pada semua partisipan. Peneliti bersikap menghormati, sopan dan ramah pada semua partisipan, semua partisipan mendapat penjelasan sebelum penelitian dilakukan. Satu partisipan

yang dihentikan sebagai sampel karena masih menjalani pengobatan TB kategori II untuk yang ketiga kalinya, disarankan peneliti untuk berobat ke Rumah Sakit dengan terlebih dahulu mengurus Askeskin karena klien belum mempunyai Askeskin sementara obat dari Puskesmas tetap dilanjutkan. Memotivasi untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dengan menu empat sehat ditambah minum susu secara rutin, mengajari latihan napas dalam dan menganjurkan untuk latihan napas setiap pagi, menganjurkan untuk membuang dahak ditampung ditempat yang tertutup dan berisi desinfektan yang diencerkan, meminta pada keluarga untuk menambah genting kaca dikamar klien dan di ruang tengah dan dapur.

3.6 Cara dan Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti menggunakan strategi dari (Cresswell, 2010) ada 4 jenis strategi yaitu 1) Observasi, dapat dilakukan dengan menggunakan catatan lapangan, peneliti langsung turun kelapangan untuk mengamati perilaku dan aktifitas individu-individu di lokasi penelitian. Dalam penelitian ini peneliti merekam/mencatat aktifitas-aktifitas dalam lokasi penelitian. 2) Wawancara, peneliti dapat melakukan *face to face interview* dengan partisipan, mewawancarai mereka dengan telepon, atau terlibat dalam fokus grup interview. Wawancara seperti ini memerlukan pertanyaan-pertanyaan secara umum, tidak terstruktur dan bersifat terbuka. 3) Dokumen dapat berupa dokumen publik seperti koran, majalah, laporan kantor atau dokumen privat seperti buku harian, diary, surat, email. 4) Audio dan visual, data ini bisa berupa foto, obyek-obyek seni, video tape, atau segala jenis suara atau bunyi. Peneliti hanya menggunakan strategi wawancara, observasi dan dokumen yang peneliti dapatkan dari Dinas kesehatan Kabupaten Pekalongan, Puskesmas di wilayah Kabupaten Pekalongan dan BKPM (Balai Kesehatan Paru Masyarakat) Kota Pekalongan.

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi dengan menggunakan catatan lapangan. Wawancara dilakukan secara semi terstruktur yaitu wawancara yang bertujuan untuk menemukan permasalahan secara terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide-idenya, peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh partisipan (Sugiono, 2009). Wawancara yang dilakukan terhadap tujuh partisipan adalah untuk mengidentifikasi pengalaman partisipan dalam menjalani pengobatan TB kategori II serta untuk memahami arti dan makna dari pengalaman tersebut.

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapat ijin dari FIK UI tanggal 7 April 2011. Selanjutnya peneliti mengajukan ijin pada Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bapeda) Kabupaten dan Kota Pekalongan. Setelah mendapat ijin peneliti mencari data dan minta rekomendasi ke Dinas kesehatan Kabupaten dan Kota Pekalongan. Setelah mendapat rekomendasi dari Dinas Kesehatan dan Kota Pekalongan, peneliti mencari identitas calon partisipan di Puskesmas wilayah Kabupaten Pekalongan dan BKPM Kota Pekalongan. Identifikasi calon partisipan sesuai dengan kriteria yang ditetapkan oleh peneliti.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Puskesmas di wilayah Kabupaten Pekalongan dan BKPM Kota pekalongan serta sudah dapat surat keterangan lolos uji etik tanggal 11 Mei 2011, peneliti melakukan pendekatan langsung ke calon partisipan dengan mendatangi rumah calon partisipan. Pada kunjungan pertama peneliti melakukan pendekatan personal pada klien TB yang telah selesai menjalani pengobatan sampai terjadi hubungan saling percaya dan menjelaskan tujuan kedatangan peneliti. Setelah terjalin hubungan saling percaya, peneliti menjelaskan tentang lembar *informed consent* dan meminta persetujuan untuk menjadi partisipan. Jika calon partisipan menyatakan bersedia untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini, maka partisipan diminta untuk

menandatangani lembar *informed consent*. Langkah selanjutnya peneliti menanyakan kepada partisipan kapan bisa dilakukan wawancara. Wawancara dilakukan dalam tiga fase sesuai tahap komunikasi terapeutik (Stuart & Sundeen, 1995; Keliat, 1996) yaitu:

3.6.1.1 Fase orientasi

Peneliti mencoba membina hubungan saling percaya dengan partisipan, untuk mengidentifikasi sejauh mana kesiapan partisipan untuk dilakukan wawancara. Peneliti juga memberitahukan bahwa selama proses wawancara akan direkam dan partisipan diminta untuk tidak terpengaruh dengan alat perekam yang disediakan peneliti. Peneliti menciptakan suasana lingkungan yang tenang dan nyaman, peneliti berusaha menjaga *privacy* partisipan selama wawancara berlangsung dengan menempatkan partisipan pada ruangan yang hanya ada peneliti dan partisipan. Peneliti menyiapkan MP5 dan mengidentifikasi posisi MP5 yang tepat agar dapat merekam semua percakapan wawancara dengan jelas. Peneliti juga menggunakan alat tulis sebagai catatan lapangan (*field note*) untuk mencatat bahasa *non verbal* yang ditunjukkan partisipan.

Peneliti melakukan wawancara dengan partisipan dengan posisi arah sembilanpuluh derajat dengan menggunakan tehnik terapeutik dalam keperawatan. MP5 diletakkan dekat partisipan dengan jarak 30-50 cm dengan mengatur volume MP5 dengan pertimbangan MP5 dapat merekam pembicaraan dengan jelas.

3.6.1.2 Fase kerja

Peneliti memulai wawancara mendalam saat partisipan siap dan mulai terbuka. Wawancara mendalam dilakukan dengan mengajukan pertanyaan menggunakan panduan wawancara yang telah disiapkan oleh peneliti berisi tentang pertanyaan terbuka dengan mengacu pada tujuan khusus. Jika partisipan tidak bisa

menjawab pertanyaan atau kesulitan memahami pertanyaan, peneliti memberikan gambaran atau ilustrasi yang sama dengan pertanyaan. Peneliti menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti oleh partisipan. Proses wawancara berakhir ketika pertanyaan yang terdapat pada panduan wawancara telah ditanyakan semua atau tidak ada lagi hal-hal yang perlu digali.

Peneliti menulis catatan lapangan (*field note*) yang penting untuk melengkapi hasil wawancara agar tidak lupa dan membantu unsur kealaman data yang didapat selama wawancara. Catatan lapangan digunakan untuk mendokumentasikan hal-hal yang tidak bisa direkam seperti suasana lingkungan, perilaku dan respon non verbal partisipan selama proses wawancara. Catatan lapangan ditulis ketika wawancara berlangsung dan digabungkan pada transkrip.

Kemampuan peneliti menjadi instrumen dapat diukur pada saat melakukan uji coba pada klien yang tidak menjadi partisipan. Uji coba wawancara dilakukan untuk melihat kemampuan peneliti mengeksplorasi fenomena penelitian, kelancaran proses wawancara, kelengkapan isi dan kesulitan-kesulitannya termasuk kemampuan peneliti mengembangkan pertanyaan dan membuat catatan lapangan. Uji coba dilakukan pada dua orang klien yang telah menjalani pengobatan kategori II yang kemudian diajukan untuk penilaian kelayakan peneliti sebagai instrumen. Setelah dilakukan uji coba peneliti dinyatakan oleh pembimbing layak untuk melakukan penelitian.

Uji coba alat bantu MP5 dilakukan sebelum uji coba dengan partisipan. Peneliti mengujicobakan kualitas suara dan gambar dengan mengatur jarak dan volume supaya bisa terekam dengan maksimal.

3.6.1.3 Fase terminasi

Peneliti melakukan validasi transkrip wawancara pada semua partisipan bila ada yang perlu diklarifikasi. Setelah melakukan validasi peneliti menyatakan bahwa proses penelitian telah berakhir dan mengucapkan terima kasih atas kesediaan dan memberikan reinforcement positif atas kerjasama yang partisipan berikan selama proses penelitian.

3.7 Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dimulai dengan mendokumentasikan hasil wawancara mendalam dan catatan lapangan yang diperoleh selama wawancara. Pendokumentasian wawancara dilakukan dengan memutar hasil rekaman dari MP5. Hasil rekaman ditulis apa adanya dan digabung dengan hasil catatan lapangan sehingga menjadi print out transkrip. Peneliti memiliki waktu minimal tiga hari untuk menghasilkan satu print out transkrip untuk satu partisipan. Hal ini disebabkan karena peneliti harus mendengarkan hasil rekaman berulang-ulang untuk memperoleh pernyataan yang jelas dari partisipan. Peneliti memeriksa keakuratan transkrip dengan memutar kembali hasil wawancara melalui MP5 sambil membaca transkrip beberapa kali. Untuk menghindari kehilangan data, hasil transkrip disimpan di email peneliti, diemailkan ke pembimbing, USB, *compact disk* dan komputer.

3.7.2 Analisis Data

Tahapan analisis data pada penelitian ini menggunakan langkah dari (Stevick-Colaizzi-Keen dalam Creswell, 1998; Creswell, 2010). Langkah (1) mengolah dan mempersiapkan data untuk dianalisis: Peneliti mulai melakukan analisis data dengan mengumpulkan data yang diperoleh dari hasil rekaman wawancara

dan catatan lapangan kemudian melakukan verbatim menjadi transkrip. Langkah (2) membaca keseluruhan data: peneliti mencari pernyataan partisipan yang terkait dengan pengalaman klien kemudian menggaris bawahi pernyataan partisipan yang signifikan dimana peneliti akan memilih pernyataan yang bermakna sesuai tujuan khusus dan berusaha untuk memperhatikan setiap data sebagai pernyataan yang berharga sehingga tidak terjadi overlapping data. Peneliti menemukan informasi terkait dukungan yang diharapkan partisipan lebih mengarah keharapan partisipan, sehingga peneliti mengganti tujuan khusus ke lima menjadi dukungan yang diterima oleh partisipan dari keluarga dan petugas kesehatan.

Langkah (3) menganalisis lebih detail dengan mengkode data yaitu memberi makna dari setiap pernyataan yang signifikan. Peneliti melakukan analisis data dengan memilih kata kunci sesuai pernyataan partisipan didalam transkrip. Langkah (4) melakukan pengelompokan kedalam makna pernyataan: peneliti menyusun kata kunci kedalam kategori-kategori sesuai transkrip. Langkah (5) mengembangkan *Textual description*, apa yang terjadi, bagaimana fenomena dialami dan mencari intisari dari pengalaman. Peneliti berusaha menyampaikan informasi dari partisipan tentang pengalaman menjalani pengobatan TB kategori II dan mencari intisari dari pengalaman tersebut. Langkah (6) Peneliti mendeskripsikan dan menyajikan tema-tema dalam bentuk narasi/laporan kualitatif. Peneliti memasukkan intisari yang didapat kedalam tabel yang berisi kata kunci, kategori, sub tema dan tema.

3.8 Keabsahan Data

Keabsahan data *atau trustworthiness of data* adalah validitas dan realibilitas penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif dapat dipercaya ketika penelitian tersebut mampu menampilkan pengalaman partisipan yang teliti

secara akurat (Streubert & Carpenter, 2003) Keabsahan data pada penelitian ini didasarkan pada prinsip kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*) dan kepastian (*confirmability*) (Guba dan Lincoln, 1994; dalam Streubert & Carpenter, 2003; Moleong, 2004; Sugiyono, 2009).

Langkah-langkah yang telah dilakukan peneliti untuk memenuhi keabsahan data penelitian adalah sesuai prinsip keabsahan data yaitu:

3.8.1 *Credibility*, merupakan suatu aktivitas yang meningkatkan kemungkinan ditemukannya data yang kredibel. *Credibility* dilakukan untuk, menguji validitas data sesuai hasil yang dicapai. Pencapaian kredibilitas dilakukan dengan cara mengecek kebenaran informasi dari sumber atau *member check* (Lincoln & Guba, 1985; dalam Streubert & Carpenter, 2003). Langkah-langkah yang telah dilakukan dengan *member check* yaitu proses pengecekan data, tujuannya untuk mengetahui sejauh mana data yang diperoleh sesuai dengan apa yang diberikan partisipan. Peneliti akan mengembalikan transkrip yang kurang dipahami atau membingungkan dan meminta partisipan memverifikasi keakuratan transkrip yang membingungkan tersebut dengan memberikan tanda *check list* (✓) jika partisipan setuju dengan ucapan partisipan yang tertuang dalam tema tersebut. *Member check* dilakukan pada enam partisipan dan satu partisipan tidak dilakukan karena keterbatasan waktu penelitian.

3.8.2 *Transferability* atau keteralihan merupakan bentuk validitas eksternal yang menunjukkan derajat ketepatan sehingga hasil penelitian dapat diterapkan kepada orang lain (Moleong, 2004). Peneliti menggunakan prinsip *transferability* dengan menyusun tema-tema/pengalaman yang sudah teridentifikasi dari wawancara dengan partisipan. Kemudian memberikan pada klien TB lain yang memiliki karakteristik yang sama dengan partisipan.

Transferability dilakukan untuk menentukan apakah kelompok sejenis yang tidak menjadi sampel penelitian menyetujui bahwa pengalaman menjalani pengobatan TB kategori II telah tergambarkan pada tema-tema hasil penelitian (Strubert & Carpenter, 2003). *Transferability* dilakukan untuk meminimalkan kendala *generability* pada penelitian kualitatif.

3.8.3 *Confirmability* mengandung pengertian bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat, dan penemuan seseorang (Streubert & Carpenter, 2003; Sugiyono, 2009). *Confirmability* yaitu data bersifat obyektif dan netral, dimana ada beberapa orang independen yang menilai data-data yang telah dikumpulkan oleh peneliti. Pengujian ini dilakukan bersama uji *dependability*. Hasil penelitian ini telah memenuhi *confirmability*, karena data hasil penelitian tersebut bersifat netral atau obyektif. *Confirmability* dan *dependability* dilakukan peneliti bersamaan dengan meminta dosen pembimbing untuk menganalisis kembali hasil transkrip dari wawancara dan memberikan saran untuk perbaikan hasil transkrip yang telah dianalisis.

3.8.4 *Dependability* adalah kestabilan data pada setiap waktu dan kondisi. Hal ini dilakukan dengan melibatkan penelaahan eksternal dalam penelaahan data dan dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail. Teknik ini disebut dengan *inquiry audit* (Polit & Hungler, 1999; Sugiyono, 2009). Pembimbing tesis mengaudit keseluruhan aktifitas peneliti dalam melakukan penelitian, mulai dari menentukan masalah, memasuki lapangan, menentukan sumber data, menentukan analisis data, melakukan uji keabsahan data, sampai membuat kesimpulan. Peneliti dapat menunjukkan jejak lapangan dan proses penelitian secara berurutan kepada pembimbing sehingga dapat dikatakan bahwa *dependability* dari penelitian ini tidak diragukan lagi.



BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan tentang hasil penelitian tentang pengalaman menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah. Peneliti akan memaparkan hasil penelitian ini menjadi dua bagian yaitu informasi umum mengenai karakteristik partisipan dan deskripsi hasil penelitian berupa pengelompokan tema yang didapat dari hasil wawancara dan catatan lapangan yang peneliti dapatkan selama proses wawancara mendalam pada klien yang telah menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah.

4.1. Gambaran Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah tujuh orang yang menjalani pengobatan TB kategori II di wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah. Setiap partisipan dilakukan dua kali wawancara dan satu kali validasi data, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia dan bahasa Jawa. Keseluruhan partisipan berjenis kelamin laki-laki, umur partisipan antara 23 tahun sampai 46 tahun, semua bertempat tinggal di wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah. Pendidikan partisipan semua pendidikan dasar yaitu lima orang pendidikan SD dan dua orang MTs (SLTP). Pekerjaan partisipan terdiri dari penjahit sebanyak empat orang, satu orang menyablon, satu orang memotong bahan dan satu orang pedagang. Status perkawinan meliputi tiga orang partisipan menikah, semua partisipan berasal dari suku Jawa.

Penyebab partisipan menjalani pengobatan kategori dua adalah, enam orang kambuh dan satu orang drop out, sedangkan untuk lama pengobatan enam orang menjalani pengobatan delapan bulan yang dimulai pada tahun 2010 dan satu orang enam belas bulan yang dimulai sejak tahun 2009. Tempat berobat partisipan di Puskesmas dan BKPM, Empat orang berobat di Puskesmas

wilayah Kabupaten Pekalongan dan tiga orang berobat di BKPM Kota Pekalongan Jawa Tengah dengan menjalani pengobatan suntik di Puskesmas wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah.

4.2. Tema Hasil Analisis Penelitian

Peneliti akan menggambarkan keseluruhan tema yang terbentuk berdasarkan jawaban partisipan terhadap pertanyaan-pertanyaan yang mengacu pada tujuan khusus penelitian. Lima tujuan khusus penelitian terjawab dalam tujuh tema pengalaman menjalani pengobatan TB kategori II, sehingga narasi penjelasan sesuai tujuan khusus diuraikan dalam urutan penomoran mulai tema pertama sampai tema yang ke tujuh.

4.2.1. Persepsi Menjalani Pengobatan TB Kategori II

Persepsi partisipan terhadap penyakit merupakan pemahaman partisipan dalam mempersepsikan pengetahuan tentang penyakit berdasarkan pengalaman yang dideritanya. Partisipan dalam mempersepsikan penyakitnya berkaitan dengan pemahaman penyakit yang dialaminya.

4.2.1.1. Pemahaman Mengenai Penyakit TB

Partisipan dengan pengalaman delapan bulan menjalani pengobatan dan sudah mendapatkan informasi dari petugas kesehatan di Puskesmas dan BKPM, dapat mempersepsikan dan memahami penyakit TB dengan baik. Partisipan dalam memahami penyakit TB didukung oleh pernyataan partisipan mengenai gambaran penyakit TB yaitu:

1) Gambaran tentang pengertian TB

Partisipan dalam memberikan gambaran tentang pengertian TB berdasarkan pengetahuan yang didapat dari petugas kesehatan yang didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“...penyakit TB menular...” (P.6 dan P.7)

“...batuk lebih dari satu bulan...”(P.2 dan P.3)

2) Gambaran tentang penyebab TB

Partisipan dalam memberikan gambaran tentang pengertian TB berdasarkan pengetahuan yang didapat dari petugas kesehatan dan pengalaman partisipan selama bekerja yang didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“...penyebabnya kuman tuberculosis...” (P.6)

“...kebul (debu) dari kain (serat benang)...” (P.1 dan P.3)

3) Gambaran tentang Penularan TB

Gambaran partisipan tentang penularan TB didapat dari informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan yang diterima partisipan yang didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“...penularan lewat air ludah...” (P.4)

“...batuk tidak ditutup mulutnya...”(P.3 dan P.6)

4) Gambaran tentang upaya pencegahan penularan

Gambaran tentang upaya pencegahan terhadap penularan penyakit TB didapat dari informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan dan persepsi partisipan sendiri dalam upaya mencegah penularan yang didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“...dahak ditaruh ditempat yang dikasih abu...” (P.1, P.2, P.3, P.4, P.5, P.6)

“...piring, gelas, sendok disendirikan...” (P.1, P.2, P.3, P.4, P.6)

5) Gambaran tentang pengobatan TB

Gambaran partisipan tentang pengobatan TB didapat dari informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan, pengalaman partisipan menjalani pengobatan sebelumnya dan didapat dari informasi orang-orang disekitar partisipan seperti pernyataan partisipan sebagai berikut:

“...tahap dua suntik 2 bulan, 6 bulan lanjutan” (P.4)

“...berobat rutin sampai sembuh...”(P.3 dan P.7)

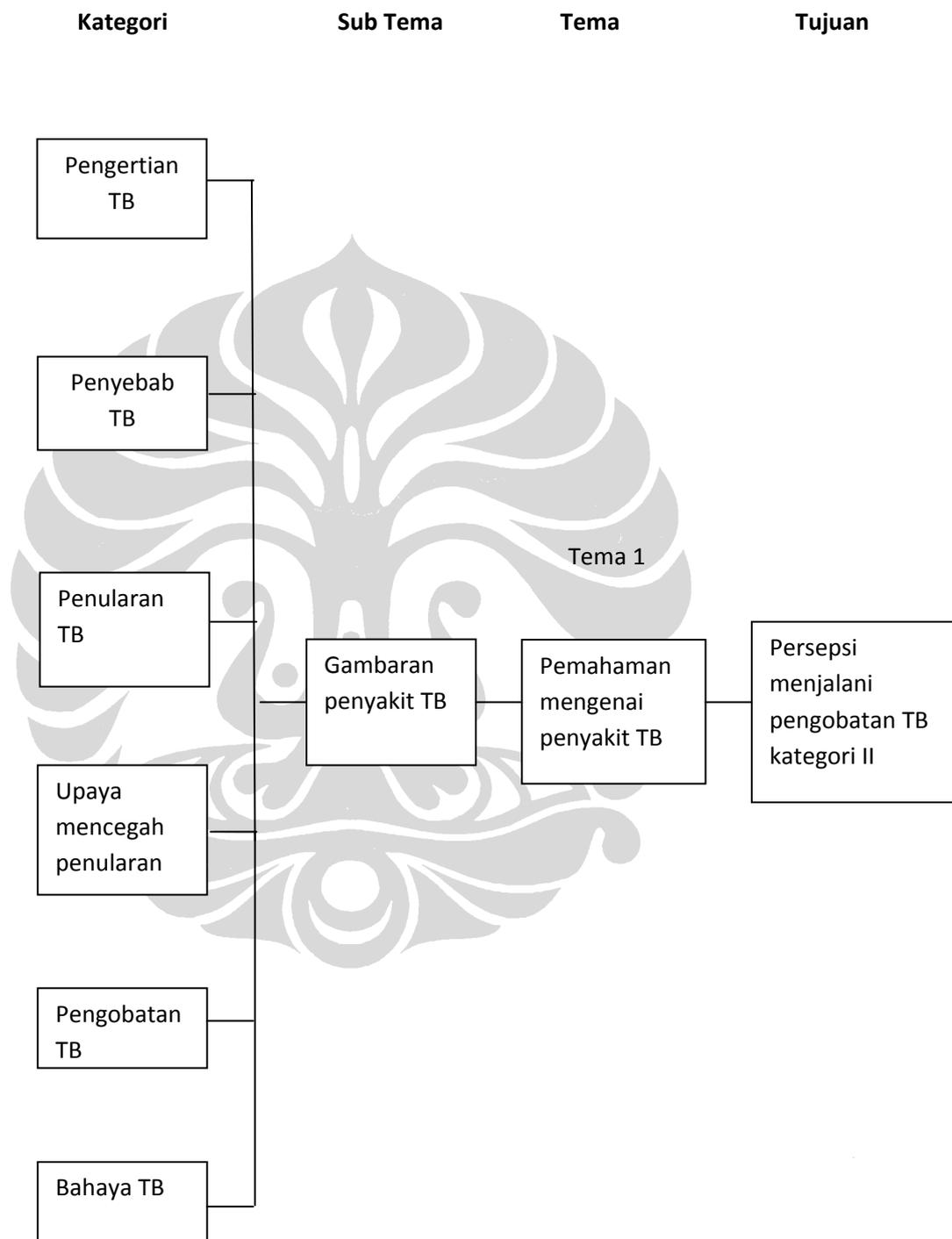
6) Gambaran tentang bahaya TB

Gambaran partisipan tentang pengobatan TB didapat dari informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan dan pengalaman partisipan sendiri dalam menjalani pengobatan pada kategori I.

“...minum obat tidak tuntas bahaya...” (P.1)

“...bisa kambuh lagi...”(P.1)

Tema pertama yang telah diuraikan diatas dapat dibuat dalam skema berikut ini:



4.2.2. Makna Pengalaman Menjalani Pengobatan TB Kategori II

Makna pengalaman partisipan merupakan perasaan yang dialami oleh partisipan selama menjalani pengobatan TB kategori II. Tujuan khusus ini terdiri dari dampak terhadap partisipan, upaya untuk mencapai kesembuhan dan kepatuhan menjalani pengobatan.

4.2.2.1. Dampak Terhadap Partisipan

Dampak adalah akibat yang dirasakan oleh partisipan selama menjalani pengobatan TB kategori II, dampak ini ada yang dirasakan menguntungkan oleh partisipan dan yang merugikan partisipan. Dampak yang dirasakan oleh partisipan menguntungkan dirinya selama menjalani pengobatan TB kategori II adalah dampak pada:

1) Dampak yang menguntungkan secara fisik

Dampak fisik yang dirasakan menguntungkan oleh partisipan selama menjalani pengobatan TB seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“....setelah disuntik badan agak mendingan (membaik)”
(P.2)

“....nambah energi...” (P.1 dan P.6)

2) Dampak yang menguntungkan secara psikologis

Dampak psikologis dirasakan menguntungkan oleh partisipan selama menjalani pengobatan adalah kepuasan terhadap pelayanan kesehatan yang diterima selama partisipan menjalani pengobatan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...pelayanan bagus...” (P.2)

“...petugas baik-baik...” (P.1, P.2, P.3, P.4, P.5, P.6, P.7)

3) Dampak menguntungkan secara spiritual

Dampak spiritual yang dirasakan menguntungkan oleh partisipan selama menjalani pengobatan, partisipan bisa mengambil hikmah dari perjalanan penyakit yang sudah dua kali dialami dengan bersyukur pada yang Maha Kuasa dan orang terdekatnya seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...bersyukur pada yang kuasa...”(P.1)

“...bersyukur sama ibu...” (P.2)

Dampak merugikan yang dirasakan oleh partisipan dan membebani partisipan selama menjalani pengobatan TB kategori II adalah:

4) Dampak yang merugikan secara fisik

Dampak merugikan atau dampak buruk secara fisik yang dirasakan oleh partisipan selama menjalani pengobatan TB kategori II, dari tujuh partisipan semuanya mengalami dampak merugikan yang dirasakan secara fisik. Keluhan pada pencernaan dirasakan oleh empat partisipan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...tidak doyan makan...” (P.7)

“...bau obat mual-mual...” (P.3 dan P.6)

Efek samping obat dirasakan oleh lima partisipan yang didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“...minum obat....badan terasa panas” (P.1)

“...mudah masuk angin...” (P5 dan P.6)

Keluhan pada pernapasan dirasakan oleh empat partisipan yang didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“...habis minum obat dada terasa sesak...” (P.5)

“...untuk bernapas susah...” (P.6)

5) Dampak yang merugikan secara psikologis

Dampak yang merugikan secara psikologis yang dirasakan partisipan selama menjalani pengobatan, dari tujuh partisipan semua merasakan dampak psikologis yang merugikan selama menjalani pengobatan di Puskesmas maupun BKPM.

Dampak psikologis yang dialami oleh partisipan adalah kejenuhan terhadap masalah kesehatan yang dialami seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...males minum obat...” (P.2, P.4, P.5, P.7)

“...nunggu lama jenuh...” (P.1, P.3, P.5)

Dampak psikologis kebosanan terhadap situasi kesehatan yang dialami seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...bosan disuntik tiap hari...” (P.1, P.4, P.5)

“...bosan tiap hari minum obat...” (P.4, P.5, P.6)

Dampak psikologis putus asa terhadap upaya penyembuhan penyakit yang dialami seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...pengobatan 8 bulan aja nambah...” (P.1)

“...kadang saya putus asa berobat kok nggak sembuh-sembuh...” (P.2)

Dampak psikologis kesedihan yang dirasakan oleh satu partisipan berkaitan dengan pengobatan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...saya sedihnya itu...” (P.1)

Dampak psikologis koping yang dilakukan oleh dua partisipan akibat kebosanan menjalani pengobatan yang lama seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...marah-marah sendiri...” (P.1)

“...pikiran tidak tenang...” (P.3)

Dampak psikologis kecemasan terhadap proses penyakit dirasakan oleh tujuh partisipan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...takut anak masih kecil...” (P.2 dan P.3)

“...diingat-ingat hari minum obatnya...” (P.1, P.2, P.3, P.4, P.5, P.6, P.7)

Dampak psikologis adanya ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan yang dirasakan oleh lima partisipan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...nunggu lama...” (P.1, P.3, P.5)

“...suntik di Puskesmas kurang pas/sreg...” (P.3)

6) Dampak sosial

Dampak sosial yang dirasakan oleh partisipan berkaitan dengan hubungan dengan orang lain dan petugas kesehatan selama partisipan menjalani pengobatan.

Dampak sosial yang dirasakan merugikan oleh tiga partisipan adalah merasa malu seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...malu tiap hari disuntik cewek...” (P.4)

“...kan gratis jadi saya malu...” (P.5)

Dampak sosial yang dirasakan merugikan oleh satu partisipan adalah jarang berinteraksi dengan orang lain dalam upaya untuk mencegah penularan pada orang lain seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...saya sering menyendiri mbak...” (P.6)

“...jaga jarak dengan orang lain...” (P.6)

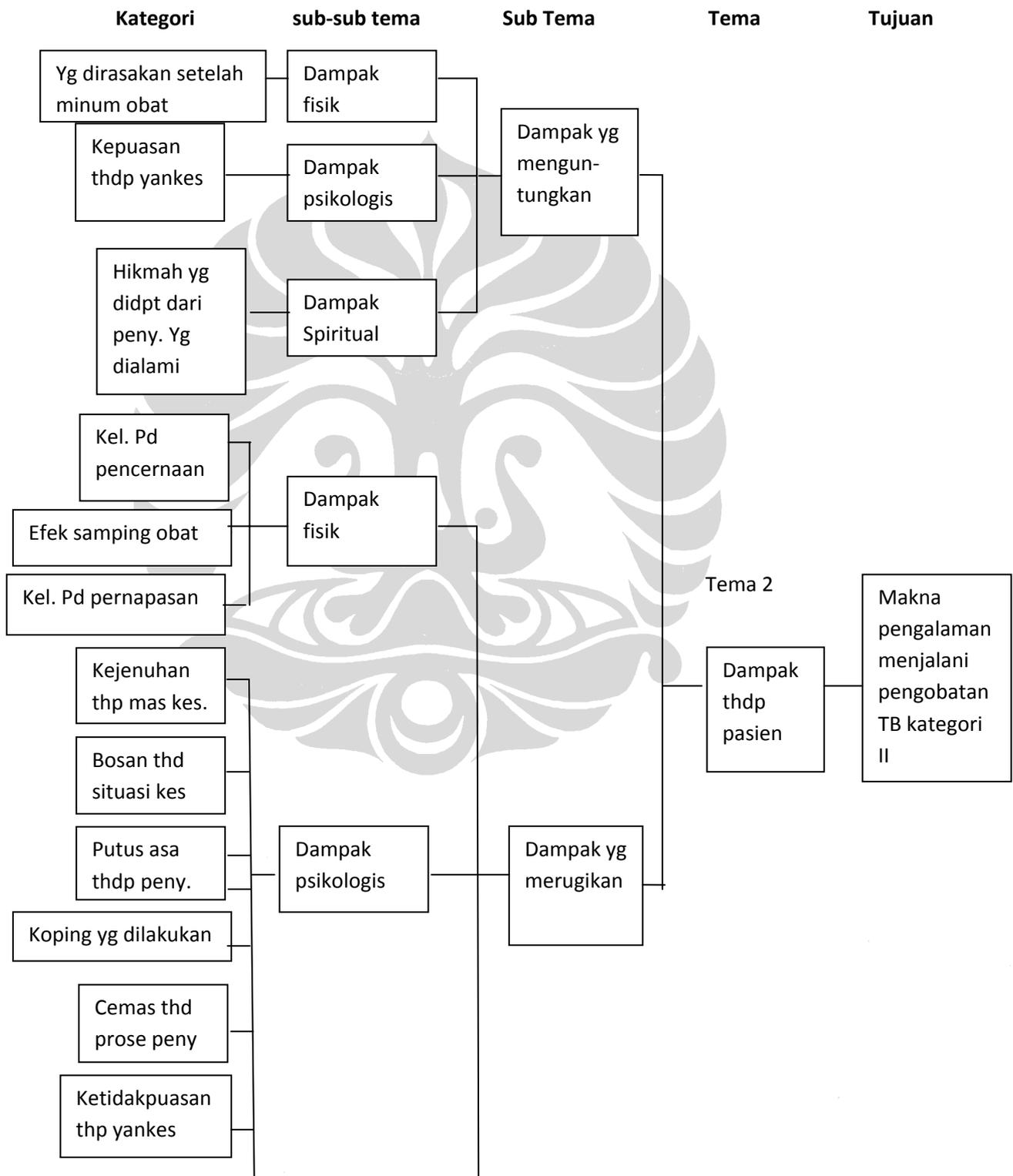
7) Dampak finansial

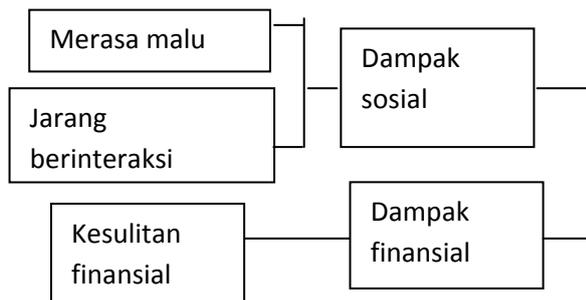
Kesulitan secara finansial dirasakan merugikan oleh lima partisipan, sedangkan dua partisipan tidak mengungkapkan dampak finansial yang merugikan karena masih tetap bekerja selama sakit, seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...berat nggak kerja...” (P.5 dan P.6)

“...ekonomi jatuh...” (P.5)

Tema kedua yang telah diuraian diatas dapat dibuat dalam skema berikut ini:





4.2.2.2. Upaya Mencapai Kesembuhan

Upaya untuk mencapai kesembuhan dilakukan oleh semua partisipan, sesuai dengan anjuran dari petugas kesehatan dan kemauan partisipan sendiri dalam mengatasi penyakit yang lama dirasakan. Upaya yang dilakukan oleh semua partisipan adalah dengan dengan:

a) Memenuhi kebutuhan nutrisi

Upaya yang dilakukan oleh enam partisipan untuk mencapai kesembuhan dengan berusaha untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, sedangkan satu partisipan tidak mengalami masalah dalam memenuhi kebutuhan nutrisi. upaya yang dilakukan partisipan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“....makan tidak boleh telat...” (P.1 dan P.3)

“....makan bergizi...” (P.4 dan P.6)

b) Memenuhi kebutuhan istirahat

Upaya untuk mencapai kesembuhan yang dilakukan oleh empat partisipan adalah dengan memenuhi kebutuhan istirahat, karena berdasarkan pengalaman sebelumnya yang dirasakan oleh partisipan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...tidur paling telat jam 10 malam...” (P.3)

“...capek istirahat...” (P.4 dan P.5)

c) Latihan

Upaya untuk mencapai kesembuhan yang dilakukan oleh lima partisipan dengan gerak badan karena partisipan memahami gerak badan dapat meningkatkan kondisi tubuh seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...jalan pagi...” (P.2, P.3, P.7)

“...kesawah, didepan rumah nyabut rumput...” (P.3 dan P.4)

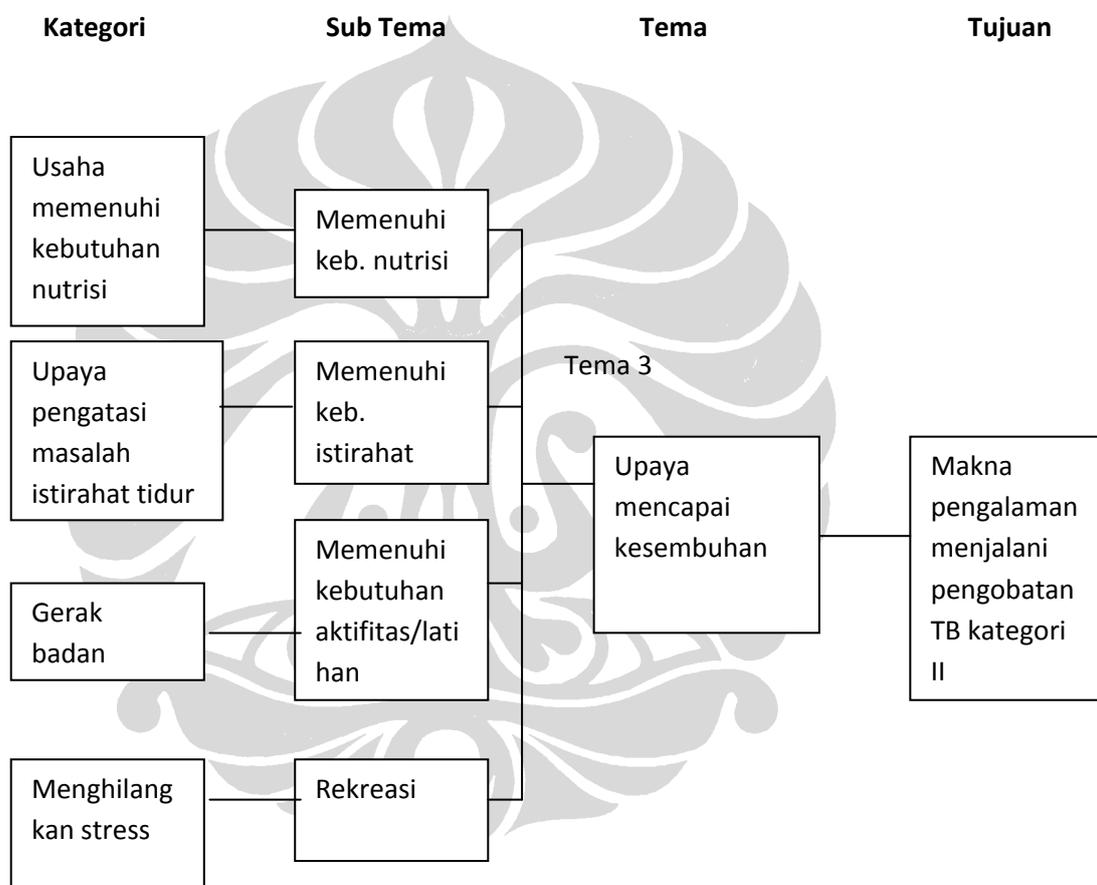
d) Rekreasi

Upaya yang dilakukan oleh dua partisipan untuk kesembuhan dengan cara rekreasi karena rekreasi dapat menghilangkan stress dan pikiran jadi segar, sedang satu partisipan menyatakan tetap bekerja karena ketemu teman masalah jadi lupa seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...kepantai menghirup udara segar...” (P.1 dan P.6)

“...bekerja penyakit malah lupa...seneng...” (P.2)

Tema ketiga yang telah diuraian diatas dapat dibuat dalam skema berikut ini:



4.2.2.3. Kepatuhan Menjalani Pengobatan

Kepatuhan partisipan dalam menjalani pengobatan TB ada yang patuh dan resiko tidak mematuhi pengobatan.

a) Patuh

Semua partisipan menyatakan patuh menjalani pengobatan karena keinginan yang kuat untuk sembuh dan partisipan sudah menjalani pengobatan rutin. Semua partisipan sudah dinyatakan sembuh oleh Puskesmas maupun BKPM. Pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“...berobat rutin yang, sabar....supaya sembuh...” (P1)

“...berobat rutin sampai sembuh...” (P7)

b) Resiko tidak mematuhi pengobatan

Partisipan beresiko tidak mematuhi pengobatan karena pengobatan yang lama. Resiko tidak mematuhi pengobatan karena:

Takut disalahkan kalau berhenti minum obat dinyatakan oleh satu partisipan karena riwayat pengobatan yang pertama drop out sehingga pernah di marahi oleh petugas dan partisipan menyatakan untuk pengobatan ini tidak ingin disalahkan lagi, Pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“...kalau tidak minum obat kesalahan (disalahkan)...”
(P.2)

Resiko tidak mematuhi pengobatan pada dua partisipan terjadi karena kurang percaya terhadap program pengobatan TB, Pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“ingin beralih ke jamu jawa...” (P6)

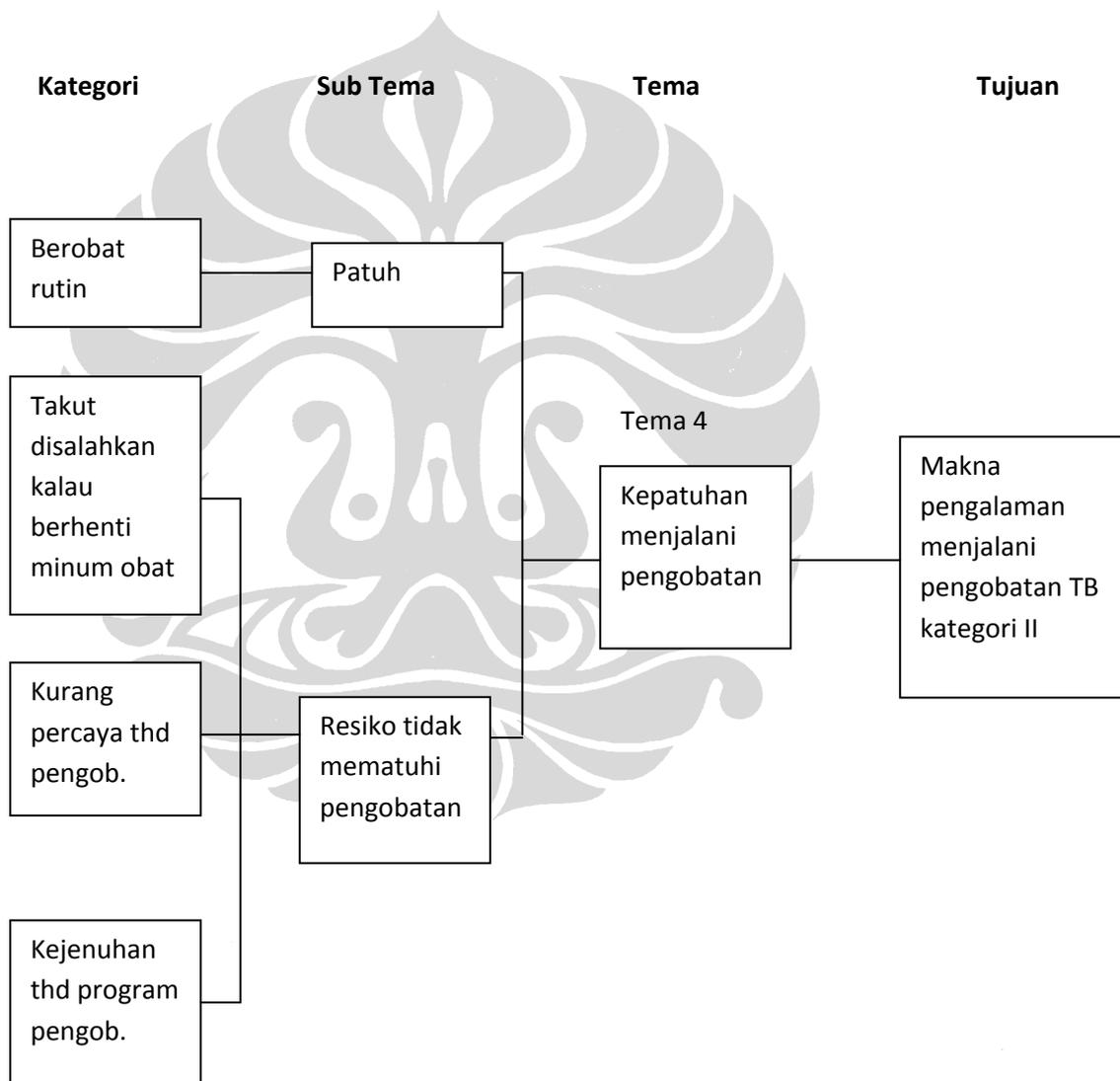
“...tidak hanya di Cikalsari,diluar juga...” (P2)

Resiko tidak mematuhi pengobatan terjadi karena kejenuhan terhadap program pengobatan, pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“...males minum obat...” (P.2, P.4, P.5, P.7)

“...bosen tiap hari minum obat...” (P.4, P.5, P.6)

Tema keempat yang telah diuraian diatas dapat dibuat dalam skema berikut ini:



4.2.3. Hambatan yang di Rasakan dalam Menjalani Pengobatan TB Kategori II

Hambatan atau kendala yang dirasakan klien selama menjalani pengobatan TB kategori II. Tujuh partisipan semua mengalami kesulitan selama menjalani pengobatan.

4.2.3.1. Kesulitan yang dialami selama menjalani pengobatan

Kesulitan yang dialami klien selama menjalani pengobatan TB terdiri dari masalah fisik, masalah psikologis, masalah keuangan, masalah pelayanan kesehatan.

a) Masalah fisik

Kesulitan yang dialami klien selama menjalani pengobatan adalah masalah fisik karena aktifitas menjadi terbatas, pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“...sedikit aktifitas capek...” (P.5)

“...bangun pagi ke Puskesmas...” (P.6)

b) Masalah Psikologis

Kesulitan yang dialami klien selama menjalani pengobatan adalah masalah psikologis yaitu stressor soasial, pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“...omongan orang...sakit kok tidak sembuh-sembuh...”
(P1)

c) Masalah finansial

Kesulitan yang dialami klien selama menjalani pengobatan adalah masalah keuangan yang dirasakan satu orang partisipan menjadi kendala nomor satu, pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“....keuanganlah, jadi kendala nomer satu...” (P1)

d) Masalah pelayanan kesehatan

Kesulitan yang dialami klien selama menjalani pengobatan adalah masalah jarak yang jauh dari pelayanan kesehatan, pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“....ambil obat jauh...” (P.2)

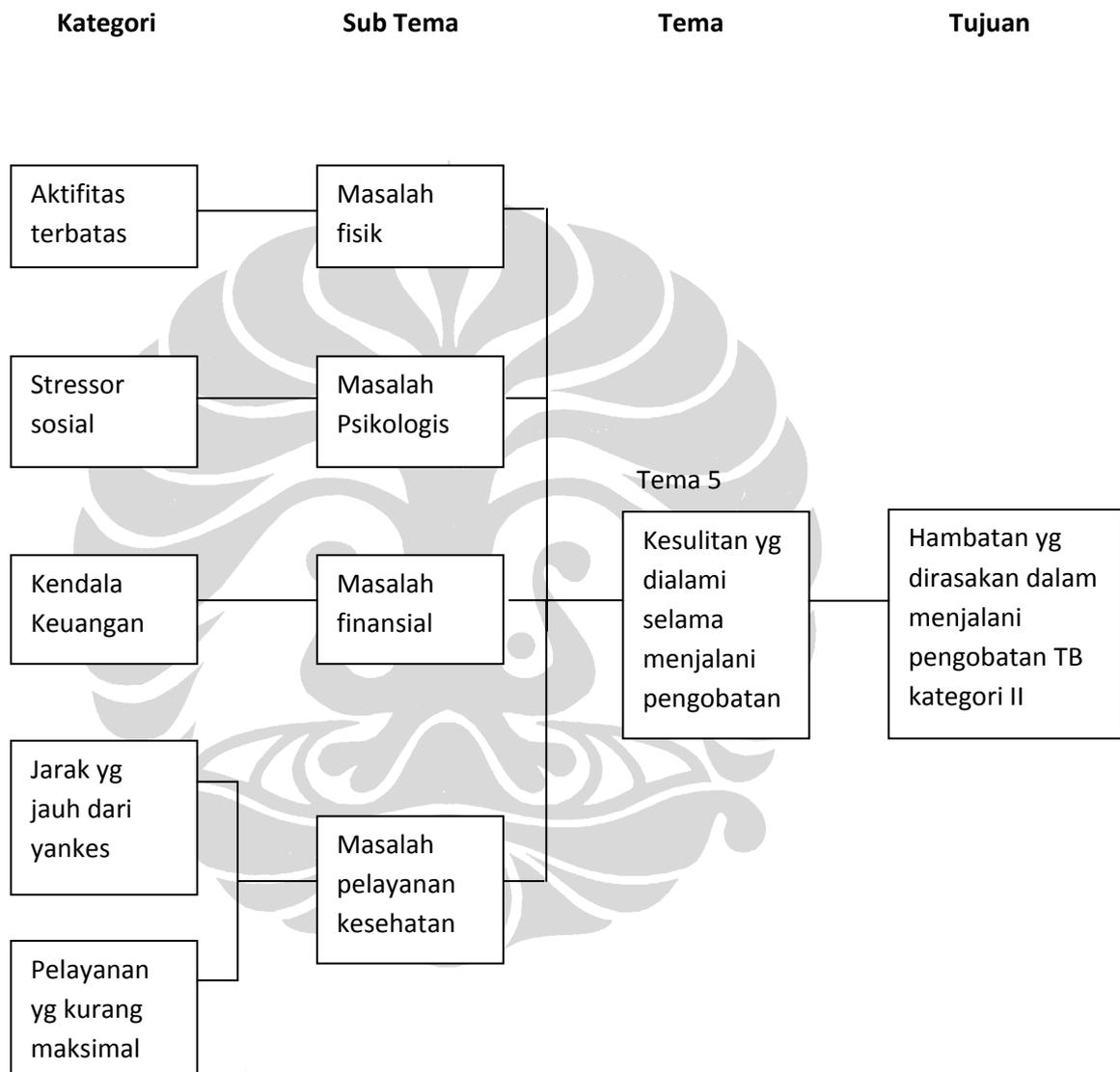
“....bolak-balik ke Pekalongan...” (P.3)

Kesulitan yang dialami klien selama menjalani pengobatan adalah masalah pelayanan kesehatan yang kurang maksimal, pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“....nunggu lama jenuh...” (P.3)

“....pas ambil obat tanggal merah...” (P.4)

Tema kelima yang telah diuraian diatas dapat dibuat dalam skema berikut ini:



4.2.4. Harapan pada Waktu Menjalani Pengobatan TB Kategori II

Harapan partisipan pada waktu menjalani pengobatan dan harapan untuk kehidupan selanjutnya. Harapan partisipan untuk mendapat dukungan dari keluarga dan petugas serta pelayanan kesehatan. Pada tujuan khusus ini ditemukan satu tema yaitu:

4.2.4.1. Harapan untuk mencapai kesembuhan dari penyakit TB

Harapan klien untuk mencapai kesembuhan dari penyakit TB adalah harapan selama menjalani pengobatan dan harapan untuk kehidupan selanjutnya.

a) Harapan untuk diri sendiri

Harapan partisipan sebagai pasien TB terhadap diri sendiri adalah keinginan untuk sembuh. Pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“....pingin sembuh...” (P.1, P.2, P.3, P.4, P.5, P.6, P.7)

Harapan partisipan pada diri sendiri selain sembuh adalah sehat dan bisa kerja lagi, karena empat partisipan tidak bekerja selama menjalani pengobatan, Pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“....bisa kerja lagi...” (P.1, P.5)

b) Harapan dari keluarga

Harapan partisipan dari anggota keluarga adalah tidak menambah stress terutama anak, pernyataan ini diungkapkan oleh satu orang partisipan yang mempunyai anak remaja, pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“....anak jangan bandel...” (P.3)

Harapan partisipan dari anggota keluarga adalah diingatkan untuk minum obat, pernyataan ini diungkapkan oleh satu partisipan karena kadang lupa dan ibunya juga lupa, pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“ minum obat ada yang mengingatkan” (P.4)

Harapan klien pada anggota keluarga adalah dalam bentuk dukungan dan harapan supaya ekonomi keluarga bangkit lagi karena lima partisipan sebagai kepala keluarga yang bertanggung jawab dalam ekonomi keluarganya, Pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“....ekonomi bangkit lagi...” (P.5)

“....ada uang untuk usaha sendiri...” (P.4)

b) Harappan terhadap petugas

Harapan partisipan sebagai klien TB mengharapkan petugas kesehatan untuk selalu diberikan informasi kesehatan tentang TB dan nasehat pada partisipan dan pasien TB yang lain yang menjalani pengobatan . Pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“....selalu memberi informasi tentang TB...” (P.7)

“....nasehat tentang pengobatan biar sembuh: (P.4)

c) Harapan terhadap pelayanan

Harapan partisipan sebagai klien TB mengharapkan pelayanan kesehatan baik Puskesmas maupun BKPM untuk memperingan biaya klien TB, karena klien TB kebanyakan tidak bisa bekerja selama menjalani pengobatan TB. Pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“...diperingan biayanya...” (P.3)

Harapan klien TB terhadap pelayanan kesehatan adalah dukungan petugas kesehatan, pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“...petugas mendukung...” (P.3)

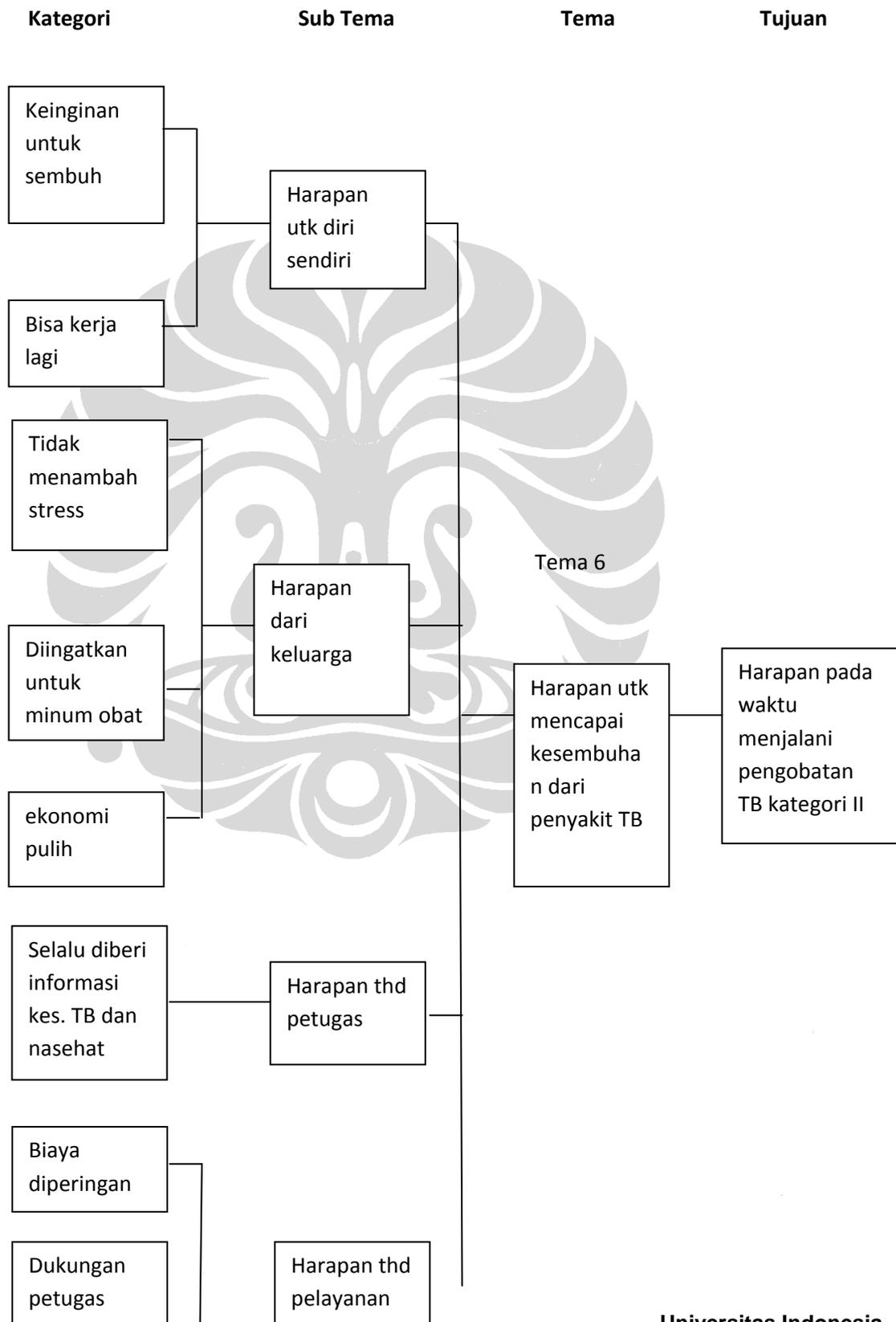
“...yang nyuntik cowok...” (P.4)

Harapan klien TB terhadap pelayanan kesehatan adalah agar pelayanan untuk klien TB ditingkatkan, pernyataan partisipan yang mendukung adalah sebagai berikut:

“...kalau nunggu jangan lama...” (P.5)

“...dilayani yang bagus....ditangani serius...” (P5)

Tema keenam yang telah diuraikan diatas dapat dibuat dalam skema berikut ini:



Pelayanan
ditingkatkan

4.2.5. Dukungan yang diterima klien selama menjalani pengobatan TB Kategori II

Dukungan yang diterima klien dari keluarga, teman, atasan dan petugas kesehatan selama klien menjalani pengobatan TB kategori II.

4.2.5.1. Dukungan yang diterima

Dukungan yang diterima klien selama menjalani pengobatan

a) Dukungan dari keluarga

Dukungan dari keluarga yang diterima selama menjalani pengobatan adalah dukungan informasional, hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“....memberi nasehat...” (P.1, P.2, P.3, P.5, P.6)

Dukungan penilaian dari keluarga yang diterima klien selama menjalani pengobatan, hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“....ngasih support...” (P.1, P.2, P.3, P.5, P.6)

Dukungan instrumental dari keluarga yang diterima klien selama menjalani pengobatan, hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“....duit dikasih adik saya...” (P.1)

Dukungan Emosional dari keluarga yang diterima klien selama menjalani pengobatan, hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“....mengingatka...” (P.4, P.5)

“....memperhatikan...(P.4, P.6)

b) Dukungan teman/atasan

Dukungan dari teman dan atasan yang diterima klien selama menjalani pengobatan adalah baik dan memahami, hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“....memahami...” (P.2, P.4, P.7)

“...teman dan bos baik...” (P.1, P.2, P.4, P.7)

c) Dukungan dari petugas

Dukungan yang diterima klien selama menjalani pengobatan dari petugas kesehatan yaitu diberi pendidikan kesehatan tentang TB dan nasehat, hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

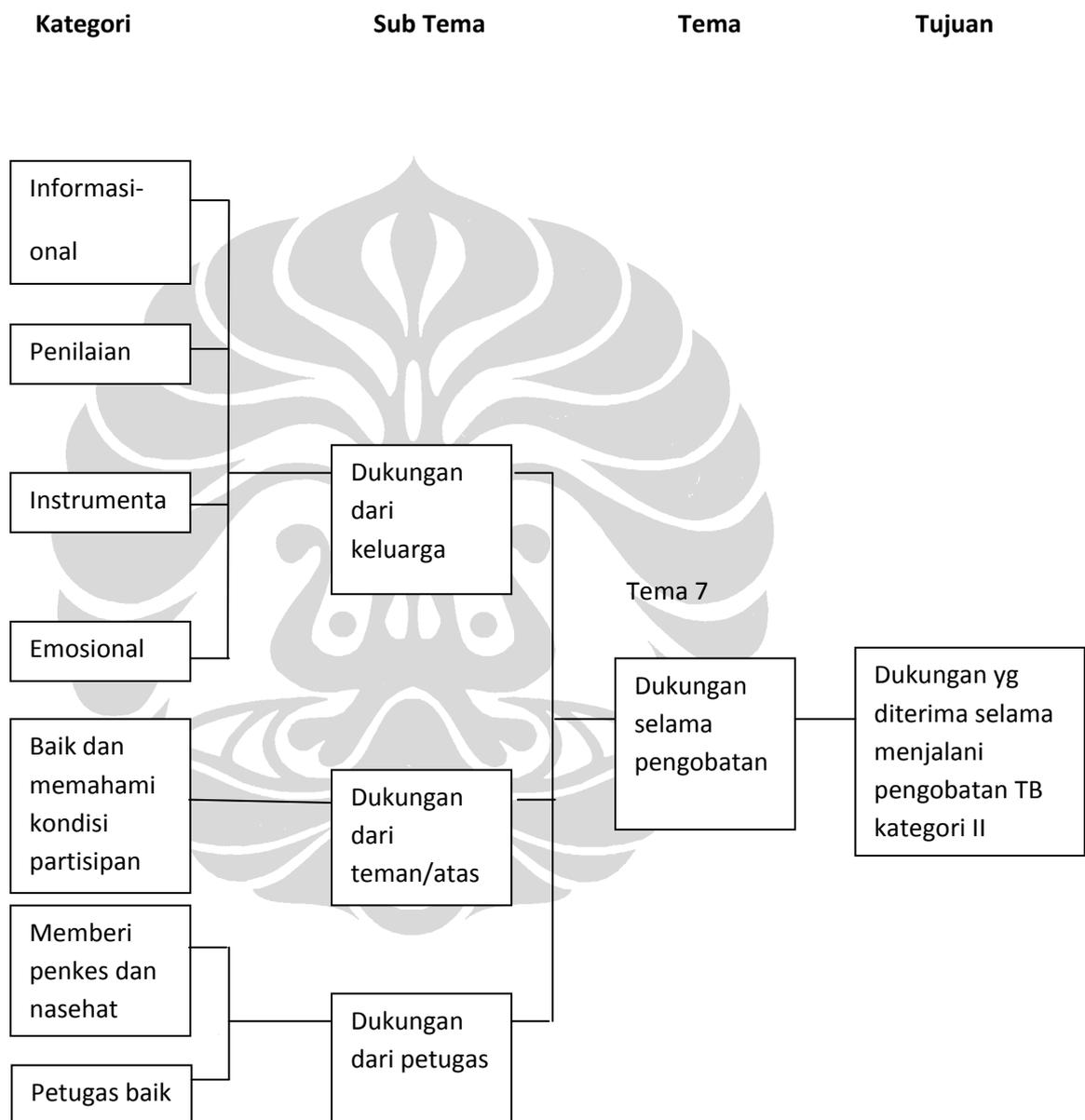
“....dikasih saran makannya yang banyak...” (P.1)

“ berobat rutin...” (P.1)

Dukungan yang diterima klien selama menjalani pengobatan dari petugas kesehatan berupa pelayanan kesehatan, hal ini didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

“....petugas baik, tidak marah-marrah...” (P1)

Tema ketujuh yang telah diuraian diatas dapat dibuat dalam skema berikut ini:



BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas tentang hasil penelitian untuk dibandingkan dengan teori-teori dan hasil-hasil penelitian terdahulu yang relevan dengan konteks penelitian seperti yang tercantum dalam tinjauan pustaka. Peneliti juga akan membahas tentang keterbatasan penelitian dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilakukan dengan keadaan standar yang seharusnya dapat dicapai oleh peneliti. Hasil penelitian ini akan digunakan oleh peneliti untuk didiskusikan mengenai implikasi penelitian terhadap perkembangan pelayanan keperawatan, penelitian keperawatan komunitas, dan kebijakan kesehatan yang terkait dengan penanganan dan penanggulangan TB di komunitas.

5.1. Interpretasi Hasil Penelitian dan Analisis Kesenjangan

Penelitian ini berfokus pada pengalaman klien dalam menjalani pengobatan TB kategori II. Dari penelitian ini peneliti telah mengidentifikasi tujuh tema yang selanjutnya akan peneliti bahas secara rinci dari masing-masing tema yang teridentifikasi berdasarkan tujuan khusus yang diharapkan.

5.1.1. Persepsi dalam Menjalani Pengobatan TB Kategori II

5.1.1.1. Pemahaman mengenai penyakit TB

Pemahaman klien mengenai penyakit TB pada penelitian ini secara umum baik, klien dapat menggambarkan pengertian TB dengan benar, klien dapat menggambarkan penyebab penyakit TB dengan benar sesuai dengan apa yang didapat dari puskesmas dan pengalaman yang didapat dari klien sendiri, gambaran klien tentang penularan TB sudah benar sesuai dengan informasi yang diberikan oleh petugas dan apa yang klien alami. Pemahaman klien tentang upaya pencegahan penularan beragam karena informasi yang diberikan oleh petugas kurang spesifik sehingga

klien mempersepsikan sendiri tentang pencegahan penularan. Pemahaman klien tentang pengobatan sudah benar sesuai dengan informasi dari petugas kesehatan tapi ada informasi dari orang yang tidak jelas sumbernya yang salah tentang dampak pengobatan. Rundi (2010) mengidentifikasi perspektif dan pengalaman rakyat Sabah dalam memahami tuberculosis dengan hasil, sembilan puluh persen klien tidak mengetahui penyebab, sembilan puluh delapan persen percaya TB menular, mencari obat modern untuk menyembuhkan, mereka melakukan praktek tidak berbagi peralatan makan, tidur terpisah dan menjauh dari sosial.

Penelitian yang dilakukan pada tujuh partisipan menunjukkan bahwa pengertian penyakit TB bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rundi (2010). Hal ini disebabkan karena klien sudah dua kali menjalani pengobatan TB dan sudah mendapat informasi dari petugas kesehatan tentang penyakit TB yaitu informasi tentang pengertian, penyebab, penularan, pencegahan penularan, pengobatan dan dampak dari penyakit TB. meskipun informasi yang didapat tidak semuanya bisa diterima dan dipraktikkan oleh partisipan karena pendidikan partisipan yang hanya pendidikan dasar dan informasi tentang penyakit TB hanya diberikan satu kali.

Selama proses penelitian, ditemukan partisipan yang anggota keluarganya juga sedang menjalani pengobatan TB. Kondisi seperti ini pada dasarnya sudah dapat terdeteksi bila perawat penanggung jawab TB melakukan kunjungan rumah. Perawat TB diharapkan mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi penularan dalam rumah yang dikunjungi. Selain itu kemampuan mendeteksi adanya anggota keluarga lain yang memiliki tanda-tanda tertular TB juga menjadi hal yang penting.

sehingga penularan terhadap anggota keluarga lain bisa diantisipasi sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan.

5.1.2. Makna Pengalaman Menjalani Pengobatan TB Kategori II

Makna pengalaman klien selama menjalani pengobatan teridentifikasi dalam tiga tema

5.1.2.1. Dampak terhadap klien

Dampak yang dirasakan oleh klien adalah dampak yang menguntungkan secara fisik yaitu setelah menjalani suntikan klien merasakan badan agak lumayan sembuh (membaik) dan keluhan berkurang. Kondisi ini umum ditemukan pada klien TB yang menjalani pengobatan. Gejala TB dapat hilang dalam waktu dua sampai empat minggu setelah minum obat TB (noname, 2011)

Kejadian ini sering menjadi penyebab klien berhenti minum obat. Berkurangnya keluhan penyakit sering dianggap klien sebagai tanda kesembuhan. Akibatnya klien memutuskan untuk menghentikan pengobatan karena merasa sudah lebih sehat. Situasi seperti ini dapat dihindari apabila klien memperoleh informasi yang jelas dan dapat dipahami tentang pengobatan TB. Informasi yang diberikan sebaiknya bukan hanya tentang waktu minum obat, tetapi juga kondisi yang akan dirasakan klien segera setelah minum obat, jangka waktu pengobatan dan efek samping pengobatan maupun akibat yang terjadi jika pengobatan TB tidak tuntas.

Dampak yang dirasakan secara psikologis oleh partisipan adalah kepuasan terhadap pelayanan yang baik dan petugas yang baik dan tidak marah-marah. Naidoo (2008) mengidentifikasi kualitas

pelayanan kesehatan yang diterima klien TB dapat mempengaruhi kepatuhan klien dalam berobat.

Pelayanan yang baik dan keramahan petugas memberi semangat pada klien untuk datang ke Pelayanan kesehatan tetapi sebaliknya bila pelayanan yang diberikan kurang memuaskan dan klien harus setiap hari ke pelayanan kesehatan akan memberikan dampak negatif pada klien dan klien semakin malas untuk pergi ke pelayanan kesehatan.

Dampak secara spiritual juga dirasakan partisipan selama menjalani pengobatan yaitu kedekatan klien pada yang Maha Kuasa semakin meningkat. Klien bersyukur meskipun sudah menjalani pengobatan lama akhirnya sembuh. Klien menjadi pasrah dan sabar. Dari kejadian yang dialami selama menjalani pengobatan klien dapat mengambil hikmah yang positif. Ini terjadi karena sebelum sakit partisipan memiliki dasar agama yang kuat.

Dampak merugikan yang dirasakan partisipan secara fisik adalah keluhan pada pencernaan yaitu mual-mual sehingga tidak nafsu makan, keluhan badan dan dada terasa panas setelah minum obat, pada pernapasan mengeluh dada terasa sesak setelah minum obat. Dampak fisik ini dirasakan klien karena efek samping obat TB misalnya mual, tidak nafsu makan karena obat rifampicin, semua jenis OAT menyebabkan efek samping yang masing-masing orang keluhannya berbeda-beda (Depkes, 2010). Efek samping dari Isoniasid adalah mual, muntah, anoreksia, malaise, lemah, gangguan saluran pencernaan lain, neuritis perifer, neuritis optikus, reaksi hipersensitifitas, demam, ruam, ikterus, sakit kepala, ngantuk, mulut kering, gejala rematik (tbindonesia, 2011).

Rifampicin dan pirazinamid menyebabkan efek samping yang parah pada lever klien TB (Medical letter, 2006). Kerusakan hati fatal dan berat yang berhubungan dengan rifampisin dan pirazinamid terjadi akibat pengobatan TB (anonim, 2002).

Keluhan yang dirasakan oleh enam partisipan akibat efek samping obat, tidak sesuai dengan penelitian diatas karena klien hanya mengeluh mual dan sesak napas, sedang keluhan yang berhubungan dengan kerusakan fungsi hati seperti ikterik tidak dirasakan pada klien. Untuk mengatasi efek samping yang terjadi yaitu mual dan sesak napas klien sudah dianjurkan kembali ke pelayanan kesehatan untuk mendapat obatnya. Pada penelitian ini diperoleh informasi bahwa klien sudah mendapat obat untuk mual dan sesak napas tetapi keluhan tetap dirasakan, sehingga klien bersikap pasrah saja.

Dampak secara psikologis yang merugikan partisipan dirasakan selama menjalani pengobatan adalah kejenuhan terhadap masalah kesehatan yang dialami. Partisipan merasakan jenuh karena minum obat setiap hari, malas minum obat, malas ke puskesmas, jenuh menunggu lama. Kondisi ini dirasakan oleh semua partisipan. Pada kenyataannya, kondisi ini beresiko terhadap ketaatan klien dalam menjalani pengobatan. Delamater (2006) mengatakan bahwa faktor-faktor yang terkait dengan ketaatan adalah faktor demografi, psikologis, sosial, penyedia layanan kesehatan dan faktor sistem medis, penyakit dan faktor yang terkait pengobatan.

Dampak psikologis yang dirasakan merugikan partisipan adalah bosan terhadap situasi kesehatan yang dialami seperti bosan tidak bisa beraktifitas seperti orang normal, bosan disuntik, bosan

minum obat. Partisipan juga mengalami putus asa terhadap upaya penyembuhan penyakitnya karena sudah disuntik, sudah minum obat tapi penyakitnya tidak juga sembuh. Hal ini terutama dirasakan oleh satu orang partisipan yang menjalani pengobatan TB sampai 16 bulan. Janmeja (2005) mengidentifikasi bahwa intervensi psikologis yang efektif dapat meningkatkan kepatuhan pada klien dengan pengobatan TB dan dapat mengurangi timbulnya gagal pengobatan, kambuh dan resisten.

Kondisi tekanan psikologis yang dialami klien TB dalam menjalani pengobatan beresiko tinggi terjadi ketidakpatuhan dalam program pengobatan. Intervensi psikologis seperti pada penelitian Janmeja seharusnya dilakukan pada petugas kesehatan.

Melalui pemberian layanan konseling khusus klien TB terutama yang menjalani pengobatan kategori II karena waktu pengobatan yang dijalani relatif lama.

Dampak psikologis yang merugikan partisipan adalah kesedihan karena harus membayar untuk membeli alat suntik, padahal dia tidak punya uang sehingga adiknya membantu menyediakan dana. Hal ini membuat partisipan mengalami tekanan psikologis selama menjalani pengobatan TB. Koping yang dilakukan adalah marah pada diri sendiri. Pengaruh pengobatan terhadap psikologis klien yang diteliti oleh Zhang (2010) di China, hasil penelitiannya menunjukkan bahwa pengobatan TB paru sangat mempengaruhi mental mahasiswa berupa, tekanan psikologis klien signifikan selama perawatan, ada konflik serius antara pengobatan dan studi, dukungan sosial yang diberikan oleh mereka tidak cukup. Kesedihan yang dialami klien sebagai ekspresi tekanan psikologis dapat dihindari jika pengobatan TB

dibebaskan dari semuanya biaya termasuk alat suntik dan pemeriksaan penunjang.

Dampak psikologis lain yang merugikan juga dirasakan partisipan yaitu kecemasan terhadap proses penyakit, masihberusia relatif muda, anak masih kecil, berusia pendek, harus rutin minum obat, dan susah tidur. Tekanan psikologis seperti ini akan dapat diminimalkan jika mendapat dukungan dari semua pihak termasuk keluarga, orang –orang terdekat dan petugas kesehatan serta pengambil kebijakan untuk terus memberikan pendidikan kesehatan, nasehat, dorongan dan konseling sehingga klien tidak menghentikan pengobatannya. Semua partisipan meskipun mengalami tekanan psikologis tetap menjalani pengobatan sampai tuntas karena dorongan yang kuat dari diri sendiri untuk sembuh disamping dukungan yang diperoleh dari keluarga, teman dan petugas kesehatan.

Dampak psikologis yang merugikan juga dirasakan partisipan berupa ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan. Penyebabnya meliputi harus menunggu lama dan harus ikut antrian dengan pasien lain, pernah dimarahi petugas, karena pernah *drop out* pada waktu mau berobat yang kedua, tidak membawa kartu berobat saat berobat, kurang sreg atau tidak cocok jika disuntik di Puskesmas karena sebenarnya partisipan lebih cocok berobat ke BKPM tapi karena jarak yang jauh membuatnya tetap berobat ke Puskesmas, petugas kadang datangnya siang dan petugas lain tidak berani menyuntik karena tidak dilimpahkan tanggung jawab untuk memberi injeksi sehingga harus menunggu lama. Hal ini sebenarnya dapat diatasi bila petugas membuat strategi supaya klien TB tidak menunggu lama untuk dilayani. Kekecewaan terhadap petugas dapat

menyebabkan klien tidak mau lagi datang ke pelayanan kesehatan tersebut dan penanggulangan TB tidak akan berhasil.

Dampak sosial yang dirasakan merugikan partisipan adalah merasa malu karena kebetulan petugas yang memberi injeksi streptomycin adalah perawat yang beda jenis kelaminnya dengan partisipan dan merasa malu karena setiap hari menggunakan jasa petugas dengan gratis, partisipan juga menganggap dalam upaya supaya tidak menularkan ke orang lain maka yang dilakukan adalah jarang berinteraksi dengan orang lain. Woith (2007) mengidentifikasi penundaan dalam mencari pengobatan dan kepatuhan terhadap obat tuberculosis terkait dengan masalah penyakit yang diderita, rasa malu dan ketidakamanan keuangan. Dampak sosial ini bisa diatasi dengan memberikan pengertian pada klien dan memberikan informasi yang jelas sehingga klien tidak salah persepsi dan mengambil inisiatif sendiri untuk mencegah penularan kepada orang lain.

Dampak secara finansial yang dirasakan partisipan karena tidak bekerja selama menjalani pengobatan, harus membeli alat suntik, membayar administrasi, mengambil obat dan melakukan pemeriksaan penunjang. Cramm (2010) menemukan bahwa motivasi individu dan percaya diri yang kuat akan berpengaruh terhadap kepatuhan dan kurangnya prospek pekerjaan dan tidak mampu untuk menyediakan kebutuhan sendiri dan keluarga dan masalah ekonomi membuat ketidakpatuhan dalam menjalani pengobatan TB.

5.1.2.2. Upaya Mencapai Kesembuhan

Upaya yang dilakukan partisipan untuk mencapai kesembuhan adalah dengan memenuhi kebutuhan nutrisi. Partisipan sudah mengetahui bahwa makanan sangat dibutuhkan untuk meningkatkan yang bergizi dapat meningkatkan daya tahan tubuh. Klien juga berhati-hati dalam menentukan lauk yang dimakan seperti tidak boleh makan jeroan. Masniari (2007) mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi kesembuhan penyakit TB antara lain faktor individu, komunitas, kepatuhan, strategi pengobatan dan keadaan khusus seperti merokok, alkohol, tunawisma.

Faktor individu seperti status nutrisi yang jelek pada awal-awal pengobatan terjadi karena klien tidak nafsu makan sehingga daya tahan tubuh menurun, dengan nasehat dan dorongan yang diberikan oleh keluarga dan petugas kesehatan dan pengalaman serta kemauan klien yang kuat untuk sembuh, upaya untuk memenuhi kebutuhan nutrisi terpenuhi meskipun klien merasakan efek samping obat yaitu mual.

Upaya yang dilakukan klien untuk mencapai kesembuhan adalah dengan memenuhi kebutuhan istirahat dengan cara tidur paling telat jam sepuluh malam, tidak mau kecapean, bila capek istirahat dan untuk mengurangi sesak dengan istirahat. klien mengeluh susah tidur karena memikirkan penyakitnya dan stress emosional karena penyakitnya tidak sembuh-sembuh dan harus berobat lama. Faktor yang mempengaruhi kualitas dan kuantitas tidur adalah penyakit, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stress emosional, stimulan dan alkohol, diit, merokok, motivasi.

Upaya yang dilakukan klien untuk mencapai kesembuhan adalah dengan memenuhi kebutuhan latihan dengan gerak badan atau olah raga sesuai dengan kemampuan klien, olah raga yang dilakukan klien seperti jalan pagi, nyabut rumput di halaman rumah dan sawah, menanam cabai untuk mengisi waktu luang dan gerak badan biar keringat keluar dan tubuh sehat. Persepsi klien seperti ini benar karena gerak badan dapat melemaskan otot-otot dan peredaran darah lancar sehingga tubuh menjadi segar dan daya tahan tubuh meningkat yang akan mendukung penyembuhan.

Upaya yang dilakukan klien untuk mencapai kesembuhan adalah dengan memenuhi kebutuhan rekreasi dengan pergi ke pantai menghirup udara segar, dipantai bisa melihat ombak dan mancing menenangkan pikiran sehingga bisa mengurangi stress. Klien menghibur diri dengan nongkrong bareng teman-teman dan dengar musik, bekerja ketemu teman jadi lupa dengan penyakit dan masalah yang sedang dihadapi. Rekreasi merupakan salah satu terapi psikologis yang dapat mengurangi stress akibat pengobatan TB yang lama. Janmeja (2005) intervensi psikologis yang efektif dapat meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan, dapat mengurangi timbulnya kegagalan kambuh dan resistensi obat.

5.1.2.3. Kepatuhan Menjalani Pengobatan

Kepatuhan klien dalam menjalani pengobatan TB ditunjukkan melalui berobat rutin sampai sembuh, motivasi yang dari diri sendiri serta dukungan dari orang-orang terdekat serta dari petugas menjadi faktor pendukung terhadap kepatuhan yang dialami klien. Semua klien yang diteliti menunjukkan kepatuhan dalam pengobatan. Kepatuhan adalah kesediaan individu untuk

melakukan tindakan sesuai anjuran kesehatan tergantung pada persepsi individu mengenai: level kerentanan terhadap penyakit atau kondisi, derajat kegawatan akibat organisme atau sosial, Haynes (1979). Naidoo (2008) faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah sumber daya sosial dan ekonomi, sosial budaya, ekonomi, tantangan terkait, psikologis yang dihadapi sebagai konsekuensi dari penyakit TB yang dialami, kualitas pelayanan kesehatan yang diterima penggunaan sistem kesehatan tradisional dan para peserta status HIV. Tantangan berat yang dihadapi klien adalah tekanan psikologis dari penyakitnya dan pengobatan yang dijalani.

Klien TB dalam menjalani pengobatan mengalami resiko ketidakpatuhan disebabkan takut disalahkan oleh petugas karena pengobatan sebelumnya drop out jadi terjadi ketakutan klien kalau tidak berobat disalahkan oleh petugas. Erawatyningsih (2009) pendidikan, pengetahuan, dan pendapatan keluarga berpengaruh negatif yang signifikan terhadap ketidakpatuhan penderita TB dalam menjalani pengobatan. Lama sakit, dan efek samping obat berpengaruh positif yang signifikan terhadap ketidakpatuhan klien TB dalam menjalani pengobatan. Riwayat klien yang mengalami drop out karena pendidikan dan pengetahuan yang kurang, dan malas karena minum obat yang lama. Untuk mengatasi hal tersebut petugas perlu meningkatkan dan memberikan penyuluhan secara intensif dan berkesinambungan pada penderita dan keluarga untuk meningkatkan pemahaman dan memberikan motivasi bagi penderita yang berpendidikan dan berpengetahuan rendah agar lebih memahami tentang penyakit TB paru, penularan, pencegahan dan pengobatan yang harus dijalani.

Klien TB dalam menjalani pengobatan mengalami resiko ketidakpatuhan disebabkan karena kurang percaya terhadap pengobatan, kebosanan, kejenuhan dan waktu yang lama dalam minum obat menjadi faktor utama ketidakpercayaan terhadap pengobatan. Ada keinginan klien untuk berhenti minum obat dan beralih ke obat tradisional, adanya ketidakpercayaan pada pengobatan yang diberikan oleh pelayanan kesehatan dan mencari alternatif pengobatan luar meskipun obat alternatif tidak diminum. Naidoo (2008). Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan adalah kemiskinan, co-infeksi HIV, stigma, lingkungan sosial, pekerjaan tidak mendukung, ketidakberdayaan dan keputusasaan. Ketidakpercayaan klien terhadap pengobatan bisa diatasi dengan pemberian edukasi dan konseling yang rutin kepada klien.

Stigma penyakit TB tidak diperoleh partisipan. Hal ini terjadi mungkin karena masyarakat di Kabupaten Pekalongan sudah banyak mendapatkan informasi tentang penyakit TB sebagai penyakit menular yang dapat disembuhkan. Informasi diperoleh masyarakat dari media elektronik, petugas kesehatan, serta mahasiswa yang melakukan praktik komunitas dan keluarga di wilayah Kabupaten Pekalongan.

Klien TB dalam menjalani pengobatan mengalami resiko ketidakpatuhan disebabkan karena kejenuhan terhadap program pengobatan, waktu pengobatan yang lama memunculkan rasa malas, jenuh dan bosan minum obat. Tekanan psikologis seperti ini menjadi faktor pendukung klien mengalami ketidakpatuhan menjalani pengobatan TB. Zhang (2010) meneliti TB paru sangat mempengaruhi mental mereka, tekanan psikologis klien signifikan selama perawatan, ada konflik serius antara pengobatan dan study, dukungan sosial yang diberikan oleh mereka tidak

cukup. Untuk mengatasi tekanan psikologis yang dialami klien TB dalam menjalani pengobatan perlu dukungan yang intensif dari keluarga dan petugas kesehatan memberikan dukungan, nasehat dan konseling serta melakukan kunjungan rumah sehingga klien merasa dihargai.

5.1.3. Hambatan yang Dirasakan dalam Menjalani Pengobatan TB Kategori II

Hambatan yang dirasakan klien dalam menjalani pengobatan teridentifikasi satu tema

5.1.3.1. Kesulitan yang Dialami selama Menjalani pengobatan

Kesulitan yang dialami secara fisik karena klien mengalami keterbatasan dalam beraktifitas karena penyakitnya sehingga klien tidak bisa beraktifitas seperti orang lain. Klien juga merasakan untuk beraktifitas sedikit saja merasa sudah lelah. Ini disebabkan karena klien mengalami ketidakcukupan energi untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktifitas kehidupan sehari-hari yang harus dilakukan akibat respon pulmonal (Nanda, 2009-2011). Masalah intoleransi aktifitas ini diatasi klien hanya dengan istirahat dan tidak melakukan kerja berat.

Kesulitan lain yang juga dialami klien adalah masalah psikologis yang meliputi konflik yang terjadi karena omongan orang yang menyakitkan, harus selalu ingat untuk minum obat, konflik ini diatasi klien dengan sabar dan berserah diri pada yang kuasa. Janmeja (2005) melakukan penelitian bahwa intervensi psikologis yang efektif dapat meningkatkan kepatuhan klien dalam menjalani pengobatan TB. Keluhan psikologis yang dialami klien dapat diatasi dengan pemberian konseling yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

Kesulitan yang juga dialami klien adalah masalah finansial selama mengalami sakit dan menjalani pengobatan kondisi klien lemah sehingga tidak dapat bekerja. Klien mengatakan bahwa keuangan menjadi masalah nomor satu. Obat TB diberikan secara gratis tapi untuk membeli spuit dan foto rontgen, administrasi di BKPM juga harus bayar ini yang memberatkan klien. Erawatiningsih (2009) pendidikan, pengetahuan dan pendapatan keluarga berpengaruh negatif terhadap ketidakpatuhan berobat pada penderita TB. kesulitan yang dirasakan oleh partisipan sesuai dengan penelitian dan sangat memberatkan partisipan. Untuk membantu kesulitan finansial yang dialami oleh klien TB, para pengambil kebijakan bisa membantu mengalokasikan dana untuk pemeriksaan yang berkaitan dengan klien TB digratiskan.

Jarak tempuh ke pelayanan kesehatan menjadi kesulitan lain yang dirasakan klien karena harus setiap hari datang untuk di suntik dan seminggu sekali sampai dua minggu sekali harus datang ke pelayanan kesehatan untuk mengambil obat. O'Boyle (2002) mengatakan kepatuhan dapat ditingkatkan dengan peningkatan edukasi penderita, keluarga dan populasi umum, mengurangi biaya transportasi dan lamanya perjalanan. Usaha yang sudah dilakukan oleh BKPM adalah dengan menawarkan ke klien mau tetap berobat ke BKPM atau ke Puskesmas terdekat diwilayahnya, tiga klien yang dilakukan penelitian memilih suntik di Puskesmas dan mengambil obat tetap di BKPM.

Selain itu klien mengeluhkan pelayanan kesehatan waktu menunggu untuk dilayani relatif lama sehingga klien menjadi jenuh. Kejenuhan ini dapat diatasi dengan strategi pengaturan pelayanan khusus untuk klien TB yang tidak disatukan dengan klien lain dan petugas yang mengelola program TB tidak hanya satu orang sehingga kalau petugas datang terlambat atau harus

mengikuti kegiatan diluar Puskesmas, maka klien tetap memperoleh pelayanan yang optimal.

5.1.4. Harapan pada Waktu Menjalani Pengobatan TB Kategori II

Harapan klien TB pada penelitian ini berkaitan dengan program pengobatan yang sedang dijalani dan kehidupan selanjutnya setelah selesai menjalani pengobatan TB. Harapan klien TB pada penelitian ini teridentifikasi satu tema.

5.1.4.1. Harapan untuk mencapai kesembuhan dari penyakit TB

Harapan klien TB dalam menjalani pengobatan terhadap dirinya adalah sembuh. Kesembuhan yang diharapkan klien adalah sembuh total dan tidak kambuh lagi karena dari tujuh partisipan enam diantaranya terjadi karena kambuh. Kekambuhan yang dialami klien dalam penelitian ini terjadi karena kondisi tubuh yang lemah, kelembaban kamar tidur dan ventilasi kamar yang kurang dan tempat tinggal yang tidak terkena sinar matahari. Rusnoto (2008) faktor yang berpengaruh terhadap kejadian TB paru adalah kelembaban kamar tidur, ventilasi kamar tidur, riwayat penularan anggota keluarga, status gizi rendah dan tingkat pengetahuan. Pengalaman klien pernah mengalami kekambuhan dan merasakan beratnya menjalani pengobatan yang lama, klien berharap kesembuhan total dan sehat untuk selamanya.

Harapan klien terhadap diri sendiri ingin kerja lagi, pengobatan yang lama dan kondisi klien yang lemah menyebabkan klien tidak bisa kerja lagi. Pada penelitian ini semua partisipan adalah usia produktif yang harus bertanggung jawab terhadap ekonomi keluarganya, karena menderita TB akhirnya tidak bekerja dan berdampak pada ekonomi yang harus ditanggung keluarganya.

Harapan klien terhadap keluarga dalam penelitian ini menggambarkan keinginan diri klien terhadap orang-orang terdekat dalam bentuk dukungan yang diharapkan dari istri dan mengharapkan pengertian dari anak. Dong dan Naruemol (2007) mengidentifikasi bahwa keluarga membantu klien TB untuk mengatasi kesulitan termasuk meminta bantuan keluarga, teman dan petugas kesehatan. Klien TB mengharap dukungan dan pengertian dari keluarganya karena menjalani pengobatan yang lama juga berdampak terhadap keluarganya, termasuk sumber dana yang digunakan untuk keluarga bukan berasal dari klien.

Harapan klien terhadap petugas kesehatan untuk memberikan lebih banyak lagi informasi dan nasehat-nasehat terkait dengan penyakit TB, penularan, pengobatan dan bahayanya biar sembuh dan tidak kambuh lagi. Murray (2010) petugas kesehatan sudah memberikan informasi tentang gejala utama penyakit TB dan memberi nasehat penyakit TB bisa disembuhkan. Dalam penelitian ini klien sudah mendapat informasi tentang TB tapi informasi yang didapatkan kurang jelas dan lupa sehingga perlu metode promosi kesehatan yang mudah diingot oleh klien.

Harapan klien terhadap pelayanan kesehatan adalah diperingan biaya untuk pemeriksaan penunjang. Meskipun pengobatan TB gratis tapi alat suntik harus beli dan pemeriksaan penunjang seperti foto rontgen harus bayar sendiri. Ini memberatkan klien karena klien selama menjalani pengobatan tidak bekerja dan masih harus menanggung keluarga. Klien juga berharap pelayanan ditingkatkan karena klien menunggu lama bila berobat dan mengharapakan petugas lebih aktif lagi.

5.1.5. Dukungan yang Diterima Selama Menjalani Pengobatan TB Kategori II

5.1.5.1. Dukungan selama pengobatan

Dukungan yang diterima klien dari keluarga selama menjalani pengobatan adalah dukungan informasional klien mendapatkan nasehat dari istri atau ibu klien, dukungan penilaian klien mendapatkan support dan mengingatkan untuk minum obat secara rutin, klien mendapatkan dukungan instrumental dari istri dan adik yang mengeluarkan biaya selama klien berobat dan dukungan emosional klien dapatkan dari seluruh anggota keluarga yang memberi semangat untuk minum obat dan sembuh. Tahan (2004) dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan minum OAT penderita TB paru.

Dukungan keluarga yang sudah diterima oleh klien selama menjalani pengobatan sudah sesuai dengan Friedman (1998) yang mengatakan bahwa keluarga mempunyai fungsi dukungan antara lain dukungan informasional, penilaian, instrumental dan emosional. Keluarga merupakan merupakan faktor pendukung utama dalam kesembuhan klien TB.

Dukungan yang diterima oleh klien dari teman dan atasan adalah mereka memahami tentang penyakit yang diderita oleh klien sehingga dalam melakukan pekerjaan klien tidak dibebani kerja yang berat dan banyak mendapat toleransi dari teman-teman kerja maupun atasan. Teman-teman juga tidak mengucilkan atau mempermasalahkan penyakit yang diderita oleh klien.

Dukungan yang diterima klien dari petugas kesehatan adalah petugas memberikan informasi tentang penyakit, memberi nasehat dan saran, petugas juga melayani klien dengan baik sabar

dan ramah. Anderson dan Mc. Farlan (2004) pelayanan keperawatan komunitas bertanggung jawab terhadap peningkatan kesehatan masyarakat terutama kelompok masyarakat yang kurang mendapat perhatian. Peran perawat dalam yang belum dijalankan di pelayanan kesehatan dalam menangani klien TB adalah peran sebagai konselor, mengingat klien TB dalam menjalani pengobatan kategori II memerlukan waktu yang lama dan merasakan dampak psikologis yang merugikan seharusnya perawat memberikan konseling pada klien TB, bukan hanya informasi sehingga dampak psikologis yang merugikan bisa diatasi. Helvi (1998) salah satu peran perawat komunitas adalah sebagai konselor.

5.2. Keterbatasan Penelitian

Peneliti sudah melakukan ujicoba terhadap kemampuan wawancara mendalam sesuai dengan panduan wawancara semi struktur, format pencatatan respon non verbal dan alat perekam. Hasil wawancara yang ditulis dalam transkrip juga dikonsultasikan dengan pembimbing. Namun demikian penelitian ini masih memiliki keterbatasan dan kekurangan, diantaranya adalah:

5.2.1. Semua partisipan yang ikut berpartisipasi dalam penelitian ini adalah klien TB yang sudah selesai menjalani pengobatan kategori II dan sudah dinyatakan sembuh oleh Puskesmas maupun BKPM. Tidak semua partisipan dapat mengungkapkan perasaannya ketika diwawancara karena alasan grogi harus direkam, karena seumur hidup belum pernah direkam. Ada yang tidak bisa mengungkapkan isi hati karena tidak terbiasa mengungkapkan apa yang dirasakan atau curhat dengan orang lain. Hal ini menyebabkan data yang didapat tidak lengkap. Data yang kurang peneliti atasi dengan melakukan wawancara semi terstruktur kepada partisipan segera setelah wawancara selesai tanpa direkam, namun peneliti menggunakan catatan.

5.2.3. Validitas data kepada partisipan dengan memutar ulang rekaman dan mendengarkan bersama-sama setelah wawancara tidak dilakukan karena semua partisipan menolak dengan alasan tidak perlu dan sudah percaya sama peneliti.

5.2.4. Partisipan masih ada yang kesulitan mencerna pertanyaan peneliti sehingga peneliti harus menjelaskan pertanyaan dengan bahasa yang kira-kira bisa dimengerti oleh partisipan, hal ini sempat membingungkan peneliti karena harus mencari kata-kata yang mudah dimengerti oleh partisipan. Kejadian ini dialami pada dua orang partisipan. Oleh karena itu peneliti harus lebih meningkatkan kemampuan untuk dapat mengaplikasikan metode penelitian kualitatif dan masih harus banyak berlatih lagi.

5.2.5. Keterbatasan tempat tinggal partisipan yang menyebar diseluruh Kabupaten menyebabkan kesulitan peneliti dalam mencari alamat partisipan. Peneliti melakukan kunjungan dipagi hari yaitu antara jam 09-12 dengan sebelumnya mendatangi kantor kepala Desa agar dibantu menunjukkan alamat partisipan. Beberapa alamat yang diberikan oleh BKPM ada yang salah sehingga peneliti kesulitan mencari alamat. Beberapa partisipan yang dikunjungi sesuai alamatpun ada yang tidak termasuk dalam kriteria sampel sehingga tidak dijadikan partisipan dalam penelitian ini.

5.3. Implikasi Hasil Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi pelayanan keperawatan komunitas, perkembangan ilmu keperawatan komunitas dan implikasi untuk pengambil kebijakan dalam penanganan dan penanggulangan TB. Implikasi-implikasi tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

5.3.1. Implikasi untuk Pelayanan Keperawatan Komunitas

Pengalaman klien menjalani pengobatan TB kategori II teridentifikasi dalam tujuh tema. Tema-tema tersebut dapat diimplikasikan dalam praktik

keperawatan untuk membuat praktik keperawatan komunitas menjadi lebih baik.

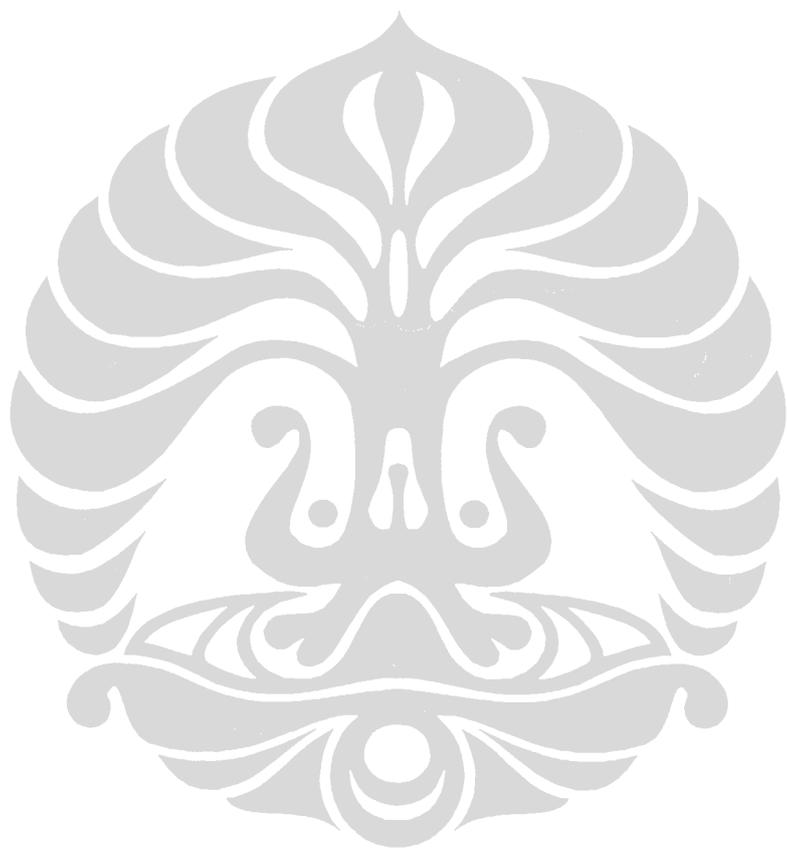
- 1) Perawat komunitas diharapkan dapat membuat media pendidikan kesehatan yang sesuai dengan pemahaman klien sebagai pelengkap lembar balik yang biasanya digunakan dalam pemberian pendidikan kesehatan terkait TB. Media yang disediakan materinya lebih difokuskan pada pencegahan penularan dengan bahasa yang sederhana, mudah dipahami, menarik dan mudah dilaksanakan.
- 2) Perawat komunitas diharapkan memiliki ketrampilan dalam konseling TB sehingga dapat memberikan konseling pada klien TB yang menjalani pengobatan. Konseling dilakukan pada waktu klien mengambil obat dengan penekanan pada masalah psikologis yang dihadapi klien.
- 3) Perawat komunitas perlu melakukan kolaborasi dengan petugas bagian gizi untuk memberikan program gizi yang khususkan untuk klien TB, sehingga status gizi klien bisa segera pulih.
- 4) Perawat komunitas perlu bekerja sama dengan kader kesehatan diwilayahnya untuk dibentuk kader kesehatan TB dan diberi pelatihan tentang TB. Perawat komunitas perlu membentuk kelompok peduli TB yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat sehingga penemuan kasus dini dapat dimaksimalkan dan program penanggulangan TB dapat berhasil.
- 5) Perawat komunitas perlu meningkatkan pelayanan dengan membuat strategi untuk pelayanan klien TB tidak dicampur dengan dengan klien lain sehingga tidak menunggu lama, petugas yang menangani bagian TB tidak satu orang sehingga kalau petugas datangnya siang atau tidak ada klien tetap dilayani dengan cepat.

5.3.2. Implikasi untuk Ilmu Keperawatan

Penelitian ini menghasilkan pengalaman yang mendalam terkait dengan arti dan makna pengalaman menjalani pengobatan TB kategori II. Dari tujuh tema yang teridentifikasi dampak psikologis adalah yang paling dominan dirasakan klien disamping dampak fisik dan sosial. Jika selama ini program TB hanya fokus pada pemberian pengobatan, maka ilmu keperawatan menemukan bahwa aspek psikososial juga tidak dapat diabaikan. Pengkajian dan intervensi keperawatan pada klien TB lebih menekankan pada aspek psikososial dan masalah efek samping pengobatan.

5.3.3. Implikasi untuk pengambil kebijakan dalam penanganan dan penanggulangan TB

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dalam mengembangkan kebijakan program penanganan dan penanggulangan TB. Perlu disediakan total dana khusus untuk klien TB termasuk untuk alat suntik dan pemeriksaan penunjang. Perlunya pembinaan dan pendanaan terhadap program pemberdayaan masyarakat yang peduli dengan TB, perlu dilakukan pelatihan-pelatihan terhadap kader kesehatan dan masyarakat yang peduli TB supaya TB di masyarakat bisa diberantas melalui penemuan kasus dini dan mencegah penularan.



BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang simpulan yang mencerminkan refleksi dari temuan penelitian dan saran yang merupakan tindak lanjut dari penelitian ini.

6.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa arti dan makna pengalaman menjalani pengobatan TB kategori II di Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah adalah sebagai berikut:

6.1.1. Persepsi dalam menjalani pengobatan TB kategori II adalah pemahaman klien mengenai penyakit TB. Gambaran klien tentang pengertian, penyebab, penularan, pengobatan dan bahaya penyakit TB pada umumnya baik, tetapi pemahaman tentang upaya mencegah penularan yang masih kurang karena klien mempersepsikan sendiri-sendiri tentang upaya mencegah penularan. Gambaran partisipan mengenai penyakit TB didapat petugas kesehatan dan dari pengalaman klien yang sudah dua kali menjalani pengobatan TB.

6.1.2. Makna pengalaman menjalani pengobatan TB kategori II, klien mengalami dampak yang menguntungkan seperti dampak pada fisik, dampak psikologis dan dampak spiritual. Sedangkan dampak yang merugikan dirasakan oleh klien adalah dampak fisik, dampak psikologis, dampak sosial dan dampak finansial. Klien TB juga berupaya untuk mencapai kesembuhan dengan memenuhi kebutuhan nutrisi, istirahat, latihan dan rekreasi. Dalam menjalani pengobatan TB, Klien mengalami kepatuhan, tetapi klien beresiko tidak patuh karena kurang percaya dan mengalami kejenuhan terhadap program pengobatan.

6.1.3. Hambatan yang dirasakan dalam menjalani pengobatan TB kategori II karena klien selama menjalani pengobatan mengalami masalah pada fisik karena kondisi yang lemah dan efek samping pengobatan yang dirasakan, masalah psikologis, masalah finansial karena klien tidak bekerja dalam waktu yang lama dan masalah pelayanan kesehatan.

6.1.4. Harapan klien pada waktu menjalani pengobatan TB adalah sembuh dan bisa bekerja kembali, perekonomian keluarga dapat membaik, bisa bangkit dan mendapat informasi tentang penyakit, pelayanan ditingkatkan dan biaya diperingan karena meski pengobatan gratis alat suntik harus beli dan pemeriksaan Rontgen tetap ditarik bayaran.

6.1.5. Dukungan yang diterima selama menjalani pengobatan TB kategori II dari keluarga adalah dukungan informasional, penilaian, instrumental, dan emosional. Klien juga mendapat dukungan dari teman maupun atasan, sedang dukungan dari petugas kesehatan berupa pendidikan kesehatan dan pelayanan yang baik.

6.2. Saran

Saran yang dapat disampaikan kepada pihak-pihak yang terkait dengan penanganan penyakit TB yaitu:

6.2.1. Pengambil kebijakan

6.2.1.1. Pengobatan TB di Indonesia perlu di sesuaikan dengan penemuan terbaru global fund tentang pengobatan TB yang memerlukan waktu 1-2 bulan pada tahun 2015

6.2.1.2. Penyediaan media promosi kesehatan terkait TB yang lengkap, menarik, mudah diingat dan mudah dipahami oleh masyarakat terutama tentang upaya mencegah penularan TB.

6.2.1.3. Penyediaan total dana khusus untuk klien TB termasuk untuk alat suntik dan pemeriksaan penunjang seperti foto rontgen dan untuk mengatasi efek samping obat, mengingat klien TB secara ekonomi akan mengalami penurunan pendapatan.

6.2.1.4. Pembinaan dan pendanaan terhadap program pemberdayaan masyarakat yang peduli dengan TB, berupa dilakukannya pelatihan-pelatihan kader kesehatan dan masyarakat yang peduli TB supaya TB dimasyarakat dapat diberantas melalui penemuan kasus dini dan mencegah penularan

6.2.2. Pelayanan kesehatan

6.2.2.1. Bagi Puskesmas/BKPM :

1) Peningkatan layanan individual klien dengan mengidentifikasi faktor-faktor resiko munculnya masalah ketidakpatuhan dalam pengobatan TB dan pemberian konseling khususnya masalah psikologis yang dialami klien yang menjalani pengobatan TB

2) Peningkatan layanan kelompok atau *population at risk* TB dengan pemberian pendidikan kesehatan khususnya upaya mencegah penularan. Layanan ini diberikan terutama pada kelompok karyawan home industri sebagai *population at risk* TB.

3) Peningkatan layanan keluarga dengan pelibatan keluarga dalam perawatan klien TB melalui melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga. Petugas puskesmas perlu melakukan kunjungan rumah sehingga dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menimbulkan terjadinya penyakit TB dan mengidentifikasi penularan anggota keluarga lain.

4) Peningkatan layanan masyarakat melalui bekerja sama dengan seluruh komponen yang ada di masyarakat,

pembinaan dalam memberdayakan masyarakat melalui kelompok swabantu dan kelompok peduli TB.

6.2.3. Profesi Keperawatan

Bagi organisasi profesi perencanaan program peningkatan kompetensi perawat dalam pemberian konseling khususnya masalah psikologis pada klien yang menjalani pengobatan TB.

6.2.4. Peneliti keperawatan komunitas

Penelitian ini masih perlu dilanjutkan dengan penelitian kualitatif lanjutan yang terkait masalah tekanan psikologis yang dialami klien TB dan penelitian kuantitatif terkait dengan penularan, pencegahan TB serta pengobatan TB di masyarakat.

Hasil penelitian ini menemukan bahwa dampak psikologis paling dominan dirasakan oleh klien, maka perlu dikembangkan pengkajian dan intervensi keperawatan yang terkait dengan masalah psikologis dan sosial tanpa mengabaikan aspek spiritual

DAFTAR REFERENSI

- Allender, J.A. & Spradley, B.W. (2005). *Community health nursing: promoting and protecting the public's health* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E.T. & McFarlane, J. (2006). *Buku ajar keperawatan komunitas: Teori dan praktik (Community as partner: Theory and practice in nursing)*. alih bahasa, Agus Sutarna, Suharyati Samba, Novayantie Herdina; editor edisi bahasa Indonesia, Egi Komara Yudha... Ed.3. Jakarta: EGC.
- Arsyad Z. 1996. *Evaluasi Faal Hati pada Penderita TB Paru yang Mendapat Terapi OAT*. Padang. <http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/27307176185.pdf>. diperoleh tanggal 8 April 2011
- BernidaI, Setyanegara, W, Mangunegoro, H. 1994. *Pengaruh Cara Pemberian Obat Anti Tuberculosis terhadap Fungsi Hati dan Konversi Sputum pada Penderita TB Paru Jakarta*. <http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/27307176185.pdf>. diperoleh tanggal 8 April 2011
- Cramm, J.M, at al, (2010). *Patient View on Determinants of Compliance with Tuberculosis treatment in the Eastern Cape, South Africa; An Application of di Methodology*. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. diperoleh tanggal 8 April 2011
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. California: Sage Publications, Inc.
- (2010). *Research design: Pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Danim, S. (2002). *Menjadi peneliti kualitatif*. Bandung: Pustaka Setia.
- Depkes RI. (2007). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. Edisi 2. Cetakan Pertama. Jakarta
- (2008). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. Edisi 2. Cetakan Kedua. Jakarta
- Depkes RI. (2010). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. Edisi 2. Cetakan Ketiga. Jakarta

Delamater, A.M., 2006. *Improving Patient Adherence*. <http://clinical.diabetesjournal.org/content/24/2/71/pdf>. diperoleh tanggal 8 April 2011.

Ditjen PPL depkes. (2011). *Kongres Nasional Tuberculosis ke-2 Tahun 2011*. Jakarta.

_____ (2011). *DOTS Plus Cegah Resistensi Kuman Tuberculosis*. [http://gressnews.com/ch/topstories/cl/direktur P2ML/id/953240/read/1/Dots-plus-cegah-resistensi-kuman-TB](http://gressnews.com/ch/topstories/cl/direktur/P2ML/id/953240/read/1/Dots-plus-cegah-resistensi-kuman-TB). diakses tanggal 23 Maret 2011.

Dong Singha & Naruemol. (2007). *Family Adaptation after a Recent Diagnosis Of Pulmonary Tuberculosis of a Household family member in Sisaket Province, Thailand*. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. diperoleh tanggal 8 April 2011.

Edelman. Mandle. (2006). *Health promotion throughout the life span* (6th ed.). Philadelphia: Mosby, Inc.

Erawatyningsih E, dkk. (2009). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidapatuhan Berobat pada Penderita TB paru*. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. diperoleh tanggal 8 April 2011.

Ervin, Naomi E. (2002). *Advanced community health nursing practice: Population focus care*. New Jersey: Pearson Education, Inc.

Friedman, M.M. (1998). *Family Nursing: Theory and Practice*, Original English Language Edition Published.

Friedman, M.M, Browden. V.R, Jones, E.G. (2003). *Family Nursing: Research, Theory and Practice*, new Jersey: Pearson Education, Inc.

Hamid, Achir Yani S. (2007). *Buku ajar riset keperawatan: Konsep, etika, & instrumentasi* (Ed.2). Jakarta: EGC.

Haynes, B., Taylor, W., Scakett, DL,. 1979. *Compliance in Health Care USA*, the John Hopkins University Press Balitmore adn London.

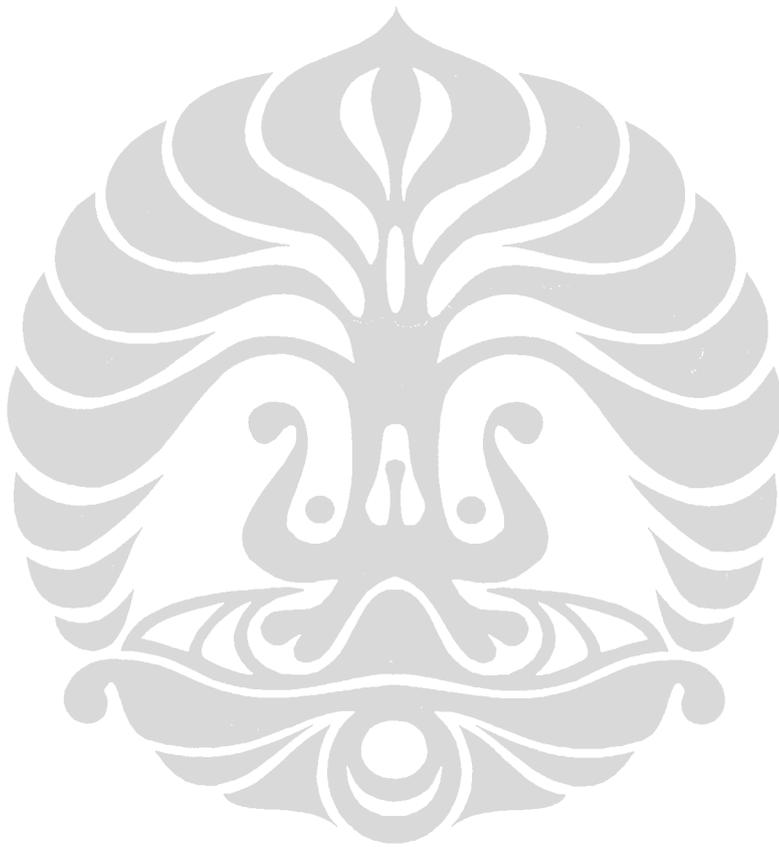
- Helvie, Carl O. (1998). *Advanced practice nursing in the community*. California: SAGE Publications. Inc
- Hitchcock, Schubert, & Thomas, Janice E. (1999). *Community health nursing: Caring in action*. New York: Delmar Publishers.
- Iseman, MD. 2000. *Tuberculosis Epidemiology in A Clinical's guide to Tuberculosis*. Philadelphia: Williams & Wilkins . <http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/27307176185.pdf>. diperoleh tanggal 8 April 2011.
- Janmeja, A. K, at al. (2005). *Psychotherapy Improves Compliance with Tuberculosis Treatment*. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. diperoleh tanggal 8 April 2011.
- Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan. (2004). www.knepk.litbang.depkes.go.id. Diakses tanggal 22 Februari 2011
- Lynn, T.M. (2006). *The Role of Family Support in Promoting Adherence to Tuberculosis Treatment in Western Uganda*. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. diperoleh tanggal 8 April 2011.
- Masniari L, Priyanti ZS, Aditama TY. 2007. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesembuhan Penderita TB Paru*. Dep. Pulmonologi dan Ilmu Kedokteran Respirasi FKUI-RSUP Persahabatan, Jakarta. [Http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/27307176185.pdf](http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/27307176185.pdf) diperoleh tanggal 8 April 2011.
- Maurer, F.A. & Smith C.M. (2005). *Community/ public health nursing practice: Health for families and populations* (3rd ed.). Evolve: Elsevier.
- Mc.ded, Regina Y. (2010), *the Relationship Between Spirituality, Knowledge and Tuberculosis (TB) Medication Adherence Among Africa, Americans and Haitians*. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. diperoleh tanggal 8 April 2011.
- McMurray, Anne. (2003). *Community health and wellness: A socioecological approach* (2nd ed.). Mosby: Elsevier.

- Moleong, L.J. (2004). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Naidoo, P., Dick, J., Cooper D. (2008). Exploring Tuberculosis Patients Adherence to Treatment Regimens and Prevention Programs at a Public Health Site. www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=552&accno=2010520590. Diakses tanggal 8 April 2011
- NANDA International. (2011). *Diagnosis Keperawatan, Definisi dan Klasifikasi 2009-2011*, Cetakan I. Jakarta. EGC
- Oesman N. (2010). Indonesia pada Track untuk Menghentikan Penyebaran Tuberculosis pada Tahun 2015. www.thejakartaglobe.com/health/indonesia-on-track-for-stopping-spread-of-tb-by-2015-official-says/412347. Diakses tanggal 5 Januari 2011
- Patilima, Hamid. (2007). *Metode penelitian kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Poerwandari. (2005). *Pendekatan Kualitative untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Edisi 3. LPSP 3. Jakarta. Fakultas psikologi UI
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- _____ (2010). *Proposal Form Round 10*. http://theglobalfund.org/grantdocument/01INDT_2051_0_full_pdf. Diakses tanggal 22 Februari 2011.
- Rusnoto. (2008). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian TB Paru pada Usia Dewasa di BP paru Pati*. <http://eprints.undip.ac.id/5283/1/rusnoto/pdf>. Diakses tanggal 2 maret 2011.
- Rundi, C (2010). *Memahami Tuberculosis: Perspektif dan Pengalaman Rakyat Sabah, Malaysia Timur*. Jurnal Kesehatan, Kependudukan, dan Gizi. Dhaka. April 2010. Vol.28.ISS. <http://proquestumi.com/pqdweb>. Diakses tanggal 2 Januari 2011.
- _____ (2010). *Situasi Epidemiologi TB Indonesia*. <http://tbindonesia.or.id/tbnews>. Diakses tanggal 5 Januari 2011.

- Soepandi, P.Z. *Diagnosis dan faktor yang Mempengaruhi Terjadinya TB-MDR*. FKUI-RS Persahabatan. Jakarta.
- Stanhope, M, & Lancaster, J. (2004). *Community & public health nursing* (6th ed.). St.Louis: Mosby, Inc.
- Starkey, Chad. (2004). *Therapeutic modalities* (3th ed.). Philadelphia: F.A.Davis Company.
- _____ (2010). *Stop TB Pathnership: Global Tuberculosis 2010*. www.who.int/tb/features_archive/global_plan-to-stop_tb/en/index.html. Diakses pada tanggal 5 Januari 2011.
- _____ (2010). *Stop TB Pathnership: Global Tuberculosis 2011-2015*. www.who.int/tb/features_archive/global_plan-to-stop_tb/en/index.html. Diakses pada tanggal 5 Januari 2011.
- Soepandi, P.Z. (2010). *Diagnosis dan Faktor yang Mempengaruhi TB-MDR*. <http://ppti.files.wordpress.com/2010/01/sesiz.priyanti> Diakses 12 Maret 2011.
- Streubert S, H.J. & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative* (3th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sugiyono. (2009). *Memahami penelitian kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Tahan, P.H. (2004). *Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Minum Obat anti TB*. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. diakses tgl 8 April 2011
- Tim Pasca Sarjana FIK-UI. (2008). *Pedoman Penulisan Tesis*. Depok: FIK-UI
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman teknis penulisan tugas akhir mahasiswa Universitas Indonesia*.
- Warta Gardunas. (2010). *Peran Perawat dalam Penanggulangan TB di Indonesia*. Vol.16. Febuari 2010

Woith, W.M., Larson, J.L. (2007). *Delay in Seeking Treatment and Adherence to Tuberculosis Medication in Rusia: a survey of patients from two clinics.* <http://proquest.umi.com/pqdweb>

Zhang et al. (2010). *The Experience of College Students with Pulmonary Tuberculosis in Shaanxi, China: Qualitative Study.* <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/10/174/prepub>. Diakses tanggal 1 febuari 2011.





PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengalaman Menjalani Pengobatan TB Kategori II di Wilayah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah

Peneliti : Herni Rejeki

NPM : 0906621565

Alamat : Sabarwangi Rt 2/Rw 1, Kecamatan Kajen, Kabupaten Pekalongan

Peneliti adalah Mahasiswa Program Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Pada penelitian ini bapak/ibu telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipasi ini sifatnya sukarela, tanpa ada paksaan dan tanpa ada tekanan dari pihak manapun. Bapak/ibu boleh memutuskan untuk ikut berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini tanpa ada dampak yang merugikan. Sebelum bapak/ibu memutuskan, ada beberapa hal yang akan saya jelaskan sebagai bahan pertimbangan untuk ikut serta dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran yang mendalam mengenai pengalaman klien dalam menjalani pengobatan TB kategori II di Wilayah Kabupaten Pekalongan.
2. Apabila bapak/ibu bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara pada waktu dan tempat yang telah disepakati. Dalam penelitian ini, wawancara akan dilakukan selama 45-60 menit dan akan menggunakan alat perekam untuk mempermudah proses penelitian.

3. Apabila selama proses wawancara bapak/ibu merasa tidak nyaman, maka bapak/ibu dapat minta untuk berhenti dan bapak/ibu boleh memutuskan untuk menunda wawancara atau mengundurkan diri dari penelitian ini.
4. Hasil wawancara dan semua catatan yang ada dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya dengan tidak menyebut nama tetapi memakai initial. Peneliti akan memberikan hasil wawancara jika bapak/ibu menginginkannya. Hasil penelitian ini akan diberikan kepada institusii tempat peneliti belajar dengan tetap menjaga penuh kerahasiaannya.
5. Apabila bapak/ibu masih belum jelas maka bapak/ibu dapat menanyakan kepada peneliti
6. Jika bapak/ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan bapak/ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan.

Pekalongan, April 2011

Peneliti

Herni Rejeki

NPM: 0906621565

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendengarkan penjelasan dari peneliti, saya mengerti bahwa penelitian ini akan menghormati hak-hak saya selaku partisipan. Saya mempunyai hak untuk tidak melanjutkan keikutsertaan dalam penelitian ini jika suatu saat merugikan saya.

Saya memahami bahwa penelitian ini akan bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan terhadap klien TB di masyarakat. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini berarti saya bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan ikhlas tanpa ada paksaan dan tekanan dari siapapun.

Pekalongan, , , 2011

Peneliti

Saksi

Partisipan

(.....)

(.....)

(.....)

DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Agama :

Alamat/telp :

1. Kapan pertama kali anda dinyatakan menderita TB?
2. Dimana anda berobat?
3. Sudah berapa kali anda menjalani pengobatan?
4. Apakah anda menyelesaikan program pengobatan tersebut?
5. Berapa lama anda minum obat?
6. Kapan anda dinyatakan sembuh oleh Puskesmas/BKPM?
7. Apa yang menjadi bukti kesembuhan?

PANDUAN WAWANCARA

Saya tertarik dengan pengalaman bapak/ibu menjalani pengobatan TB kategori II yang memerlukan waktu lama dan harus menjalani suntikan selama 2 bulan. Mohon kesediaan bapak/ibu untuk berbagi pengalaman selama menjalani pengobatan TB kategori II.

Pertanyaan yang akan membantu peneliti dalam wawancara ini adalah:

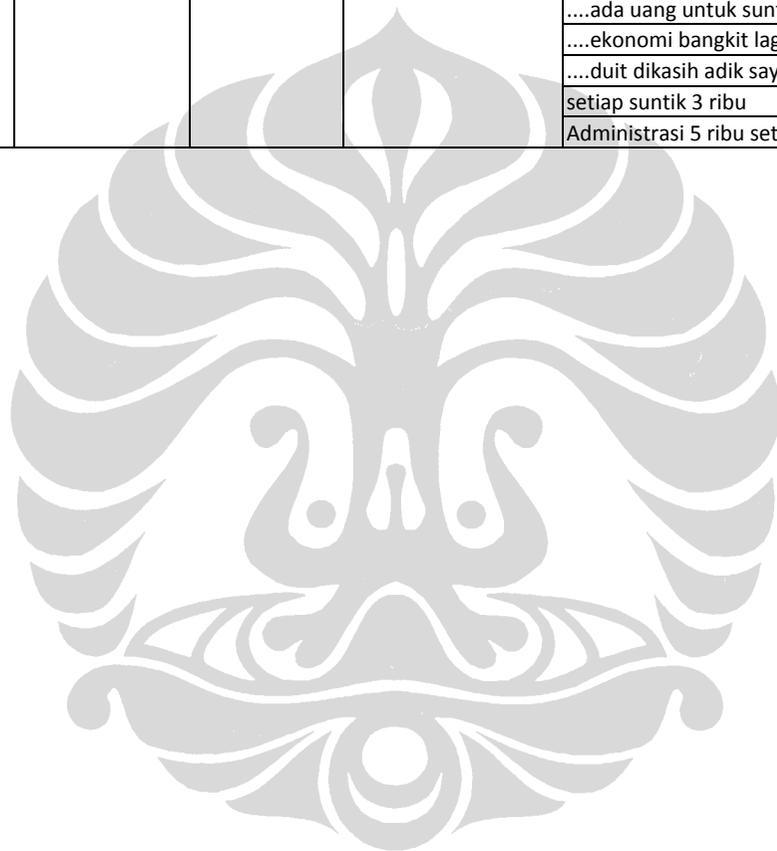
1. Apa yang bapak/ibu ketahui tentang penyakit TBC
2. Bagaimana perasaan bapak/ibu pada waktu menjalani pengobatan TB kategori II?
3. Hambatan apa yang bapak/ibu rasakan dalam menjalani pengobatan TB kategori II?
4. Apa harapan bapak/ibu pada waktu menjalani pengobatan TB kategori II?
5. Dukungan apa yang bapak/ibu terima baik dari keluarga maupun petugas dalam menjalani pengobatan TB kategori II?

FORMAT CATATAN LAPANGAN

Nama partisipan:	Kode partisipan:
tempat wawancara:	Waktu wawancara:
Situasi tempat sebelum wawancara:	
Penampilan dan perilaku, partisipan sebelum dilakukan wawancara:	
Jarak peneliti dengan partisipan:	
Respon partisipan saat wawancara:	
Suasana lingkungan sekitar saat wawancara:	
Respon partisipan setelah wawancara	

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN											
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7					
					Kecemasan terhadap proses penyakit	Pingin kabur			√									
						Khawatir			√									
						Kata orang umur tidak lama			√									
						Takut anak masih kecil		√	√									
						Masih muda, anak masih kecil			√									
						Banyak pikiran	√											
						Susah tidur		√										
						kepikiran terus minum obat	√											
					Mau minum obat prihatin....	√											
						Mengingat-ingat biar tidak lupa			√									
						Takut lupa minum obat				√								
						Diingat-ingat hari minum obatnya	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
						kadang lupa						√						
						Harus selalu ingat hari minum obatnya				√								
				Ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan		Nunggu lama	√		√		√							
						Petugas nggak mesti datang			√									
						kadang-kadang siang			√									
					ndak suntik prei (libut)	√											
					nggak ada preinya 2 hari	√											
						petugas bilang tidak apa-apa	√											
					tidak ada petugas tidak disuntik				√									
					Petugas lain tidak berani				√									
				dimarahi petugas Puskesmas			√										
					Suntik di Puskesmas kurang pas/sreg				√									
					Mau suntik di cikalsari kejauhan				√									
					Ambil obat jauh				√									
			Dampak sosial		merasa malu	Malu tiap hari disuntik cewek				√								
				Pakai masker malu				√										
			kan gratis, jadi saya malu						√								
			jarang berinteraksi		Sering menyendiri saya mbak									√				
					Jarang bicara dengan orang lain										√			
					Jaga jarak dengan orang lain										√			

NO	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	SUB-SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	PARTISIPAN							
							P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	
				Dampak finansial	kesulitan finansial	Berat nggak kerja					√	√		
						Ekonomi jatuh					√			
					Keuanganlah, jadi kendala nomer satu	√							
					ada uang untuk suntik sendiri				√				
					ekonomi bangkit lagi					√			
					duit dikasih adik saya	√							
						setiap suntik 3 ribu	√							
						Administrasi 5 ribu setiap minggu				√				





UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 7864124, 78849120 Fax. 78849121
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikul.ui.ac.id

Nomor : 1077/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

7 April 2011

Yth. Kepala
Bappeda
Kabupaten Pekalongan

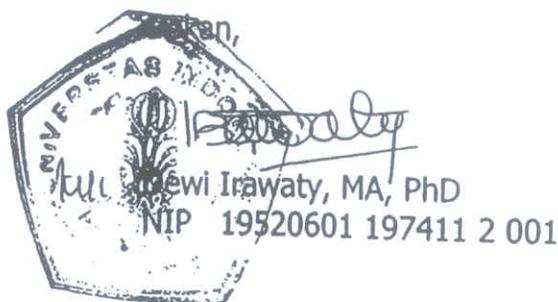
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Herni Rejeki
0906621565

akan mengadakan penelitian dengan judul : "Pengalaman Menjalani Pengobatan TB Kategori II di Kabupaten Pekalongan".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Kabupaten Pekalongan.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan
3. Kepala Dinas Kesehatan Kota Pekalongan
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
3. Pertiagal



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengalaman menjalani pengobatan TB kategori II di Wilayah Kabupaten Pekalongan.

Nama peneliti utama : **Herni Rejeki**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.



Devi Widyawati, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 11 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

PEMERINTAH KABUPATEN PEKALONGAN
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH DAN PENANAMAN MODAL
(BAPPEDA DAN PM)

Jl. Sumbing No.1 Telp. (0285) 381456, 381789 Fax. (0285) 381789 KAJEN - 51161
e-mail : bappeda_kab.pkl@yahoo.com

SURAT REKOMENDASI

Nomor : Bp. 072/S/261/IV/2011

Perhatikan Surat dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Nomor : 2.D/DPD.04.02/2011 tanggal 07 April 2011 perihal Permohonan Ijin Penelitian, kami yang ngan di bawah ini Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Perianaman Modal (an PM) Kabupaten Pekalongan, Menyatakan tidak berkeberatan atas penggunaan lokasi untuk Penelitian/Survey/ Riset dalam wilayah Kabupaten Pekalongan yang dilaksanakan oleh :

Nama : **HERNI REJEKI.**
NIM : **0906621565.**
Penanggungjawab : **Dewi Irawaty, MA.PhD.**
Maksud dan tujuan : **Mengadakan Penelitian dalam rangka pembuatan tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan dengan judul : " PENGALAMAN MENJALANI PENGOBATAN TB KATEGORI II DI KABUPATEN PEKALONGAN "**
Lokasi : **Kabupaten Pekalongan.**
Peserta : **1 (satu) orang**

1 ketentuan-ketentuan sebagai berikut :
: pelaksanaan penelitian/survey/Riset tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintahan.
: belum melaksanakan penelitian/survey/Riset di lokasi yang telah ditentukan, harus terlebih hulu melaporkan kepada Kepala SKPD/ Penguasa Wilayah setempat.
: telah penelitian/riset/survey/Riset selesai supaya langsung melaporkan hasilnya kepada BAPPEDA dan PM Kabupaten Pekalongan.

at Rekomendasi ini berlaku dari : 21 April 2011 s/d. 21 Juni 2011.

Dikeluarkan di : **K a j e n**
Pada Tanggal : **21 April 2011**





PEMERINTAH KOTA PEKALONGAN
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(B A P P E D A)

Jalan Mataram No. 1 Telp. (0285) 423223 Pekalongan 51111

SURAT REKOMENDASI RESEARCH / SURVEY

Nomor : 070/144/IV/2011

- I. DASAR : 1. Surat Edaran Gubernur Jawa Tengah Nomor : 070/265/2004 tanggal 20 Februari 2009.
- II. MEMBACA : 1. Surat dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor: 1078/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 tanggal 7 April 2011 tentang Permohonan Ijin Penelitian
2. Surat dari Kepala Kantor Kesbang Linmas Kota Pekalongan Nomor : 070/148/IV/2011 tanggal 2 April 2011.
3. Surat Rekomendasi dari BAPPEDA dan PM Kabupaten Pekalongan Nomor: B.072/S/261/IV/2011 tanggal 21 April 2011
- III. Yang bertandatangan di bawah ini Kepala BAPPEDA Kota Pekalongan bertindak atas nama Walikota Pekalongan menyatakan **TIDAK KEBERATAN** atas pelaksanaan RESEARCH/SURVEY di wilayah Kota Pekalongan yang dilaksanakan oleh :

1. Nama : Herni Rejeki
2. Instansi : Universitas Indonesia Jakarta
3. Pekerjaan : Dosen
4. Alamat : Dk. Sabaran RT/RW:002/001 Kel. Sabarwangi Kec. Kajen Kab. Pekalongan
5. Penanggung jawab : Dewi Irawaty, MA, PhD
6. Maksud Tujuan : Mencari data untuk penelitian dengan judul Pengalaman Menjalani Pengobatan TB Kategori II di Kabupaten Pekalongan
7. Lokasi : Kota Pekalongan
8. Lamanya : 27 April 2011 s/d 27 Juli 2011

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- a. Pelaksanaan research/survey tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintah;
b. Sebelum research/survey, supaya lapor dahulu kepada pengawas wilayah/camat setempat;
c. Apabila masa berlakunya Surat Rekomendasi ini telah habis sedang pelaksanaannya belum selesai, maka perpanjangan waktu harus diajukan kembali kepada Kepala BAPPEDA Kota Pekalongan;
d. Setelah research/survey selesai, harus menyerahkan hasilnya kepada Kepala BAPPEDA Kota Pekalongan.
- IV. Surat Rekomendasi ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi, apabila pemegang surat ini tidak menaati ketentuan-ketentuan seperti tersebut di atas.

Dikeluarkan di : Pekalongan
Pada tanggal : 27 April 2011

An. KEPALA BAPPEDA KOTA PEKALONGAN
Bidang Perencanaan, Pengembangan, Statistik
dan Pengendalian



SP. SOETANTO, SH
Pembina Tk. I
NIP. 19561026 198611 1 002

TEMBUSAN Dikirim Kepada Yth ;

1. Walikota Pekalongan (sebagai laporan);
2.
3. Sdr. Herni Rejeki, tsb;
4. Arsip.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Herni Rejeki

Tempat Tanggal Lahir: Pekalongan, 25 Mei 1968

Jenis kelamin : Wanita

Alamat Rumah : Sabarwangi, Rt 2/Rw 1 Kec. Kajen, Kabupaten
Pekalongan, Jateng

Alamat Institusi : Jalan Raya Ambokembang No. 3 Kedungwuni Kab.
Pekalongan

Riwayat pendidikan :

SDN Pekiringan Alit Kajen Pekalongan tahun 1981

SMP N Kajen Pekalongan tahun 1984

SMA N Kajen Pekalongan tahun 1987

AKPER Muh. Semarang tahun 1990

PSIK UNDIP Semarang tahun 2004

Riwayat pekerjaan:

RS. Dr. Oen Solo Baru tahun (1991-2006)

Stikes Muh. Pekajangan Pekalongan tahun (2006-sekarang)