



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH TERAPI PSIKOEDUKASI KELUARGA  
TERHADAP PENGETAHUAN DAN TINGKAT ANSIETAS  
KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA  
YANG MENGALAMI TUBERKULOSIS PARU  
DI KOTA BANDAR LAMPUNG**

**TESIS**

**Oleh:  
ARENA LESTARI  
0906504581**

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



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**TESIS**

**PENGARUH TERAPI PSIKOEDUKASI KELUARGA  
TERHADAP PENGETAHUAN DAN TINGKAT ANSIETAS  
KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA  
YANG MENDERITA TUBERCULOSIS PARU  
DI KOTA BANDAR LAMPUNG**

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh  
gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Jiwa

**ARENA LESTARI  
0906504581**

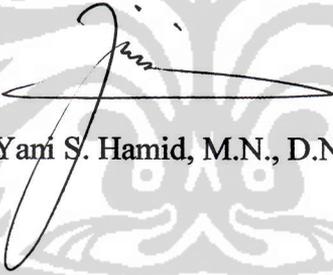
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
DEPOK  
JULI 2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2011

Pembimbing I



Prof. Achir Yani S. Hamid, M.N., D.N.Sc

Pembimbing II



Mustikasari, S.Kp., MARS

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Arena Lestari  
NPM : 0906504581  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Jiwa  
Judul Tesis : Pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami tuberculosis paru di Kota Bandar Lampung

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

### DEWAN PENGUJI

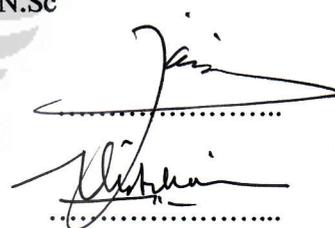
Pembimbing I : Prof.Achir Yani S.Hamid, M.N., DN.Sc

Pembimbing II : Mustikasari, S.Kp. MARS

Penguji : Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep. Sp.Kep. J

Penguji : Ns. Fauziah, M.Kep, Sp.Kep.J

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 11 Juli 2011



## HALAMAN PERNYATAAN ORISIONALITAS

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

Nama : Arena Lestari

NPM : 0906504581

Tanda Tangan:

Tanggal : 14 Juli 2011

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

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Arena Lestari  
NPM : 0906504581  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan : Keperawatan Jiwa  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

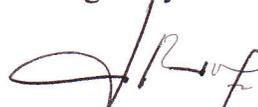
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga terhadap Pengetahuan dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anggota keluarga yang mengalami Tuberkulosis Paru di Kota Bandar Lampung.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 14 Juli 2011  
Yang menyatakan

  
(Arena Lestari)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah-Nya, maka tesis dengan judul : **“Pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami Tuberkulosis Paru di Kota Bandar Lampung”** dapat diselesaikan. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini penulis menyadari banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan terima kasih yang sedalam - dalamnya kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetti, Skp, M.App.Sc , selaku Koordinator Mata Ajar tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Achir Yani S. Hamid, M.N.,D.N.Sc, selaku pembimbing I tesis, yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan dengan penuh kesabaran, dan memberikan masukan untuk perbaikan serta selalu memotivasi dalam penyelesaian tesis ini
4. Ibu Mustikasari, S.Kp., MARS, selaku pembimbing II tesis, yang telah meluangkan waktu untuk memberikan banyak masukan, arahan, bimbingan dan juga motivasi, dengan penuh semangat dan kesabaran.
5. Ibu Ns. Ice Yulia Wardani, M.Kep Sp. Kep. J, selaku penguji I, yang telah memberikan masukan dan arahan yang membangun selama proses penyelesaian tesis ini.
6. Ibu Ns. Fauziah, M. Kep. Kep. J, selaku penguji II, yang telah memberikan masukan yang membangun dalam penyelesaian tesis ini.
7. Kepala Dinas kesehatan kota Bandar Lampung, yang telah memberikan izin diadakanya penelitian di wilayah dinas kesehatan kota Bandar Lampung.

8. Kepala puskesmas- puskesmas dan pemegang program TBC di Kota Bandar Lampung yang telah menjadi tempat penelitian.
9. Seluruh keluarga yang telah terlibat sebagai responden dalam penelitian ini.
10. Kedua orangtuaku yang telah memberikan motivasi dan mengiringi langkahku dengan doa – doanya.
11. Suamiku tercinta Suhaidi dan ketiga buah hatiku: Kayla, Syifa dan Ridho, yang telah ikhlas selalu mendoakanku, menjadi sumber kekuatanku dan tidak pernah berhenti memberikan motivasi serta semangat dalam menyelesaikan segala sesuatu, sehingga terasa menjadi ringan langkahku.
12. Teman teman seperjuangan dalam suka dan duka Atun, Ani dan Erti, yang selalu saling memotivasi.
13. Rekan-rekan angkatan V Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan semangat selama penyelesaian tesis ini.
14. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini

Semoga tesis ini membawa manfaat bagi kita semua.

Depok, Juli 2011

Peneliti

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS  
INDONESIA**

TESIS, JULI 2011  
ARENA LESTARI

**Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan dan Tingkat Ansietas Keluarga  
Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang mengalami Tuberkulosis Paru Di Kota Bandar  
Lampung**

xiii + 107 halaman + 21 Tabel + 4 skema + 11 lampiran

**ABSTRAK**

Penyakit Tuberkulosis di Indonesia merupakan masalah utama kesehatan masyarakat dan menjadi penyebab kematian nomor 3. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami tuberkulosis paru di Kota Bandar Lampung. Desain penelitian *quasi experimental, pre – post test with control group*. Sampel penelitian 30 kelompok intervensi dan 35 kelompok kontrol. Tempat penelitian di 8 Puskesmas Bandar Lampung. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan pengetahuan sebelum dan sesudah terapi Psikoedukasi keluarga dan ada perbedaan signifikan tingkat ansietas keluarga sebelum dan sesudah terapi psikoedukasi keluarga. Rekomendasi penelitian yaitu perlunya dilakukan terapi psikoedukasi yang dilakukan Puskesmas bekerjasama dengan spesialis keperawatan jiwa.

Kata kunci : Pengetahuan, tingkat ansietas, tuberkulosis paru, terapi psikoedukasi keluarga  
Daftar Pustaka : 62 (1993-2010)

**POST-GRADUATE PROGRAM-FACULTY OF NURSING-UNIVERSITY OF INDONESIA**

THESIS, JULY 2011  
ARENA LESTARI

**Effect Of Family Psychoeducation Therapy To Knowledge and Family Anxiety Level In Caring  
Family Members With Tuberculosis, in Bandar Lampung.**

xiii + 107 pages + 21 tables + 4 schemes + 11 attachments

**ABSTRACT**

Tuberculosis disease in Indonesia is a major public health problem and become the 3<sup>rd</sup> cause of mortality. The purpose of this study was to analyze the influence of family psychoeducation therapy to knowledge and family anxiety level in caring family members with tuberculosis in Bandar Lampung. The study used quasi experimental, pre - post test with control group design. The sample was 30 intervention and 35 control group. This study took place at 8 Puskesmas at Bandar Lampung. The results showed no significant differences in knowledge ,before and after family psychoeducation therapy and there were significant differences at anxiety levels, before and after family psychoeducation therapy. Recommendation of this study is collaboration of family psychoeducation therapy between Puskesmas and psychiatric nursing specialist.

Key words: Knowledge, level of anxiety, tuberculosis, family psychoeducation  
Bibliography: 62 (1993 - 2010)

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	14
1.3 Tujuan Penelitian .....	14
1.4 Manfaat Penelitian .....	16
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	18
2.1 Tuberkulosis.....	21
2.2 Dampak tuberkulosis.....	18
2.3 Keluarga .....	22
2.4 Ansietas.....	29
2.5 Pengetahuan .....	34
2.6 Terapi Psikoedukasi Keluarga.....	39
2.7 Kerangka teori.....	44
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL .....	45
3.1 Kerangka Konsep .....	46
3.2 Hipotesis Penelitian .....	47
3.3 Definisi Operasional .....	48
BAB 4 METODE PENELITIAN .....	51
4.1 Desain Penelitian .....	52
4.2 Populasi dan Sampel .....	53
4.3 Tempat Penelitian .....	55
4.4 Waktu Penelitian .....	56
4.5 Etika Penelitian .....	56
4.6 Alat Pengumpul Data .....	58
4.7 Uji coba instrumen.....	59
4.8 Prosedur Pelaksanaan Penelitian .....	61
4.9 Analisa Data .....	64
BAB 5 HASIL PENELITIAN .....	69
5.1 Karakteristik keluarga.....	69
5.2 Uji kesetaraan.....	71
5.3 Pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga.....	76

5.4	Hubungan karakteristik dengan pengetahuan dan ansietas.....	80
BAB 6 PEMBAHASAN.....		84
6.1	Interpretasi Hasil penelitian .....	84
6.2	Hubungan karakteristik dengan pengetahuan dan ansietas .....	
6.2	Keterbatasan penelitian .....	103
6.3	Implikasi hasil penelitian .....	104
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN.....		
7.1	Simpulan.....	105
7.2	Saran .....	106

DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization* (WHO), bahwa penyakit tuberkulosis (TBC) telah menginfeksi sepertiga penduduk di dunia. Kedaruratan global penyakit tuberkulosis dicanangkan WHO (1998), karena pada sebagian besar negara di dunia, penyakit tuberkulosis tidak terkendali dengan terjadinya peningkatan jumlah kasus TBC. Peningkatan jumlah kasus TBC ini disebabkan karena banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan, sedangkan banyak terjadi kasus penderita baru akibat tertular oleh penderita TBC. Tahun 1995 diperkirakan setiap tahunnya terjadi sekitar 9 juta penderita baru TBC dengan kematian 3 juta orang (WHO, dalam Depkes 2002). Kematian TBC di negara-negara berkembang, merupakan 25 % dari seluruh kematian akibat penyakit ataupun kasus yang lain, dan 75 % penderita merupakan kelompok umur produktif. Penderita TBC diperkirakan 95 % berada di negara-negara berkembang. Negara berkembang yang diperkirakan banyak kasus penderita TBC termasuk Negara Indonesia (Depkes, 2002).

Penyakit TBC di Indonesia merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) pada tahun 1995, menunjukkan bahwa TBC merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan no 1 dari golongan penyakit infeksi. Berdasarkan prevalensi nasional TBC Badan Litbangkes (2004) sekitar 10 tahun terakhir Indonesia ternyata masih tetap bertahan menempati urutan ke- 3 sedunia dalam hal jumlah penderita TBC menurut WHO (1999, dalam Depkes 2002). Setiap tahunnya diperkirakan terjadi 583.000 kasus baru TBC dengan kematian karena TBC sekitar 140.000 WHO (1999, dalam Depkes 2002). Secara angka kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru TBC. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2007 estimasi tuberkulosis baru di Indonesia tahun 2006 sebesar 275 kasus/100.000 penduduk pertahun.

Jumlah penderita tersebut menunjukkan bahwa setiap tahun terjadi peningkatan kasus penderita TBC (Depkes, 2010)

Besarnya peningkatan jumlah penderita TBC tersebut harus menjadi perhatian semua pihak. Menurut Depkes (2002) Pemerintah sendiri melalui Departemen kesehatan telah melakukan langkah langkah yang maksimal dalam rangka upaya menanggulangi masalah TBC. Visi pemerintah untuk memberantas penyakit tersebut yaitu tuberkulosis tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat, maka departemen kesehatan menyusun beberapa strategi untuk menanggulangi masalah TBC tersebut. Strategi- strategi yang dilakukan yaitu dengan paradigma sehat, strategi *Directly Observed Treatments Shortcourse chemotherapy* (DOTS) yang merupakan rekomendasi dari WHO dan juga peningkatan mutu pelayanan. Tujuan dari pengobatan tersebut yaitu menyembuhkan penderita, mencegah kematian, mencegah kekambuhan dan menurunkan tingkat penularan (Depkes, 2002).

Salah satu bentuk kegiatan dalam pelaksanaan strategi paradigma sehat adalah dalam bentuk penyuluhan, dengan tujuan untuk memberikan penjelasan secara dini terhadap penyakit TBC, penyuluhan yang telah dilakukan selama ini baru ditujukan untuk menemukan kasus sedini mungkin di masyarakat, meningkatkan perilaku hidup sehat dan upaya peningkatan status gizi, yang berarti kesemuanya ditujukan untuk kondisi fisiknya saja, belum dilakukan penyuluhan yang menyentuh aspek psikososial, karena belum ada program dari pemerintah terkait dengan aspek psikososial yang diintegrasikan kedalam kegiatan tersebut (Depkes, 2002). Sementara penyakit TBC sendiri banyak membawa dampak, baik dampak dari segi fisik, ekonomi dan juga yang tidak boleh kita abaikan adalah dampak psikis seperti terjadinya kecemasan akibat penyakit yang merupakan respon dari stress, pada klien dan keluarga, rasa tidak berguna karena menjadi kurang produktif pada penderita sendiri, dan rasa ketakutan akan tertular pada masyarakat, terutama pada masyarakat kalangan menengah kebawah.

Penyakit TBC tidaklah mengherankan bagi kita bila banyak dialami oleh masyarakat menengah kebawah. Hal ini bisa diakibatkan karena pada masyarakat menengah kebawah kondisi status seseorang cenderung kurang tercukupi sehingga dengan mudah anggota keluarga dan masyarakat di lingkungannya menjadi rentan tertular TBC. Hal inilah yang memunculkan stigma bahwa TBC adalah penyakit orang miskin, penyakit keturunan atau kutukan dan penyakit tidak dapat disembuhkan, (Depkes, 2002).

Stigma yang muncul menambah beban psikis bagi penderita, karena akibat stigma tersebut banyak masyarakat yang enggan untuk berinteraksi dengan penderita bahkan juga dengan keluarga penderita. Adanya persepsi dimasyarakat bahwa TBC adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan dikarenakan masih tingginya kekambuhan, maka hal ini sangat berpengaruh pada psikososial individu tersebut. Oleh karena itu diperlukan penanganan terhadap masalah psikososial yang dapat muncul tersebut, dalam hal ini diperlukan perawat jiwa untuk dapat mengatasi masalah psikososial tersebut. Adanya perasaan khawatir berlebihan terhadap penyakitnya, yang sebenarnya justru akan menghambat proses pengobatan pasien itu sendiri. Selain dampak psikis yang dialami klien, secara ekonomi TBC juga dapat menimbulkan dampak pada keuangan keluarga dikarenakan sebagian besar TBC menyerang usia produktif, dimana pada usia tersebut penderita merupakan tulang punggung keluarga (Risksdas, 2007). Berbagai macam persoalan inilah yang semakin membebani psikis penderita. Kondisi ini bila tidak segera ditangani maka dapat berkelanjutan menjadi depresi (Ginting, 2007) seperti telah didapatkan data dari hasil penelitian terhadap pasien tuberkulosis di berbagai seting area.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ginting dkk (2007) di RS Persahabatan Jakarta mendapatkan hasil bahwa sebanyak 12 dari 60 pasien tuberkulosis (20 %) menderita gangguan jiwa, dan gangguan jiwa tersebut bervariasi seperti episode depresi, distimia, cemas menyeluruh gangguan panik dan agoraphobia. Banyak faktor yang mengakibatkan gangguan jiwa pada

klien yang menderita tuberkulosis yaitu pemahaman yang bervariasi terhadap penyakit, kurangnya pemahaman dan persepsi pasien akan sakitnya, ketakutan akan tanggapan masyarakat dan stigma, reaksi psikologis saat didiagnosa menderita TBC, dampak dari lingkungan dan keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut penting untuk diperhatikan bahwa individu dengan TBC adalah individu yang rentan dengan berbagai masalah, tidak hanya masalah fisik tapi juga masalah mental, sehingga sangat diperlukan *support sistem* yang adekuat untuk dapat menghadapi penyakit tersebut. Menurut Friedman (2010) salah satu *support sytem* yang dapat diberdayakan adalah keluarga, karena keluarga adalah bagian yang tidak terpisahkan dari individu. Keluarga merupakan bagian dari manusia yang setiap hari selalu berhubungan dengan individu. Keluarga merupakan bagian penting manakala seseorang mengalami berbagai macam persoalan, salah satunya adalah gangguan kesehatan yang dapat berupa penyakit.

Keluarga sebagai *support system* tentu harus selalu berada dalam kondisi yang stabil, dinamis dan kondusif, yang berarti mampu bertahan dalam situasi apapun dengan menggunakan sumber kekuatan yang ada dalam keluarga. Hanya dengan lingkungan yang kondusif seperti itulah keluarga benar - benar akan menjadi tumpuan utama individu di dalam menyelesaikan segala persoalannya. Keluarga yang stabil dan kondusif tersebut akan tercapai bila keluarga dapat mengatasi masalah yang muncul akibat penyakit tersebut. Kondisi keluarga yang stabil akan membuat keluarga mampu melaksanakan fungsinya dengan baik. Sebagai suatu *support system* maka keluarga harus mampu mengupayakan jalan keluar bagi anggota keluarganya yang mengalami penyakit TBC. Sebagai contoh mampu memberikan motivasi, mengupayakan pengobatan pada anggota keluarganya yang sakit, dan menjadi orang yang selalu mendukung kesembuhan anggota keluarga.

Suatu keluarga tidak akan mampu berfungsi adekuat, bila fungsi tersebut terhambat manakala keluarga sendiri berada pada situasi yang rumit. Situasi

yang rumit tersebut diantaranya yakni anggota keluarga yang sakit merupakan tulang punggung pencari nafkah dalam keluarga, keluarga dengan TBC paru merasa ketakutan dengan adanya anggota keluarga yang dimungkinkan dapat menular ke semua anggota keluarga dalam satu rumah, keluarga tidak tahu bagaimana mengatasi penyakit TBCnya, dan masih banyak lagi persoalan yang tidak butuh penyelesaian dalam waktu singkat.

Menurut WHO (1998) penyakit TBC merupakan penyakit yang tidak mudah menanggulangnya, perlu adanya kerjasama dari penderita sendiri maupun orang-orang disekitar penderita. Dampak yang ditimbulkan terhadap individu tentu berpengaruh langsung kepada anggota keluarga yang lain. Depkes (2002) menyebutkan berbagai macam dampak yang dapat ditimbulkan pada individu, dan sekaligus juga dirasakan oleh keluarga yaitu merasa dijauhi dari lingkungan, merasa ketakutan penyakit dalam keluarga tidak dapat disembuhkan, khawatir terhadap beban ekonomi, dan masih banyak hal yang kesemuanya menjadi beban psikologis bagi keluarga penderita TBC. Berdasarkan rangkaian permasalahan tersebut, maka dapat dikatakan bahwa setiap individu yang mengalami TBC pasti akan membawa dampak psikososial pada anggota keluarga. Salah satu dampak psikososial yang banyak dialami keluarga dengan penderita TBC terutama adalah ansietas.

Penelitian di beberapa negara didapatkan ada komorbiditi penyakit tuberkulosis meliputi depresi, gangguan penyesuaian, ansietas dan phobia. Menurut Issacs (2002) ciri-ciri ansietas adalah keprihatian, kesulitan, ketidakpastian atau ketakutan yang terjadi akibat ancaman yang nyata atau dirasakan. Ansietas adalah respon subyektif terhadap stress. Penyakit TBC merupakan salah satu dari sumber stress tersebut. Ansietas yang tumbuh semakin kuat dapat mempengaruhi kemampuan fungsional individu. Oleh karena itu bila keluarga penderita mengalami ansietas, maka akan sulitlah keluarga membantu menyelesaikan persoalan penderita TBC.

Menurut Videbeck (2008), respon yang muncul pada saat ansietas muncul pada aspek fisiologis berupa perubahan tanda-tanda vital dan perubahan gejala fisik yang dialami individu. Sedangkan pada aspek psikis maupun kognitif, dapat menyebabkan seseorang menjadi tidak konsentrasi, gugup, sering bloking, tidak mudah mengambil keputusan dan lain-lain. Untuk itu penting bagi kita membantu keluarga keluar dari kondisi ansietas tersebut, juga meningkatkan kemampuan yang dirasakan oleh keluarga dan sekaligus meningkatkan pengetahuan keluarga tentang merawat penyakit TBC agar keluarga benar-benar dapat menjadi pendukung utama bagi anggota keluarganya yang mengalami TBC.

Peningkatan pengetahuan keluarga dan penanganan ansietas keluarga dilakukan agar keluarga mempunyai daya ungkit dalam memberikan dukungan kepada anggota keluarganya yang menderita TBC, karena tanpa pengetahuan yang memadai dapat menghambat proses pengobatan yang benar dan tingkat kesembuhan penderita TBC, demikian pula bila ansietas keluarga tidak ditangani maka akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang sedang mengalami TBC. Maka diperlukan pendekatan yang dapat menyelesaikan kompleksitas persoalan dalam keluarga tersebut melalui suatu intervensi dalam upaya membantu meringankan beban keluarga tersebut dalam menghadapi penyakit TBC. Salah satu tujuan dilakukan intervensi terhadap keluarga adalah untuk mengatasi ansietas tersebut.

Ansietas yang dialami oleh anggota keluarga yang mengalami penyakit tuberculosis mulai muncul pada saat salah satu anggota keluarga didiagnosa menderita tuberculosis. Banyak hal yang dapat menyebabkan ansietas keluarga. Salah satunya adalah pemahaman bahwa penyakit tuberculosis merupakan penyakit menular sehingga keluarga khawatir seluruh anggota keluarga yang ada di dalam satu rumah akan tertular, selain itu adalah bahwa pengobatan tuberculosis membutuhkan waktu yang relatif panjang. Selain itu menurut hasil Riskesdas (2007) keluarga banyak yang menyatakan tidak mengetahui harus mencari pengobatan kemana dan sebagainya. Hal inilah

yang mengakibatkan keluarga menjadi stress dengan kenyataan tersebut, sikap ragu- ragu apakah pengobatan dapat berjalan dengan baik, dan juga kekhawatiran akan penyakit tuberkulosis dapat menjadi salah satu penyebab kematian bagi anggota keluarganya.

Seperti diungkapkan oleh organisasi kesehatan dunia (WHO) bahwa pembunuh ketiga di dunia adalah tuberkulosis. Melihat kondisi tersebut siapapun harus waspada dan sungguh-sungguh dalam menjalankan program pengobatan, bila tidak ingin mengalami kondisi kematian. Bagi individu yang mengalami TBC tentulah akan merasakan betapa penyakit ini akan membutuhkan keseriusan dalam menanggulangnya. Individu harus menyadari bahwa untuk tercapainya tujuan tersebut tentulah tidak sendirian, tapi dengan mengandalkan keluarga sebagai orang yang paling dekat dengan mereka (Depkes, 2002).

Bagi pasien tuberkulosis keluarga merupakan bagian yang paling utama dapat mendukung kesembuhan klien. Strategi penanggulangan DOTS pada TBC, maka seseorang yang didiagnosa TBC dalam proses kesembuhannya membutuhkan orang yang dapat berfungsi sebagai pendukungnya. Apabila tidak ada petugas kesehatan atau kader maka yang paling mungkin adalah anggota keluarga penderita itu sendiri (Depkes, 2002). Kondisi penyakit TBC yang merupakan penyakit kronis bagi keluarga sudah merupakan masalah yang tidak mudah, ditambah lagi dengan berbagai persoalan dan konsekuensi akibat TBC yang tentu juga dirasakan oleh seluruh anggota keluarga dapat menimbulkan perasaan khawatir, ketakutan, was was dan banyak perasaan yang tidak menentu.

Berdasarkan uraian tersebut jelaslah bahwa TBC merupakan penyakit yang dapat menimbulkan berbagai masalah psikososial, tidak hanya kepada yang menderita tetapi juga berdampak pada keluarga yang merupakan orang terdekat bagi klien. Individu dalam keluarga yang mengalami TBC tentu membutuhkan perhatian yang sedemikian rupa, meskipun telah ada program

pemerintah yang membebaskan pembiayaan dalam pengobatan TBC, namun karena proses yang harus dilalui agar tercapai kesembuhan tersebut cukup panjang dan tidak boleh putus maka ini tentu membuat stress tersendiri bagi keluarga, apalagi dengan pemahaman keluarga yang kurang juga yang menganggap bahwa TBC tidak dapat disembuhkan semakin membawa perasaan dan kekhawatiran yang berlebihan. Kondisi ini harus mendapatkan penyelesaian dari semua pihak.

Program penanggulangan TBC telah banyak dilakukan oleh banyak pihak dari tingkat pusat sampai dengan di unit pelayanan kesehatan. Program penanggulangan TBC, berupa penyuluhan langsung sangat penting dilakukan untuk menentukan keberhasilan pengobatan penderita. Penyuluhan tidak hanya terhadap masyarakat umum tetapi juga langsung ditujukan kepada *suspek*, individu penderita sendiri dan keluarga. Hal ini untuk mengubah persepsi tentang TBC bahwa TBC adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan memalukan, menjadi suatu penyakit yang berbahaya tapi dapat disembuhkan. Penyuluhan langsung dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, kader dan pengawas menelan obat (PMO) (Depkes, 2002). Salah satu tenaga kesehatan yang dapat mengambil bagian dalam hal ini adalah perawat jiwa, karena seorang perawat jiwa tidak hanya dapat melakukan penyuluhan pada aspek fisik saja, tetapi juga menyentuh aspek mentalnya. Berarti dengan penyuluhan terhadap penyakitnya maka perawat jiwa juga akan memberikan terapi dari kejiwaannya.

Sebagai bagian dari tenaga kesehatan, perawat jiwa yang salah satu perannya adalah sebagai pendidik juga berhak ikut dan wajib aktif melakukan upaya mempertahankan kesehatan, tidak hanya fisik saja tetapi juga sehat mental. Menurut Efendi (2007) upaya pendekatan melalui salah satu unit pelayanan kesehatan yang paling dekat dengan keluarga yaitu Puskesmas. Pendekatan Puskesmas dapat dimulai dari dinas kesehatan yang merupakan perpanjangan tangan kementrian kesehatan yang telah membentuk program penanggulangan

TBC, dengan pencapaian target tertentu dapat dijadikan indikator angka keberhasilan dalam penanggulangan program TBC.

Berdasarkan data yang didapatkan dari dinas kesehatan propinsi Lampung (2010) dari 70% target populasi kasus TBC telah terdeteksi 42%, dengan perhitungan bahwa Sumatera memiliki rerata 160/100.000 penduduk, yang berarti setiap 100.000 penduduk terdapat 160 penderita. Propinsi Lampung adalah propinsi yang berada di wilayah Sumatera. Kota Bandar Lampung yang merupakan target penanggulangan TBC, selama tahun 2010 dari sasaran *suspek* sebanyak 13533 jiwa penduduk ditemukan 1353 BTA positif. Saat ini yang masih dalam pengobatan aktif berjumlah 250 orang (Laporan tahunan, Dinkes, 2010). Hal ini perlu penanganan dan perhatian yang serius dengan berbagai pendekatan, baik kepada individu penderita itu sendiri maupun kepada keluarga sebagai orang yang terdekat dengan penderita.

Sejauh ini belum ada perhatian khusus terhadap masalah kesehatan jiwa, sementara itu tanpa kita sadari bahwa ibarat gunung es yang hanya kelihatan ujungnya saja namun begitu dalam tak terdeteksi kedalamnya, ini berarti bahwa kesehatan jiwa di masyarakat menjadi penting untuk diperhatikan juga, mengingat bahwa belum banyak program pemerintah misalnya khusus pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas, sehingga aspek mental tersebut dapat tersentuh. Sebagai perawat jiwa kita perlu ikut menangani masalah tersebut agar jumlah resiko yang dapat mengalami masalah kesehatan jiwa tidak semakin bertambah. Oleh karena itu pelayanan kesehatan jiwa dapat dimulai di masyarakat dalam bentuk pelayanan mandiri oleh pasien dan keluarganya (Keliat, 2006).

Masalah kesehatan jiwa dan psikososial dapat dialami oleh seluruh penduduk dunia dimanapun berada pada suatu masa dari hidupnya, yaitu sebesar 25 % dari seluruh penduduk (WHO, 2001). Ini menunjukkan betapa pentingnya masalah psikososial untuk diperhatikan dan dicarikan penyelesaian masalahnya. Apalagi bila kemudian efeknya menyangkut keluarga.

Berdasarkan wawancara dengan salah satu petugas kesehatan yang memegang program penyakit TBC, pendekatan pada keluarga belum banyak dilakukan. Sementara hasil wawancara dengan beberapa anggota keluarga yang mengalami TBC paru, rata-rata keluarga mengatakan perasaannya cemas saat salah satu anggota keluarganya didiagnosa TBC paru. Sejumlah 4 dari 5 keluarga yang dilakukan wawancara mengatakan takut dan khawatir bila keluarganya tidak bisa sembuh, dan keluarga tidak mengetahui apa yang harus dilakukan bila perasaan takut dan khawatir itu muncul.

Banyak permasalahan psikososial yang akhirnya bermuara pada gangguan kesehatan jiwa bila tidak mendapatkan penanganan sebagaimana mestinya. Untuk itu perlu adanya kepedulian dari berbagai pihak yang terkait dengan masalah tersebut termasuk pihak pengambil kebijakan dalam penyelesaian masalah tersebut. Hal ini yang mempunyai tanggung jawab dalam penyelesaian masalah masalah tersebut adalah departemen kesehatan yang kemudian menjadikan institusi- institusi pelayanan kesehatan diberbagai tingkat sebagai salah satu wadah dalam menyelesaikan permasalahan tersebut. Sarana pelayanan kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat dan dapat menjangkau ke berbagai pelosok daerah terpencil adalah puskesmas (Efendi, 2007).

Menurut Efendi (2007), Puskesmas sebagai pintu masuk pertama bila ada masalah di tatanan komunitas, salah satunya adalah dengan masalah penyakit tuberkulosis. Puskesmas yang merupakan perpanjangan tangan dari departemen kesehatan yang telah mencanangkan program penanggulangan TBC perlu membuat terobosan yang berarti terkait dengan program tersebut. Salah satu program yang dapat dilakukan puskesmas tidak hanya difokuskan pada klien yang menderita saja, tetapi juga terhadap keluarga penderita. Sampai saat ini belum banyak puskesmas yang betul betul memasukan program kesehatan jiwa sebagai program yang wajib dilaksanakan. Hal ini dapat dimaklumi bila dilihat perhatian pemerintah sendiri terhadap kasus kesehatan jiwa, relatif masih sangat minim, pendekatan dari aspek psikososial

keluarga tidak banyak dilakukan, padahal seharusnya keluarga menjadi pintu gerbang pertama untuk melakukan pendekatan terhadap pasien di masyarakat.

Oleh sebab itu dirasa penting untuk menggali dampak tuberkulosis pada keluarga terhadap masalah masalah psikososial diantaranya ansietas juga diperlukan untuk melihat keefektifitasan terapi keluarga yang dapat dilakukan, salah satunya yaitu terapi psikoedukasi keluarga dalam menyelesaikan masalah tersebut. Selain menangani masalah psikososialnya perlu juga dilakukan pendekatan yang memungkinkan untuk menggali pengetahuan keluarga tentang TBC, keterkaitan antara pengetahuan tentang TBC dengan ansietas dimungkinkan karena dengan adanya pengetahuan yang tidak memadai terhadap penanganan kondisi TBC tidak menutup kemungkinan tingkat ansietas keluarga dalam menghadapi persoalan TBC menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang memiliki cukup pengetahuan tentang perawatan TBC. Maka salah satu terapi yang dapat dilakukan untuk mengurangi tingkat ansietas yang sekaligus juga dapat meningkatkan pengetahuan keluarga adalah Psikoedukasi keluarga. Seperti diungkapkan oleh Steins dan Hollander (2008) bahwa salah satu penatalaksanaan ansietas adalah psikoedukasi. Perawat jiwa adalah salah satu profesi yang ikut bertanggung jawab terhadap penanganan masalah psikososial, agar kedepan hal ini tidak menjadi cikal bakal gangguan kesehatan jiwa, hingga sampai seseorang masuk dan dirawat dengan masalah kejiwaan. Penanganan secara dini inilah yang dapat dilakukan untuk mengantisipasi gangguan kesehatan jiwa. Penanganan secara dini di tingkat komunitas bisa diberikan kepada keluarga. Salah satu dari terapi keluarga yang dapat dilakukan yaitu terapi psikoedukasi.

Psikoedukasi adalah salah satu bentuk terapi keperawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Terapi ini menjadi terapi yang sangat tepat dilakukan pada anggota keluarga dengan TBC paru, yang memiliki masalah ansietas. Tujuan umum psikoedukasi keluarga. adalah menurunkan intensitas emosi seperti

ansietas dalam keluarga sampai pada tingkatan yang rendah dengan sebelumnya dilakukan manajemen terhadap pengetahuan tentang perawatan TBC sehingga dapat meningkatkan pencapaian tujuan melalui sumber kekuatan dalam keluarga itu sendiri. Terapi ini dirancang terutama untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit mengajarkan tehnik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala gejala penyimpangan perilaku, serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri (Stuart & Sundeen, 2005).

Menurut Stuart dan Laraia (2005) psikoedukasi keluarga merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan oleh perawat di area komunitas dalam melakukan penyelesaian masalah-masalah psikologis yang terkait dengan masalah fisik yang terjadi pada anggota keluarga, dengan melakukan psikoedukasi maka seorang perawat akan dapat langsung memberikan pelayanan yang efektif dan efisien untuk menyelesaikan masalah di setiap keluarga.

Penelitian yang telah dilakukan oleh Nurbani (2009) tentang terapi psikoedukasi keluarga dalam mengurangi ansietas keluarga di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo menyebutkan bahwa hasil penelitian menunjukkan bahwa secara fisiologis ansietas pada keluarga menurun, dengan ditunjukkan angka sebelum dilakukan psikoedukasi rata rata 6,47 dan setelah dilakukan psikoedukasi berada pada rentang 5,25-7,5.yang berarti ada pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap ansietas keluarga yang merawat pasien stroke. Berdasarkan hasil penelitian tersebut terbukti bahwa terapi psikoedukasi keluarga sangat dibutuhkan pada saat menangani masalah psikososial keluarga akibat penyakit fisik anggota keluarganya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Chien dan Wong (2007), untuk melihat pengaruh psikoedukasi keluarga di Cina dilakukan terhadap keluarga dengan penderita skizofrenia, menyimpulkan bahwa berbagai analisis yang bervariasi membuahkan hasil bahwa partisipasi dari keluarga yang dilakukan psikoedukasi bisa menghasilkan perkembangan yang luar biasa dalam

keluarga. Perkembangannya yaitu meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat keluarga yang sakit, sehingga jumlah pasien yang tidak kembali dirawat di rumah sakit selama periode 12 bulan tersebut meningkat. Ini membuktikan efektifitas dari psikoedukasi keluarga dalam perkembangan kesehatan psikososial dan kinerja keluarga cina yang menderita skizofrenia dan keluarganya.

Penelitian yang juga dilakukan oleh Gonzales, dkk (2010) ingin melihat pengaruh psikoedukasi keluarga dalam mengatasi ekspresi emosi dan beban dalam merawat pasien pada episode pertama *psychosis* ternyata menyimpulkan bahwa psikoedukasi keluarga efektif untuk pencegahan ekspresi emosi dan beban dalam merawat keluarga. Penelitian ini menunjukkan bahwa psikoedukasi keluarga merupakan salah satu terapi yang dapat memberikan dampak positif terhadap keberhasilan penanganan masalah masalah yang menyangkut psikologis terutama yang dialami keluarga.

Melihat fenomena tersebut diatas, akhirnya penulis merasa penting untuk melakukan penelitian tentang masalah psikososial keluarga klien penderita tuberkulosis dengan melihat pengaruh terapi psikoedukasi terhadap pengetahuan dan penurunan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan tuberkulosis paru di kota Bandar Lampung, karena sampai saat ini belum pernah ada yang melakukan penelitian terhadap pengaruh psikoedukasi terhadap pengetahuan dan tingkat kecemasan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru.

Penelitian ini menjadi penting bila kita melihat dampak yang diakibatkan dari ansietas itu sendiri bila tidak dilakukan intervensi. Keluarga yang merupakan bagian penting dari anggota keluarga yang sakit tentu tidak dapat menjadi sistem pendukung yang adekuat bila saat menghadapi masalah tidak mendapatkan solusi yang terbaik, dan akhirnya akan berdampak kepada program penanggulangan tuberkulosis itu sendiri.

## 1.2 Rumusan Masalah

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang bersifat kronis serta membutuhkan pengobatan jangka panjang, menjadi penyebab kematian ke 3 di dunia. Hal ini menjadi salah satu faktor pencetus stress bagi anggota keluarga yang menderita penyakit tersebut. Salah satu dari respon yang diakibatkan stress adalah ansietas. Ansietas yang dialami oleh keluarga perlu mendapatkan intervensi, agar keluarga sebagai salah satu *support system* mampu berfungsi dengan baik.

Berdasarkan sumber dan penelitian-penelitian yang telah dilakukan tentang pengaruh psikoedukasi keluarga pada penyakit fisik dan gangguan mental, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC Paru. Sejauh ini belum diketahui sejauh mana pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru. Berdasarkan rumusan permasalahan diatas maka pertanyaan yang dapat diajukan adalah : Apakah terapi psikoedukasi keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan keluarga dan ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguraikan pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit TBC paru di Kota Bandar Lampung tahun 2011.

### 1.3.2 Tujuan khusus :

1.3.2.1 Teridentifikasinya karakteristik (usia, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan) keluarga yang

merawat anggota keluarga dengan TBC paru di Kota Bandar Lampung tahun 2011

- 1.3.2.2 Teridentifikasi pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung sebelum diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi
- 1.3.2.3 Teridentifikasinya pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung sesudah diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi
- 1.3.2.4 Teridentifikasinya pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung pada kelompok kontrol sebelum diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi
- 1.3.2.5 Teridentifikasinya pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Kota bandar lampung pada kelompok kontrol sebelum diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi
- 1.3.2.6 Teridentifikasinya perbedaan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung sebelum dan sesudah diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi
- 1.3.2.7 Teridentifikasinya perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung sebelum dan sesudah diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi
- 1.3.2.8 Teridentifikasinya perbedaan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Kota Bandar lampung pada kelompok kontrol dan kelompok

intervensi sesudah terapi psikoedukasi diberikan pada kelompok intervensi.

1.3.2.9 Teridentifikasinya perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sesudah terapi psikoedukasi diberikan pada kelompok intervensi.

1.3.2.10. Teridentifikasinya hubungan karakteristik dengan pengetahuan dan ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Bandar Lampung

#### 1.4 Manfaat Penelitian

##### 1.4.1 Manfaat Aplikatif

1.4.1.1 Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk pedoman dalam memberikan pelayanan kesehatan mental di tatanan komunitas dalam menghadapi ansietas keluarga pada keluarga yang mengalami TBC paru

1.4.1.2 Hasil pelaksanaan terapi diharapkan dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan seperti melakukan perawatan dengan benar, mengatasi kecemasan bila muncul kepada anggota keluarga yang mengalami TBC paru

##### 1.4.2 Manfaat keilmuan

1.4.2.1 Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar dalam bidang keperawatan baik dilahan maupun di pendidikan terutama terkait pengetahuan keluarga dalam merawat TBC dan penurunan tingkat ansietas keluarga menghadapi dalam bidang keperawatan baik dilahan maupun di pendidikan.

1.4.2.2 Dapat dijadikan acuan pengembangan asuhan keperawatan khususnya yang berkaitan dengan keluarga yang menghadapi kurang pengetahuan dan masalah ansietas akibat TBC paru.

### 1.4.3 Manfaat Metodologi

- 1.4.3.1 Dapat dijadikan sebagai dasar peneliti lain terkait dengan masalah TBC yang ingin melakukan penelitian tentang terapi psikoedukasi keluarga dalam mengatasi ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit fisik.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ini membahas tentang tinjauan pustaka yang berkaitan dengan tema yang diangkat dalam penelitian ini. Yakni meliputi konsep penyakit TBC dan dampaknya terhadap individu, keluarga, konsep tentang keluarga, konsep tentang kecemasan, konsep tentang pengetahuan, dan konsep psikoedukasi serta pedoman pelaksanaan psikoedukasi keluarga.

#### 2.1 Konsep Penyakit Tuberkulosis

##### 2.1.1 Pengertian

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*, yang merupakan kuman tahan asam. Tuberkulosis paru adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh kuman TBC yang menyerang parenkim paru (Brunner & Suddarth, 2001).

##### 2.1.2 Tanda dan gejala

Gejala utama penyakit tuberkulosis adalah batuk terus menerus dan berdahak selama 3 (tiga) minggu atau lebih yang disertai dengan gejala tambahan meliputi; dahak bercampur darah, batuk darah, sesak napas dan nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan (Depkes RI, 2002).

##### 2.1.3 Cara penularan dan faktor resiko

Sumber penularan adalah penderita tuberkulosis BTA (basil tahan asam) positif. Penularan dapat terjadi pada waktu batuk atau bersin, penderita menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). *Droplet*

yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar dalam beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau droplet tersebut terhirup kedalam saluran pernapasan dan dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfe, saluran nafas, atau penyebaran langsung kebagian-bagian tubuh yang lain. Daya penularan dari seorang penderita ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Kemungkinan seseorang terinfeksi TBC ditentukan oleh konsentrasi droplet dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Depkes, 2002).

Faktor resiko adalah orang yang kontak dekat dengan penderita BTA positif, individu immunosupresif, pengguna obat-obatan IV dan alkoholik, individu yang perawatan kesehatannya kurang, individu yang tinggal diperumahan substandar kumuh (Depkes, 2002).

#### 2.1.4 Komplikasi penderita Tuberkulosis Paru

Menurut WHO (1998) Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita stadium lanjut yaitu :

- 2.1.4.1 Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.
- 2.1.4.2 Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial
- 2.1.4.3 *Bronkiektasis* (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
- 2.1.4.4 *Pneumothoraks* (adanya udara di dalam rongga pleura) spontan kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
- 2.1.4.5 Penyebaran infeksi ke organ lain, seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.
- 2.1.4.6 Insufisiensi kardiopulmoner  
Penderita TBC paru dengan kerusakan jaringan luas yang telah sembuh (BTA negatif) masih bisa mengalami batuk darah. Kasus tersebut cukup diberikan pengobatan simptomatis.

## 2.1.5 Klasifikasi Penyakit

2.1.5.1 Tuberkulosis paru adalah tuberkulosa yang menyerang jaringan paru tidak termasuk pleura. Terbagi menjadi Tuberkulosis paru BTA positif dan tuberkulosis paru BTA negatif, bila hasil BTAny positif dan foto rontgen gambaran tuberkulosa aktif, sedangkan tuberculosis paru BTA negatif bila Hasil BTA negatif, pemeriksaan rontgent gambaran Tuberkulosis aktif.

2.1.5.2 Tuberkulosis ekstra Paru terbagi menjadi Tuberkulosis ekstra paru ringan dan TBC ekstra paru berat.

## 2.1.6 Penatalaksanaan TBC

WHO (1998) merekomendasikan panduan OAT standar yaitu dengan pembagian 3 katagori yaitu :

### 2.1.6. 1 Katagori 1

Tahap intensif terdiri dari Isoniasid, rifampisin, pirazinamid dan etambutol. Obat diberikan selama 2 bulan. Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari isoniazid, rifampisin diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan. Obat diberikan pada penderita batu TBC Paru BTA positif, Penderita TBC paru BTA negatife rontgent positif, penderita TBC ekstra paru berat.

### 2.1.6.2 Katagori 2

Tahap intensif diberikan selama 3 bulan, yang terdiri dari 2 bulan dengan isoniazid rifampisin, pirazinamid etambutol dan suntikan streptomycin setiap hari dilanjutkan dengan 1 bulan isoniazid rifampisin pirazinamid dan etambutol setiap hari. Setelah itu diteruskan tahapan lanjutan selama 5 bulan dengan isoniazid rifampisin dan etambutol yang diberikan tiga kali dalam seminggu. Obat ini diberikan kepada penderita kambuh, gagal, penderita dengan pengobatan setelah lalai.

### 2.1.6.3 Katagori 3

Tahap intensif terdiri dari Isoniasid, rifampisin dan pirazinamid setiap hari selama 2 bulan diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari 4 bulan diberikan 3 kali seminggu, terdiri dari isoniazid dan rifampisin. Obat ini diberikan pada penderita BTA negative rotngent positif , sakit ringan, penderita ekstra paru ringan yaitu TBC kelenjar limfe, TBC kulit, TBC tulang.

### .2.1.7 Dampak pada individu

Penyakit tuberkulosis merupakan penyakit menular yang bersifat kronis, dengan tingkat kekambuhan yang tinggi. Dampak yang dialami penderita TBC tidak hanya pada fisiknya saja, tetapi juga dampak sosial dan mental. Individu yang mengalami penyakit ini akan merasakan berbagai keluhan fisik, diantaranya sesak nafas, badan terasa lemah dan sebagainya. Seseorang yang mengalami TBC tidak hanya fisiknya yang terganggu, tetapi secara mental, TBC juga membuat beban psikologis tersendiri karena adanya stigma bahwa TBC adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan (Depkes, 2002). Beban yang dirasakan klien dapat diakibatkan oleh berbagai faktor, seperti yang diakibat dari kurangnya pemahaman terhadap kondisi penyakitnya membuat penderita merasa dirinya telah membuat anggota keluarganya selalu merasakan berbagai keluhan. Bila dilihat dari kondisi fisik seorang penderita akan merasakan kondisi badan dalam keadaan yang tidak nyaman dengan berbagai keluhan, sedangkan dari mental seorang penderita cenderung merasa malu, sedih, bahkan sampai putus asa.

### 2.1.8 Dampak TBC paru pada anggota keluarga.

Keluarga adalah bagian yang tidak terpisahkan dari individu. Oleh karena itu bila seseorang penderita TBC ada dalam satu rumah tentu hal ini menyebabkan anggota keluarga mengalami perubahan kestabilan. Hal ini disebabkan karena anggota keluarga yang lain merasa khawatir akan tertular

juga, selain itu juga keluarga akan mengalami perubahan dalam hal ekonomi, karena biasanya Tuberkulosis banyak di derita oleh usia usia produktif, seperti ditunjukkan dari data bahwa pada kelompok usia 15-54 sejumlah 5.558 (3,1% ) dari keseluruhan penderita (Risksdas, 2007). Hal ini tentu berakibat kepada kondisi keluarga karena anggota keluarga yang sakit merupakan tulang punggung. Selain masalah ekonomi juga akibat adanya stigma di masyarakat bahwa penyakit TBC adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan melihat pada kenyataannya banyak penderita TBC yang meninggal akibat TBC maka keluarga menjadi khawatir akan kehilangan anggota keluarga akibat Penyakit TBC. Berbagai dampak inilah yang akhirnya menyebabkan keluarga mengalami ansietas.

#### 2,1,9 Peran perawat jiwa dalam penatalaksanaan TBC

Sebagai perawat jiwa sudah sepantasnyalah kita harus ikut memberikan kontribusi yang berarti bagi penderita TBC dan keluarganya. Hal ini dikarenakan dampak yang ditimbulkan akibat penyakit TBC tidak hanya dirasakan oleh penderita sendiri, tetapi yang cukup menjadi perhatian adalah bagaimana anggota keluarga dapat tetap berfungsi optimal meskipun ada anggota keluarga yang menderita TBC. Untuk itu sebagai perawat jiwa kita harus mampu untuk memberdayakan keluarga tersebut dalam menyelesaikan persoalan akibat TBC, baik dari aspek fisiknya tetapi juga pada aspek mentalnya. Agar keluarga mampu berfungsi dengan baik maka keluarga harus mampu menyelesaikan masalah ansietasnya terlebih dahulu, sebelum membantu anggota keluarganya yang menderita TBC paru yang juga mengalami masalah pada psikososialnya.

## 2.2 Konsep Keluarga

### 2.2.1 Definisi keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu

atap dalam keadan saling ketergantungan ( Depkes, 1988). Keluarga juga didefinisikan sebagai dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam peranya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Bailon dan Maglaya(1978, dalam Efendy 2007).

Keluarga dalam pengertian lain adalah sekelompok orang yang dihubungkan dengan emosional, atau oleh darah atau keduanya yang mengembangkan pola interaksi dan hubungan (Carter & Mc Gldrick, 2005 dalam Boyd, 2008). Sementara menurut Burgess dan kawan kawan (1963, dalam Friedman, 2010) keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan dalam ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga, atau jika mereka hidup terpisah mereka menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka, serta saling berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami istri, ayah dan ibu anak laki-laki dan perempuan, saudara dan saudari yang menggunakan kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

Keluarga oleh Murray & Huelskoetter (1995, dalam Friedman, 2010) juga diartikan dua orang atau lebih dimana mereka hidup bersama dan saling berbagi ekonomi yang mempunyai hubungan dengan kelahiran, perkawinan atau adopsi dan mempunyai komitmen untuk setiap anggotanya dalam waktu yang tak terbatas dan tugas utamanya adalah memelihara pertumbuhan psikososial anggotanya dan kesejahteraan selama hidupnya secara umum.

### 2.2.2 Fungsi keluarga

Menurut Friedman (2010) Fungsi keluarga didefinisikan sebagai hasil dari konsekwensi dari struktur keluarga fungsi fungsi dasar keluarga untuk memenuhi kebutuhan - kebutuhan anggota individu keluarga dan masyarakat yang lebih luas. Fungsi keluarga sangat penting dalam menjalankan kehidupan

berkeluarga, jika salah satu fungsi yang tidak berjalan maka akan mempengaruhi fungsi-fungsi yang lain.

Menurut Friedman (2010) ada lima fungsi keluarga yang saling berhubungan erat saat mengkaji dan mengintervensi :

#### 2.2.1.1 Fungsi afektif

Kebahagiaan diukur dengan kekuatan dan cinta kasih keluarga. Keluarga harus memenuhi kebutuhan afeksi atau kasih sayang dari anggotanya karena respon afektif dari seseorang anggota keluarga memberikan penghargaan terhadap kehidupannya. Peran sebagai orang tua fungsi berkaitan dengan persepsi keluarga dan perhatian terhadap kebutuhan kebutuhan sosio emosional para anggota keluarga, meliputi pengurangan tekanan dan penjagaan terhadap moral (Duvall,1977, dalam Friedman, 2010 ). Keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita TBC harus mampu terus memberikan perhatian terhadap masalah-masalah yang dialami anggota keluarganya. Hal ini dimaksudkan untuk memberi penguatan terhadap kebutuhan akan perhatian.

#### 2.2.2.1 Fungsi sosialisasi

Lislie dan Korman (1989, dalam Friedman, 2010) mengungkapkan bahwa sosialisasi anggota keluarga merupakan syarat fungsional bagi keberlangsungan masyarakat. Fungsi ini menyatukan banyak pengalaman belajar yang ada dalam keluarga dengan tujuan untuk mengajarkan anak-anak dapat berfungsi dan menerima peran-peran sosial dewasa seperti suami ayah dan istri ibu. Dengan kata lain fungsi sosialisasi ini membuat anggota keluarga menjadi anggota masyarakat yang produktif dan sebagai penganugerahan status anggota keluarga.

Anggota keluarga yang sedang mengalami masalah fisik akibat TBC tentu tidak dapat menjalankan fungsinya dengan baik, karena mereka menjadi tidak

produktif, bahkan tidak sedikit penderita yang dipecat dari pekerjaannya akibat terlalu sering izin.

#### 2.2.2.2 Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi ini adalah untuk menjamin kontinuitas keluarga antar generasi dan masyarakat yaitu menyediakan tenaga kerja bagi masyarakat (Lislie & Korman, 1989, dalam Friedman, 2010). Pada fungsi ini, anggota keluarga tidak mempunyai hambatan dalam menjalankan fungsinya.

#### 2.2.2.3 Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi meliputi tersedianya sumber sumber dari keluarga secara cukup finansial, ruang gerak dan materi dan pengalokasian sumber sumber tersebut yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan ( Friedman, 2010).

Apabila anggota keluarga ada yang mengalami TBC maka fungsi ekonomi tersebut akan terganggu. Sebagian besar penderita TBC dialami oleh usia produktif yang mana usia tersebut merupakan usia yang diharapkan dapat menjadi tulang punggung keluarga. Hal ini berarti *income* keluarga tersebut akan mengalami perubahan. Semaksimal mungkin bila dalam keluarga mengalami perubahan *income* maka anggota keluarga yang lain akan berusaha untuk mencari *income* lain, agar kebutuhan keluarga tetap dapat terpenuhi.

#### 2.2.2.4 Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua dengan menyediakan pangan, papan, sandang dan perlindungan terhadap bahaya. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi keluarga bagi perawatan keluarga (Friedman, 2010).

Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang sedang sakit harus mampu memberikan perawatan sesuai dengan fungsi keluarga. Diantaranya adalah memberikan pengobatan yang sesuai dengan penyakitnya. Oleh karena itu

agar fungsi ini dapat dijalankan dengan baik, keluarga harus dalam kondisi yang stabil. baik fisik maupun mental. Selain kondisi fisik dan mental yang sehat, juga diperlukan pemahaman yang memadai tentang penyakit dan cara merawat penyakit yang dialami anggota keluarga.

### 2.2.3 Tugas tugas keluarga menurut Duvall (1977 dalam Friedman (2010)

Pada dasarnya tugas keluarga ada 8 tugas pokok yakni sebagai berikut :

#### 2.2.3.1 Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya

Pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami TBC paru mempunyai kewajiban untuk memelihara fisik anggota keluarganya,

#### 2.2.3.2 Pemeliharaan sumber sumber daya yang ada dalam keluarga

Sumber sumber yang ada dalam keluarga maksudnya adalah baik dari sumber ekonomi amaupun sumber daya manusia.

#### 2.2.3.3 Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukanya masing-masing

Setiap anggota keluarga mendapatkan tugas sesuai dengan peran dalam keluarga.

#### 2.2.3.4 Sosialisasi antar anggota keluarga

Setiap anggota keluarga berhak dan wajib menjaga hubungan yang harmonis, sehingga mampu juga untuk bersosialisasi dengan anggota keluarga lain.

#### 2.2.3.5 Pengaturan jumlah anggota keluarga

Jumlah anggota keluarga dalam sebuah keluarga perlu diatur jumlahnya. Dengan pengaturan jumlah yang tepat maka keluarga akan lebih efisien dalam menjalankan fungsinya.

#### 2.2.3.6 Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga

Ketertiban keluarga juga menjadi tugas keluarga

#### 2.2.3.7 Penempatan anggota anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas

Keluarga diharapkan mampu untuk ikut serta dalam kehidupan bermasyarakat yang lebih luas

#### 2.2.3.8 Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga

Motivasi dalam keluarga perlu dibangun oleh sesama anggota keluarga

#### 2.2.4 Pengaruh keluarga terhadap kesehatan

Keadaan keluarga secara keseluruhan memang mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap kesehatan setiap anggota keluarga. Pengaruh tersebut dapat dilihat setidaknya pada lima hal yaitu :

##### 2.2.4.1 Penyakit keturunan

Apabila ditemukan kelaianan tertentu pada faktor genetik keluarga seseorang dapat menderita penyakit genetik tertentu pula

##### 2.2.4.2 Perkembangan bayi dan anak

Bila bayi dan anak dibesarkan dalam lingkungan keluarga dengan fungsi yang tidak sehat, maka perkembangan bayi dan anak tersebut akan terganggu baik fisik maupun perilaku.

##### 2.2.4.3 Penyebaran penyakit

Apabila di lingkungan keluarga tersebut menderita penyakit infeksi maka kemungkinan tertular anggota keluarga yang lain menjadi cukup besar.

##### 2.2.4.4 Pola penyakit dan kematian

Seorang yang hidup membujang atau bercerai cenderung memperlihatkan angka penyakit dan kematian yang lebih tinggi daripada mereka yang berkeluarga.

##### 2.2.4.5 Proses penyembuhan penyakit

Penyembuhan penyakit anak-anak yang menderita penyakit kronis jauh lebih baik pada keluarga dengan fungsi yang sehat daripada keluarga dengan fungsi keluarga yang sakit.

#### 2.2.5 Karakteristik keluarga

Keluarga dipandang sebagai suatu unit perawatan dan partner pada intervensi maupun rehabilitasi (Fontaine, 2003). Oleh karena itu perawat perlu

memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi karakteristik keluarga. Menurut Stuart dan Laraia (2005) beberapa faktor sosiokultural yang dapat berfungsi sebagai faktor resiko atau pendukung dalam sistem keluarga yaitu :

#### 2.2.5.1 Usia

Usia akan mempengaruhi cara individu membuat keputusan, semakin bertambah usia seseorang biasanya semakin menambah keyakinan seseorang untuk mencari pertolongan ke petugas kesehatan. Usia yang matang biasanya dicapai pada usia 25–44 tahun. Setelah usia tersebut maka dapat terjadi penurunan kepercayaan terhadap sesuatu. Hal ini diakibatkan pengalaman hidup dan kematangan jiwa seseorang.

#### 2.2.5.2 Etnis

Istilah etnis berkaitan dengan ras, kebangsaan, suku, bahasa, asal kebudayaan. Etnis turut berkontribusi terhadap perkembangan dan pemulihan gangguan jiwa. Faktor kebudayaan sering menjadi penghambat untuk mencari pertolongan kesehatan. Bangsa Amerika dan kulit hitam lebih tinggi memanfaatkan fasilitas kesehatan dibandingkan bangsa Asia.

#### 2.2.5.3 Jenis kelamin

Umumnya, laki-laki dan perempuan memiliki prevalensi yang sama terhadap gangguan jiwa. Perbedaannya hanya pada jenis gangguannya. Pada laki-laki lebih sering terjadi kekerasan dan gangguan kepribadian anti sosial, sedangkan perempuan pada gangguan afektif dan ansietas.

#### 2.2.5.4 Pendidikan

Beberapa studi menjelaskan pentingnya pendidikan sebagai sumber coping dan pencegahan terhadap gangguan jiwa. Individu dengan pendidikan tinggi lebih sering menggunakan fasilitas kesehatan jiwa daripada pendidikan rendah.

#### 2.2.5.5 Pendapatan

Faktor resiko yang menentukan seseorang menentukan dan mencari pertolongan dan dalam pengambilan keputusan menentukan fasilitas kesehatan.

#### 2.2.5.6 Sistem Keyakinan

Keyakinan seseorang meliputi semua aspek kehidupan meliputi sistem keyakinan, pandangan, agama atau spiritualitas yang dapat memberikan efek positif atau negatife terhadap kesehatan jiwa. Sistem keyakinan yang adaptif dapat meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup, sedangkan sistem keyakinan yang maladaptife dapat berperan terhadap perubahan status kesehatan dan penolakan terhadap intervensi yang dianjurkan, juga dapat membahayakan klien.

### 2.3 Konsep ansietas

#### 2.3.1 Pengertian ansietas

Ansietas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi. Tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus ansietas (Comer (1992, dalam Videbeck, 2002) Menurut Boyd ( 2008 ) ansietas adalah suatu perasaan yang tidak nyaman sebagai ungkapan yang menunjukkan respon, baik akibat stimulus internal maupun eksternal yang ditunjukkan dengan gejala fisik, emosi, kognitif dan perilaku. Sedangkan menurut Stuart dan Laraia (2005) ansietas adalah suatu ungkapan perasaan secara subyektif individu. Ansietas adalah emosi tanpa adanya objek yang spesifik. Penyebabnya sering tidak diketahui.

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa ansietas adalah perasaan yang tidak nyaman yang dialami seseorang akibat sesuatu yang

mengancam. Ansietas yang dirasakan anggota keluarga dengan TBC paru disebabkan karena kekhawatiran akan penyebaran penyakit, ketidaktahuan dan ketidak mampuan merawat penderita dan ketakutan akan kehilangan anggota keluarga bila tidak dapat disembuhkan.

### 2.3.2 Tanda dan gejala ansietas

Ansietas menyebabkan respons kognitif, psikomotor dan fisiologis yang tidak nyaman. Menurut Peplau (1952, dalam Videbeck, 2008 ) tanda dan gejala ansietas tergantung pada tingkatan ansietasnya. Pada masing masing tahap individu memperlihatkan perubahan perilaku, kemampuan kognitif dan respons emosional ketika berupaya menghadapi ansietas.

#### 2.3.2.1 Tingkat ansietas ringan

Respon fisik ditunjukkan dengan ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, rileks atau sedikit gelisah, perhatian penuh. Respon kognitif yang terjadi yaitu lapang persepsi luas, terlihat tenang, percaya diri, perasaan gagal sedikit, waspada dan memperhatikan banyak hal, mempertimbangkan informasi, tingkat pembelajaran optimal. Respon emosional berupa perilaku otomatis, agak kurang sabar, aktivitas menyendiri, terstimulasi, tenang.

#### 2.3.2.2 Tingkat ansietas sedang

Respon fisik: ketegangan otot sedang, tanda tanda vital meningkat, pupil dilatasi, mulai berkeringat, sering mondar mandir, memukulkan tangan, suara bergetar, nada suara tinggi, kewaspadaan dan ketegangan meningkat, sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah, nyeri punggung. Respon kognitif : lapang persepsi menurun, perhatian secara selektif, fokus terhadap stimulus meningkat, rentang perhatian menurun, penyelesaian masalah menurun, pembelajaran terjadi dengan memfokuskan. Respon emosional: tidak nyaman, mudah tersinggung, kepercayaan diri goyah, tidak sabar, gembira.

### 2.3.2.3 Tingkat ansietas berat

Respons fisik ditunjukkan dengan ketegangan otot berat, hiperventilasi, kontak mata buruk, pengeluaran keringat meningkat, bicara cepat, nada suara tinggi, tindakan tanpa tujuan dan serampangan, rahang menegang, menggertakan gigi, kebutuhan ruang gerak meningkat, mondar mandir, berteriak, meremas tangan, dan gemetar. Respon kognitif berupa lapang persepsi terbatas, proses berfikir terpecah pecah, sulit berfikir, penyelesaian masalah buruk, tidak mampu mempertimbangkan informasi, hanya memperhatikan ancaman, preokupasi dengan pikiran sendiri, egosentris. Respons emosional yaitu sangat cemas, agitasi, takut, bingung, merasa tidak adekuat, menarik diri, penyangkalan, ingin bebas.

### 2.3.2.4 Panik

Respons fisik berupa ketegangan otot sangat berat, agitasi motorik kasar, pupil dilatasi, tanda-tanda vital menurun, tidak dapat tidur, wajah menyeringai, mulut terganggu. Respon kognitif berupa persepsi sangat menyempit, pikiran tidak logis, terganggu, kepribadian kacau, tidak dapat menyelesaikan masalah, focus pada pikiran sendiri, tidak rasional, sulit memahami stimulus eksternal, halusinasi waham, ilusi mungkin terjadi. Respons emosional yaitu merasa terbebani, merasa tidak mampu, tidak berdaya, lepas kendali, mengamuk, putus asa, marah sangat takut, mengharapkan hasil yang buruk, kaget takut lelah.

Menurut Stuart dan Sundeen (2005), tingkat ansietas sebagai berikut:

**2.3.2.1. Ansietas ringan** berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

**2.3.3.2 Ansietas sedang** memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

**2.3.3.3 Ansietas Berat** sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.

**2.3.3.4 Tingkat Panik** dari ansietas berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Rincian terpecah dari proporsinya, tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi menyimpang, kehilangan pemikiran rasional.

#### 2.3.4 Penyebab ansietas

Ansietas terjadi ketika seseorang mengalami kesulitan menghadapi situasi, masalah dan tujuan hidup. Beberapa teori yang mendukung terjadinya ansietas yaitu :

##### 2.3.4.1 Teori biologi

Adanya abnormalitas elektroensefalopatik pada lobus temporal yang biasanya berespons terhadap karbamazepin, yang dapat berfungsi sebagai antikonvulsan/anti kejang atau obat-obatan lain dalam kategori ini ( Sullivan & Caplan, 2000 dalam Videbeck, 2008 )

##### 2.3.4.1.1 Teori Genetik

Ansietas dapat memiliki komponen yang diwariskan karena kerabat tingkat pertama individu yang mengalami peningkatan ansietas memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami ansietas. Menurut Horwath dan Weissman (2000, dalam Videbeck, 2008) adanya kemungkinan sindrom

kromosom 13, Kromosom tersebut terlibat dalam hubungan genetik yang mungkin pada panik, sakit kepala hebat, masalah ginjal, kandung kemih atau tiroid.

#### 2.3.4.1.2 Teori Neurokimia

Menurut Sullivan dan Caplan (2000, dalam Videbeck, 2008) norepineprin yang berlebihan dicurigai ada pada gangguan panik, gangguan ansietas umum dan gangguan stress pada trauma. Asam gama-amino butirat ( GABA) merupakan neurotransmitter asam amino yang diyakini tidak berfungsi pada gangguan ansietas.

#### 2.3.4.2 Teori Psikodinamik

##### 2.3.4.2.1 Psikoanalisis

Ansietas dipandang sebagai respon alamiah seseorang sebagai stimulus untuk perilaku ( Freud, 1936 dalam Videbeck 2008). Mekanisme pertahanan sebagai upaya manusia untuk mengendalikan kesadaran terhadap ansietas. Misalnya dengan cara represi. Individu yang mengalami gangguan ansietas diyakini menggunakan secara berlebihan salah satu atau pola tertentu dari beberapa mekanisme pertahanan.

##### 2.3.4.2.2 Teori interpersonal

Menurut Harry Stack Sullivan (1952, dalam Videbeck 2008 ) ansietas timbul dari masalah- masalah dalam hubungan interpersonal. Pada individu dewasa ansietas muncul dari kebutuhan individu tersebut untuk menyesuaikan diri dengan norma dan nilai kelompok budayanya. Semakin besar tingkat ansietas semakin rendah kemampuan untuk mengkomunikasikan dan menyelesaikan masalah dan semakin besar pula kesempatan untuk terjadi gangguan ansietas.

#### 2.3.4.2.3 Teori perilaku

Ahli teori perilaku memandang ansietas sebagai sesuatu yang dipelajari melalui pengalaman individu, sebaliknya perilaku dapat diubah atau dibuang melalui pengalaman baru (Videbeck, 2008). Ahli terapi perilaku percaya individu dapat memodifikasi perilaku maladaptif tanpa memahami penyebab perilaku tersebut.

### 2.4 Konsep pengetahuan

#### 2.4.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yakni indera penglihatan, indera pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia didapat melalui mata dan telinga (Notoatmojo, 2003).

#### 2.4.2 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2003) pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan :

##### 2.4.2.1 Tahu

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

#### 2.4.2.2 Memahami

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

#### 2.4.2.3 Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian, dapat menggunakan prinsip-prinsip siklus pemecahan masalah didalam pemecahan masalah kesehatan dari kasus yang diberikan.

#### 2.4.2.4 Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja , seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

#### 2.4.2.5 Sintesis

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dan sebagainya terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

#### 2.4.2.6 Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

### 2.4.3 Indikator-indikator tingkat pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2003) indikator-indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan atau kesadaran terhadap kesehatan dapat dikelompokkan menjadi :

#### 2.4.3.1. Pengetahuan tentang sakit dan penyakit yang meliputi :

- a. Penyebab penyakit
- b. Gejala atau tanda-tanda penyakit
- c. Bagaimana cara pengobatan, atau kemana mencari pengobatan
- d. Bagaimana cara penularannya
- e. Bagaimana cara pencegahannya

#### 2.4.3.2 Pengetahuan tentang cara pemeliharaan kesehatan dan cara hidup sehat, meliputi :

- a. Jenis-jenis makanan yang bergizi
- b. Manfaat makan yang bergizi bagi kesehatannya
- c. Pentingnya olahraga bagi kesehatan
- d. Penyakit-penyakit atau bahaya-bahaya merokok, minum-minuman keras, narkoba, dan sebagainya
- e. Pentingnya istirahat cukup, relaksasi, rekreasi, dan sebagainya bagi kesehatan.

#### 2.4.3.2. Pengetahuan tentang Kesehatan Lingkungan

- a. Manfaat air bersih
- b. Cara-cara pembuangan limbah yang sehat, termasuk pembuangan kotoran yang sehat dan sampah.
- c. Manfaat pencahayaan dan penerangan rumah yang sehat
- d. Akibat polusi (polusi air, udara, dan tanah) bagi kesehatan, dan sebagainya.

#### **2.4.4 Pengukuran Pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang berisi pertanyaan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau disesuaikan dengan tingkat pengetahuan yang diukur (Notoatmodjo, 2003).

Adapun pertanyaan yang dapat digunakan pengukuran pengetahuan secara umum, yaitu:

##### **2.4.4.1 Pertanyaan Subyektif**

Digunakan untuk penilaian yang melibatkan faktor subyektif dari penilai.

##### **2.4.4.2 Pertanyaan Obyektif**

Digunakan untuk penilaian yang melibatkan faktor obyektif dari penilai.

Contoh: untuk pemakaian alat kontrasepsi yang mengandung hormon diperlukan data tentang tekanan darah pasien.

Dalam proses menerima pengetahuan, seseorang dapat dipengaruhi juga oleh sikap, yaitu reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulasi atau obyek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulasi tertentu. Dalam kehidupan sehari-hari sikap merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulasi sosial.

## 2.4.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2003), pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

### 2.4.5.1 Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang sudah diperoleh dapat memperluas pengetahuan seseorang. Pengalaman adalah hasil persentuhan alam dengan panca indera.

### 2.4.5.2 Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah.

### 2.4.5.3 Keyakinan

Biasanya keyakinan diperoleh secara turun temurun dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu. Keyakinan ini bisa mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik keyakinan itu sifatnya positif maupun negatif

### 2.4.5.4 Fasilitas

Fasilitas-fasilitas sebagai sumber informasi yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, misalnya radio, televisi, majalah, koran, dan buku.

### 2.4.5.5 Penghasilan

Penghasilan tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang. Namun bila berpenghasilan cukup besar maka dia akan

mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas-fasilitas sumber informasi.

#### 2.4.5.6 Sosial Budaya

Kebudayaan setempat dan kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu

## 2.6 Konsep Psikoedukasi keluarga

### 2.6.1 Pengertian

Psikoedukasi keluarga adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatis ( Stuart & Sundeen, 2005 ).

### 2.6.2 Tujuan

Tujuan psikoedukasi keluarga adalah untuk meningkatkan fungsi adaptif keluarga dan meningkatkan ketrampilan mekanisme koping yang positif. Dapat digunakan untuk membantu perawat mengidentifikasi masalah dalam keluarga ( Stuart & Sundeen, 2005 ).

Berdasarkan pengertian di atas maka terapi psikoedukasi dapat digunakan untuk menangani masalah kurang pengetahuan dan menurunkan ansietas pada keluarga dengan anggota keluarga TBC paru. Terapi psikoedukasi diharapkan dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam manajemen pengetahuan dengan sumber-sumber yang ada, serta membantu menguatkan mekanisme koping dalam keluarga tersebut sehingga masalah-masalah psikososial seperti ansietas dapat ditangani dengan bersumber pada kekuatan keluarga itu sendiri.

### 2.6.3 Indikasi

Psikoedukasi dapat dilakukan pada keluarga dengan gangguan seperti, skizofrenia, depresi mayor, dan gangguan bipolar. Psikoedukasi juga dapat dilakukan pada keluarga yang memiliki masalah psikososial dan gangguan jiwa (Stuart & Laraia, 2005). Indikasi psikoedukasi tersebut memungkinkan terapi dilaksanakan pada keluarga dengan kurang pengetahuan memiliki masalah ansietas pada tingkat yang harus dikurangi.

### 2.6.4 Langkah langkah tindakan

Menurut NAMI (1999, dalam Stuart & Sundeen, 2005 ) ada sepuluh sesi dalam program psikoedukasi untuk keluarga dengan gangguan jiwa yaitu :

- 2.6.4.1 Tujuan dan dasar program, meliputi pengenalan anggota keluarga dan tenaga kesehatan, tujuan dan jangkauan program, deskripsi tentang intervensi, kebijakan dan prosedur program, serta pertemuan dan survey tertulis tentang kebutuhan dan permintaan keluarga secara spesifik.
- 2.6.4.2 Pengalaman keluarga , meliputi beban keluarga, sistem dan subsistem keluarga, dan perspektif hidup keluarga
- 2.6.4.3 Penyakit jiwa I meliputi diagnosa, etiologi, prognosis dan intervensi
- 2.6.4.4 Penyakit jiwa II, meliputi gejala, pengobatan, model stress dan hasil riset terbaru
- 2.6.4.5 Manajemen tanda dan gejala, meliputi perilaku bizar perilaku destruktif diri, personal hygiene dan gejala distress.
- 2.6.4.6 Stress *coping* & *adaptation* meliputi model umum, stressor gangguan jiwa, proses adaptasi keluarga dan peningkatan koping yang efektif

2.6.4.7 Peningkatan efektifitas personal & keluarga Effectiveness I meliputi manajemen perilaku, resolusi konflik, ketrampilan komunikasi dan pemecahan masalah.

2.6.4.8 Peningkatan efektifitas klien dan keluarga II meliputi manajemen stress, latihan asertif, pencapaian keseimbangan keluarga dan kebutuhan individu

2.6.4.9 Hubungan antar keluarga, meliputi latar belakang, jenis hubungan keluarga dan tenaga kesehatan, hambatan kolaborasi dan cara mengatasi hambatan

2.6.4.10 *Community resources*, meliputi pergerakan advokasi konsumen, pengkajian sistem, isu-isu legal dan sistem rujukan yang tepat

Berdasarkan modul yang telah dikembangkan oleh Nurbani (2009) dalam penelitiannya tentang keluarga dengan stroke ada 5 tahapan. Dalam psikoedukasi lima tahapan ini sebelumnya juga telah dikembangkan oleh Whardaningsih (2007) dalam penelitiannya yang berjudul pengaruh *Family Psychoeducation* terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi.

Pada penelitian yang dilakukan Nurbani (2009) tahapan tahapan tersebut yaitu :

Sesi 1 pengkajian masalah yang dialami

Sesi 2 perawatan pasien dengan penyakit stroke

Sesi 3 manajemen ansietas yang terdiri dari tanda dan gejala dan cara mengurangi ansietas

Sesi 4 manajemen beban yang terdiri dari tanda tanda beban dan cara mengatasi beban

Sesi 5 hambatan dan pemberdayaan keluarga yang terdiri dari peran anggota keluarga dalam merawat pasien stroke dan hambatan yang akan ditemui.

Berdasarkan tahapan menurut NAMI dan yang telah dikembangkan maka akan disusun pedoman Psikoedukasi keluarga dengan 5 tahapan juga yang lebih

spesifik untuk keluarga yang anggota keluarganya mengalami TBC paru. Pada modul yang dikembangkan peneliti dengan memodifikasi sesi 2 yaitu dengan manajemen pengetahuan.

Sesi 1. Pengkajian masalah yang dialami keluarga sejak anggota keluarga di diagnosa TBC paru dengan BTA positif.

Pada sesi pertama ini keluarga dapat menyepakati kontrak program psikoedukasi keluarga. Perawat memberi penjelasan tentang tujuan psikoedukasi keluarga, dan keluarga menyampaikan pengalamannya dalam melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang menderita TBC paru, sekaligus menyampaikan harapannya dengan mengikuti terapi psikoedukasi keluarga

Sesi 2. Manajemen pengetahuan dalam merawat pasien dengan penyakit TBC paru

Pada sesi kedua ini tidak hanya ditujukan agar keluarga mampu menyebutkan tentang pengertian, penyebab, tanda dan gejala TBC paru, dampak TBC paru, terapi yang dilakukan saja. Tetapi lebih melihat bagaimana kemampuan keluarga dalam melakukan manajemen pengetahuan terkait dengan TBC paru dengan menggunakan sumber dan kekuatan yang ada dalam keluarga, sehingga pada sesi ini ditargetkan bahwa keluarga akan mampu mengidentifikasi kekuatan pengetahuan yang sudah dimiliki sekaligus meningkatkan pengelolaan pengetahuan tersebut menjadi sesuatu yang dimiliki keluarga.

Sesi 3 Manajemen ansietas yang dialami yang dialami keluarga

Pada sesi ketiga ini keluarga mampu mengungkapkan ansietas yang dirasakan selama merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru serta cara mengatasinya.

Sesi 4. Manajemen beban

Pada sesi ke empat ini keluarga dituntut sampai mampu mengungkapkan beban selama merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru.

Sesi 5 Hambatan dan pemberdayaan keluarga

Pada sesi ini keluarga mampu mengungkapkan pengalamannya dalam merawat anggota keluarga setelah diberikan terapi psikoedukasi tahap sesi awal dan memfasilitasi keluarga untuk dapat memberdayakan keluarga dan lingkungan

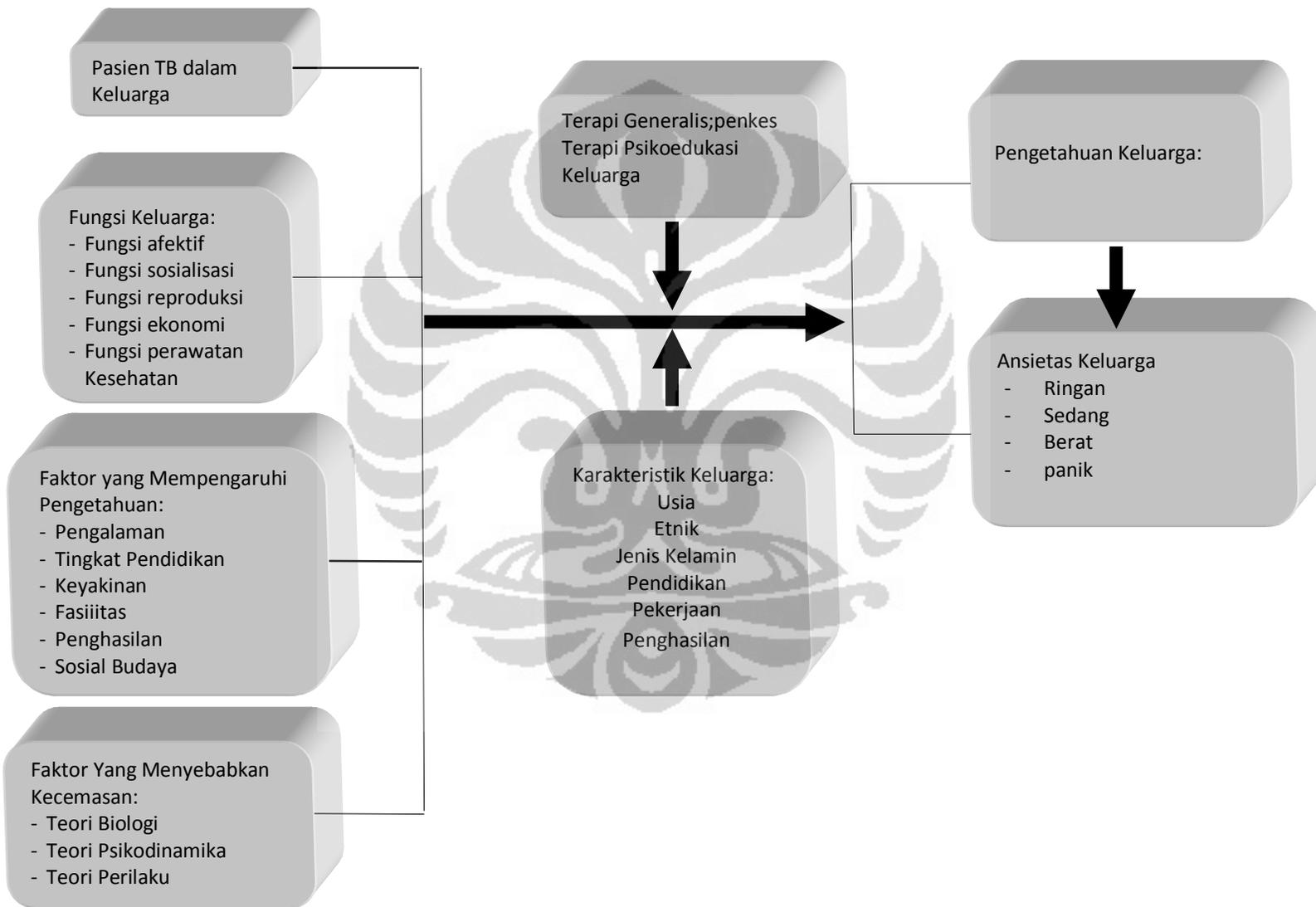
## **2.7 Kerangka Teori**

Kerangka teori ini dibuat sebagai landasan untuk penelitian yang akan dilakukan. Kerangka teori dimulai dengan penjelasan tentang TBC paru yang dialami anggota keluarga dan dampaknya bagi individu yang akhirnya berdampak pada keluarga yaitu ansietas. Faktor yang menyebabkan ansietas yaitu dari teori biologi, teori psikodinamika dan teori perilaku (Videbeck, 2008).

Keluarga sebagai suatu sistem mempunyai berbagai fungsi yaitu : fungsi afektif, sosialisasi, reproduksi, ekonomi dan perawatan kesehatan (Friedman, 2010). Karakteristik keluarga terdiri dari usia, etnik, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan (Suart & Laraia, 2005).

Hal-hal yang mempengaruhi pengetahuan yaitu : Pengalaman, tingkat pendidikan, fasilitas, penghasilan, sosial budaya. Diagnosa pada keluarga terdiri dari kurang pengetahuan dan ansietas. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada keluarga yaitu : pendidikan kesehatan, dan psikoedukasi keluarga

**SKEMA 2.1**  
**Kerangka Teori Penelitian**



## **BAB 3**

### **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Bab 3 ini menguraikan tentang kerangka konsep hipotesis dan definisi operasional.

#### **3.1 Kerangka konsep penelitian**

Kerangka konsep merupakan kerangka teori yang dijadikan sebagai pedoman dalam penelitian. Kerangka konsep terdiri dari variabel dependen, perancu, dan independen. Variabel dependent dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan tingkat ansietas. Variabel perancunya adalah usia, jenis kelamin, etnik, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan . Sedangkan Variabel independen adalah psikoedukasi keluarga.

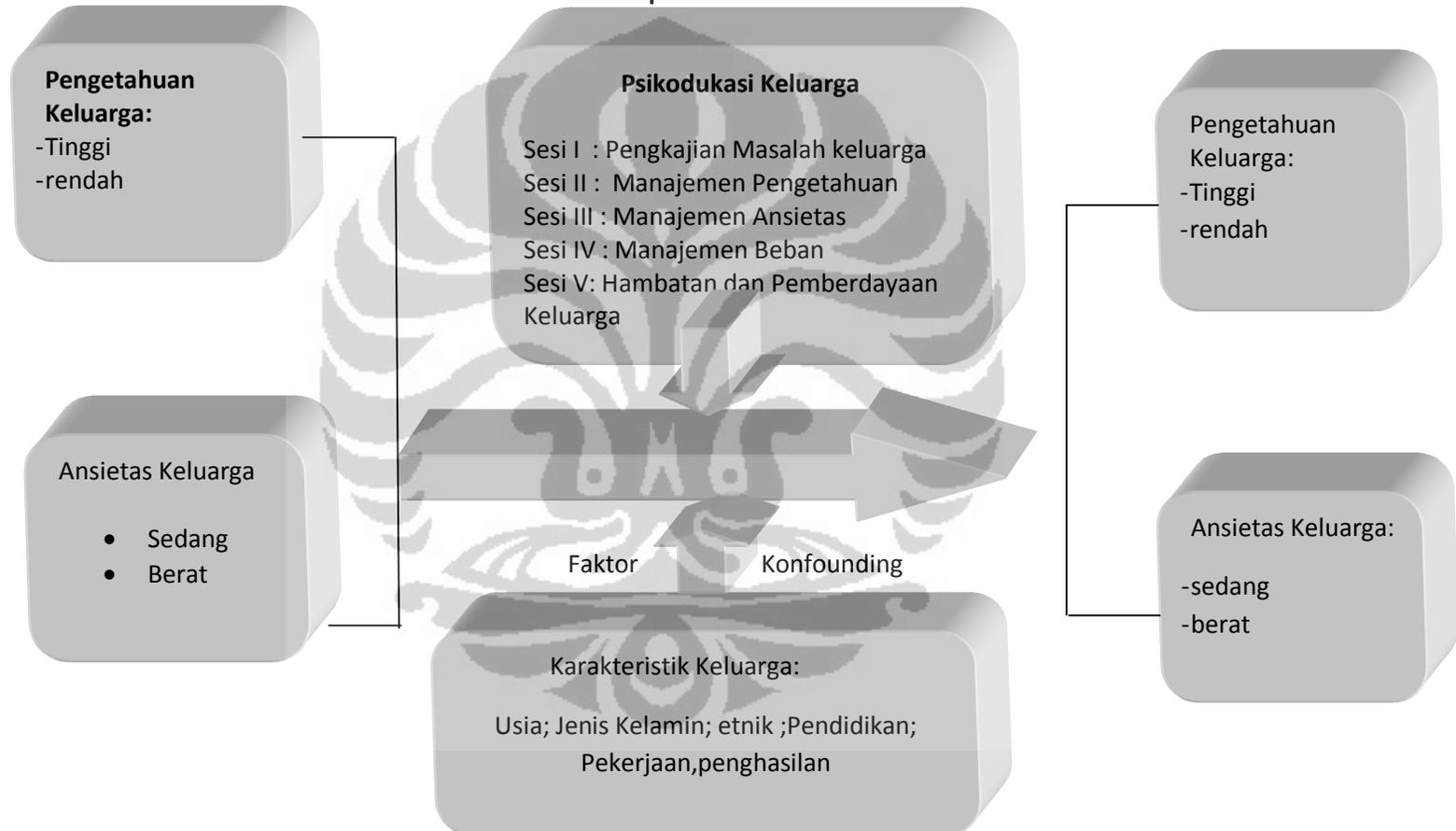
Kerangka konsep yang tergambar pada skema 3.1 dibawah ini diawali dari adanya kurang pengetahuan keluarga dimana kurang pengetahuan itu sendiri oleh Notoatmojo (2003) dinyatakan dapat diukur dari penilaian subyektif dan obyektif. Kurangnya pengetahuan keluarga yang juga memiliki masalah ansietas, yang oleh Videbeck (2008) ansietas dibagi menjadi 4 tingkatan yaitu ringan, sedang, berat dan panik. Maka peneliti menentukan bahwa yang dijadikan penelitian adalah keluarga yang memiliki ansietas pada tingkat sedang dan berat saja. Stuart dan Sundden (2005) intervensi yang dilakukan pada keluarga untuk dapat menangani masalah psikososial adalah dengan terapi Psikoedukasi, maka dilakukanlah terapi psikoedukasi yang dilakukan dengan 5 tahapan secara efisien. Menurut Stuart dan Laraia (2005) pada pelaksanaan intervensi ada beberapa faktor yang dapat menjadi perancu yaitu perbedaan karakteristik dalam keluarga tersebut seperti usia, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan. Gambaran Proses tersebut dapat terlihat dari skema 3.1 dibawah ini :

### SKEMA 3.1

#### Kerangka Konsep Penelitian

#### VARIABEL INDEPENDEN

#### Terapi Generalis



Sumber : Videbeck,2008; Friedman,2003; Stuart & Sundeen, 2005; Stuart & Laraia, 2005; Notoatmojo,2003

### 3.3 Hipotesis

#### 3.3.1 Hipotesis Mayor

Ada pengaruh pemberian terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru

#### 3.3.2 Hipotesis Minor

3.3.2.1 Ada perbedaan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru sebelum dan sesudah diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi

3.3.2.2 Ada perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru sebelum dan sesudah diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi

3.3.2.3 Ada perbedaan pengetahuan keluarga yang mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga dengan yang tidak mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru sesudah diberikan terapi psikoedukasi

3.3.2.4 Ada perbedaan tingkat ansietas keluarga yang mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga dengan yang tidak mendapatkan terapi psikoedukasi dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru sesudah diberikan terapi psikoedukasi

3.3.2.5 Ada hubungan karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, penghasilan,) dengan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru.

3.3.2.6 Ada hubungan antara karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, penghasilan) dengan

ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru.

### 3. 4 Definisi Operasional

Definisi operasional tergambar pada tabel 3.1 dibawah ini.

**Tabel 3.1**  
**Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
<b>1</b>	<b>Variabel Independen</b>				
	Psikoedukasi keluarga	Kegiatan terapi yang dilakukan dengan membantu keluarga yang anggotanya menderita penyakit TBC paru BTA positif dengan memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan keluarga serta melatih keluarga dalam mengatasi ansietas yang dialami dengan 5 sesi yaitu : Sesi 1 : identifikasi masalah Sesi 2 : manajemen pengetahuan Sesi 3 manajemen ansietas Sesi 4 manajemen beban Sesi 5 Pemberdayaan keluarga	Lembar evaluasi tiap sesi	1. Tidak dilakukan terapi psiko edukasi 2. Dilakukan terapi psiko edukasi	Nominal

<b>2 Variabel dependent</b>				
Pengetahuan	Kamampuan responden dalam memahami tentang penyakit dan cara merawat anggota keluarga dengan TBC Paru	Kuesioner B Dengan pilihan 2 : benar 1: salah	1. Rendah bila < mean 2. Tinggi bila $\geq$ mean	Ordinal
Ansietas	Perasaan was was atau khawatir yang tidak menyenangkan Yang dihubungkan dengan kondisi anggota keluarga yang mengalami TBC paru	Kuesioner C Dengan menggunakan <i>Hamiltons Anxiety Rating Scale</i> , yaitu 14 jumlah pertanyaan, dengan skala linkert 4= semua ada dirasakan/ada 3= lebih dari setengah dari semua gejala yang dirasakan/ada 2=setengah dari semua gejala yg dirasakan/ada 1= ada 1 dari semua gejala yang dirasakan/ada	Dinyatakan dengan tingkat ansietas : 1. Sedang= Nilai 21-27 2. Berat= nilai 27-41	Ordinal

**Tabel 3.2**  
**Variabel perancu**

<b>No Data demografi</b>					
<b>Karakteristik keluarga</b>					
<b>1</b>	Usia	Lama hidup responden terhitung sampai dengan saat ini	Kuesioner A Format demografi	Dalam tahun	Rasio
<b>2</b>	Jenis kelamin	Kondisi /cirri khas yang dibawa sejak lahir	Kuesioner A Format demografi	1. laki laki 2. perempuan	Nominal
<b>3</b>	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang dicapai dengan ijazah yg dimiliki	Format demografi Memilih jawaban	1. Dasar ( SD-SMP) 2. Lanjut (SMA)	Nominal
<b>4</b>	Etnik	Suku bangsa keluarga yang menjadi budaya	Kuesioner A Format demografi Mengisi lembar jawaban dengan pilihan	1. Jawa.. 2. Sunda 3. Lampung	Nominal
<b>5</b>	Pekerjaan	Kegiatan klien yang ditujukan untuk mendapatkan uang.	Kuesioner A Mengisi lembar jawaban dgn pilihan	1. Buruh 2. Pegawai swasta 3. Wiraswasta	Nominal
<b>6</b>	Penghasilan	Hasil pendapatan keluarga selama sebulan	Kuesioner A Mengisi lembar jawaban	Dinyatakan dgn angka rupiah	Rasio

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

Bab 4 menguraikan tentang metode penelitian, termasuk desain penelitian yang digunakan, populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data serta analisis data.

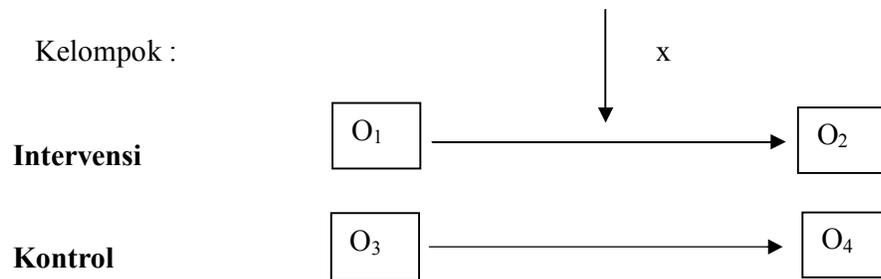
#### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan desain *Quasi experimental pre post test with control group* dengan intervensi psikoedukasi keluarga yaitu membandingkan dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang anggota keluarganya menderita penyakit Tuberkulosis paru di Wilayah Puskesmas Kota Bandar Lampung. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan pengetahuan dan ansietas keluarga yang anggota keluarganya menderita penyakit Tuberkulosis Paru sebelum diberikan perlakuan berupa psikoedukasi keluarga dan membandingkan pengetahuan dan ansietas keluarga setelah diberikan perlakuan psikoedukasi keluarga. Selanjutnya pengetahuan dan ansietas ini dibandingkan dengan kelompok keluarga yang tidak mendapatkan terapi psikoedukasi. Penelitian ini membandingkan dua kelompok keluarga dengan anggota keluarga menderita Tuberkulosis antara kelompok kontrol dan kelompok perlakuan.

Kelompok I : kelompok keluarga yang memperoleh terapi generalis dan terapi spesialis terapi psikoedukasi keluarga dengan 5 sesi dalam 4 x pertemuan

Kelompok II : kelompok keluarga yang memperoleh terapi generalis untuk diagnosa keperawatan kurang pengetahuan dan ansietas.

Berikut ini adalah skema desain penelitian yang digunakan :

Skema 4.1 Desain penelitian *pre dan post tes*

Keterangan :

O1 : pengetahuan dan ansietas pada kelompok intervensi sebelum mendapat terapi psikoedukasi keluarga.

O2 : pengetahuan dan ansietas pada kelompok intervensi setelah mendapat terapi psikoedukasi keluarga.

O3 : pengetahuan dan ansietas pada kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat terapi psikoedukasi keluarga.

O4 : pengetahuan dan ansietas pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat terapi psikoedukasi keluarga.

X : Terapi psikoedukasi keluarga

O2 – O1 : Perbedaan pengetahuan dan ansietas pada kelompok intervensi sesudah dan sebelum mendapat terapi psikoedukasi keluarga.

O2 – O4 : Perbedaan pengetahuan dan tingkat ansietas setelah dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

## 4.2 Populasi dan Sampel

### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit tuberkulosis paru ada di wilayah kerja Dinas kesehatan Bandar Lampung yang berjumlah 150 orang. Jumlah tersebut dilakukan *screening* terhadap tingkat ansietasnya.

### 4.2.2 Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian yaitu yang memenuhi kriteria inklusi. Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

1. Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita Tuberkulosis BTA Positif yang masih dalam masa pengobatan
2. Bersedia menjadi responden
3. Bisa membaca dan menulis
4. Sehat jasmani dan rohani
5. Tinggal di wilayah puskesmas rawat inap di wilayah kota Bandar Lampung.
6. Tingkat kecemasan sedang dan berat setelah dilakukan *screening*
7. Anggota keluarga yang bertindak sebagai pengawas menelan obat (PMO)

Cara pengambilan sampel menggunakan rancangan *cluster*. Yaitu untuk wilayah kota Bandar Lampung, peneliti mengelompokkan menjadi puskesmas (kecamatan), yaitu 27 puskesmas yang ada di wilayah kerja dinas kesehatan Bandar Lampung, kemudian peneliti menentukan rumpun dengan stratifikasi yaitu dengan cara mengambil puskesmas yang masuk dalam kelompok rawat inap, yang terdiri dari 8 Puskesmas, dengan pertimbangan bahwa di puskesmas rawat inap intensitas pertemuan antara pemegang program TBC dengan keluarga pasien lebih baik, dibandingkan puskesmas yang tidak rawat jalan. *Home visit* juga lebih sering dilakukan. Peneliti kemudian menentukan besarnya sampel dengan menggunakan rumus. Setelah jumlah sampel diketahui

maka penentuan responden dengan cara *random sampling* dengan cara diundi untuk menentukan kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Besar sampel dalam penelitian ditentukan berdasarkan perkiraan jumlah populasi dan dihitung berdasar rumus besar sampel sebagai berikut (Lemeshow, S. et al., 1990):

$$n = \frac{Z^{2(1-\alpha/2)}P(1-P).N}{d^2(N-1)+Z^{2(1-\alpha/2)}P(1-P)}$$

Keterangan:

n : besar sampel

N : besar populasi

$Z^{2(1-\alpha/2)}$  : harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian ( $\alpha = 0,1 = 1,65$ ).

P : estimator proporsi populasi 50% (menurut Lemeshow, 1990 bila proporsi belum diketahui dgn pasti )

d : toleransi deviasi yang dipilih yaitu sebesar 10%

$$n = \frac{1,65^2 \times 0,5(1-0,5) \times 102}{0,1^2(102-1)+0,5(1-0,5)}$$

n = 33,39 dibulatkan menjadi 33

Penelitian dengan *quasi eksperiment*, memungkinkan beberapa responden yang *drop out*, *loss to follow-up* atau subjek yang tidak taat dalam proses penelitian. Oleh karena itu, perlu adanya antisipasi dengan cara melakukan koreksi terhadap besar sampel yang dihitung. Cara yang digunakan adalah dengan menambahkan sejumlah subjek agar besar sampel dapat terpenuhi. Adapun rumus untuk penambahan subjek penelitian ini adalah, sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismael, 2007) :

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli  
 1 - f : Perkiraan proporsi drop out, yang diperkirakan 10 % (f = 0,1)  
 maka : 
$$n = \frac{33}{1-0,1}$$
  

$$n = 36,66 \text{ dibulatkan menjadi } 37$$

Berdasarkan penghitungan rumus di atas, maka sampel akhir yang diperlukan adalah 37 responden. Jumlah sampel diatas masih merupakan jumlah yang belum dilakukan screening terhadap tingkat ansietas, Sehingga Jumlah sampel yang sesungguhnya setelah dilakukan *screening* mengalami perubahan. Total jumlah responden adalah 65 keluarga yang anggota keluarganya menderita TBC paru BTA positif dengan 30 responden sebagai kelompok intervensi dan 35 sebagai kelompok kontrol. Perhitungan rincian jumlah tersebut dapat dilihat pada tabel 4.1 dibawah ini.

Tabel 4.1  
 Jumlah sampel penelitian

No	Puskesmas	Jumlah sampel
1	Panjang	25 (kelompok kontrol)
2	Gedong air	4 (kelompok Intervensi)
3	Simpur	4 (kelompok Intervensi)
4	Sukabumi	7 (kelompok Intervensi)
5	Kedaton	10( kelompok Kontrol)
6	Kota Karang	4(kelompok intervensi )
7	Sukamaju	12(Kelompok Intervensi)
8	Permata Sukarame	1(Kelompok intervensi)
	Jumlah total	65

#### 4.3 Tempat penelitian

Penelitian ini dilakukan di delapan Puskesmas yang ada di wilayah Kota Bandar Lampung yaitu Puskesmas Panjang, Gedong air, Simpur, Sukabumi,

Kedaton, Kota karang, Sukamaju dan Permata Sukarame.. Kelompok kontrol adalah kelompok sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak mendapat intervensi terapi psikoedukasi keluarga, yaitu di Puskesmas Panjang dan Puskesmas Kedaton. Kelompok intervensi adalah kelompok sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan mendapat intervensi terapi psikoedukasi keluarga yaitu di puskesmas Gedong air, simpur, Sukabumi, Kota karang, Sukamaju dan Permata Sukarame. Pemilihan Puskesmas tidak bisa dilakukan dengan jumlah yang sama karena setiap puskesmas memiliki jumlah pasien TBC yang berbeda.

#### 4.4 Waktu penelitian

Waktu penelitian dimulai dari bulan Mei sampai dengan Juni 2011, yaitu selama 6 minggu. Kegiatan dimulai dari pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian.

#### 4.5 Etika penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan tetap mempertimbangkan etika penelitian sebagai bentuk perlindungan terhadap responden yang menjadi subjek dalam penelitian ini.

#### 4.6 Aplikasi prinsip etik penelitian

##### 4.6.1 *Otonomy*

Prinsip *Otonomy* yang dilakukan yaitu dengan memberikan kebebasan kepada calon responden untuk menentukan apakah responden ikut atau tidak dalam penelitian dan peneliti harus tetap menghargai keputusan yang diambil oleh calon responden. Peneliti memberikan penjelasan singkat tetapi jelas tentang prosedur penelitian yang dilakukan. Responden mendapatkan penjelasan bahwa data yang diberikan dirahasiakan dan hanya dipergunakan dalam penelitian ini. Peneliti menjelaskan bahwa responden boleh secara memilih untuk menjadi responden atau tidak dalam penelitian yang dilakukan dan tidak memberikan hukuman terhadap keputusan responden tersebut.

#### 4.6.2 *Nonmalefisiensi*

Peneliti melakukan kegiatan terapi psikoedukasi dengan cara yang sangat berhati-hati dan tidak sampai menimbulkan cedera bagi responden ataupun keluarga responden, misalnya pada saat melakukan terapi diupayakan peneliti menjaga jangan sampai responden merasa dirugikan.

#### 4.6.3 *Beneficence*

Jika dalam penelitian terjadi sesuatu yang ditimbulkan akibat terapi yang diberikan oleh peneliti maka peneliti menghentikan terapi yang dilakukan, sebagai bentuknya peneliti mengijinkan saat dalam proses penelitian ada responden yang ingin berhenti sebagai responden karena sesuatu hal dan tetap dilakukan intervensi sesuai dengan sesi dimana responden mengundurkan diri dengan konfirmasi kepada responden terlebih dahulu.

#### 4.6.4 *Veracity*

Sebelum pada saat dan sesudah melakukan terapi peneliti tetap mempertahankan kejujuran tentang apapun kondisi yang dialami responden.

#### 4.6.5 *Fidelity*

Peneliti menjaga segala rahasia yang ada dan terjadi pada responden. Prinsipnya dengan cara responden tidak hanya menuliskan nama inisial pada kuesioner yang diisi.

#### 4.6.6 *Justice*

Prinsipnya dengan menjelaskan prosedur penelitian dengan lengkap dan jujur. Selain itu, karena jenis penelitian ini merupakan penelitian eksperimental semu *with control*, peneliti harus menjamin bahwa antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol harus mendapatkan intervensi yang hampir sama, sehingga dapat tetap menjunjung prinsip *justice* (adil) Untuk kelompok intervensi, mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga sedangkan untuk kelompok kontrol akan disertakan dalam terapi

psikoedukasi keluarga setelah intervensi pada kelompok intervensi selesai dilakukan sebagai program berikutnya, namun bila dimungkinkan intervensi dilakukan sebelum intervensi pada kelompok intervensi selesai dan dihasilkan bahwa ada manfaat dilakukan terapi tersebut.

#### 4.6.7 *Confidentiality*

Peneliti menjaga keamanan keseluruhan data yang diperoleh dari responden dan hasil terapi yang dilakukan. Data yang diperoleh selama penelitian disimpan, diolah, dan hanya dimanfaatkan oleh peneliti, kemudian dalam rentang waktu tertentu dihancurkan, yaitu maksimal 1 tahun setelah penelitian berakhir. Untuk mencegah stigma dari seluruh data yang didapat dari responden

#### 4.7 Alat pengumpul data

Proses pengumpulan data memerlukan adanya alat pengumpul data. Pemilihan alat pengumpul data yang tepat dan sesuai memberikan hasil yang maksimal. Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data penelitian untuk mengidentifikasi pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat keluarga yang menderita TBC paru.

##### 4.7.1 Data Demografi Responden

Alat pengumpul data yang telah digunakan terdiri kuesioner A. Kuesioner A yaitu instrumen data demografi, yang merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik keluarga meliputi: usia, jenis kelamin, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan. Kuesioner disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup dan terbuka. Untuk pertanyaan tertutup responden cukup memberi jawaban yang tersedia, sedangkan untuk pertanyaan terbuka responden dapat mengisi sesuai dengan data yang sesungguhnya pada responden. Kuesioner A terdiri dari 7 pertanyaan tentang data demografi keluarga

#### 4.7.2 Pengukuran Pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TBC paru.

Untuk mengukur pengetahuan keluarga, menggunakan kuesioner B. Kuesioner ini peneliti rancang dengan mengacu pada tingkatan pengetahuan. Pengukuran pengetahuan ini menurut Notoatmojo, 2003, terdiri dari pengukuran subyektif dan obyektif. Oleh peneliti disusun menjadi 25 pertanyaan, dan setelah diuji hanya 22 yang valid. Pertanyaan tersebut meliputi pengukuran subyektif dan obyektif. Pengukuran Subyektif terdiri dari 15 pernyataan). Sedangkan pengukuran obyektif dengan 10 pernyataan. Dua puluh lima pernyataan ini terdiri dari pernyataan *favourable* (22 pernyataan) yaitu pertanyaan no 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,22,23,24, dan *unfavourable* (3 pernyataan) yaitu no 3,21,25. Pernyataan diukur dengan pilihan benar atau salah. Bila memilih benar maka mendapatkan nilai 2, dan bila memilih salah mendapatkan nilai 1 untuk *favourable* dan sebaliknya untuk *unfavourable*. Nilai pengetahuan tinggi bila di dapatkan nilai total jawaban responden  $\geq$  mean, nilai rendah bila nilai total jawaban kuesioner yaitu  $<$  dari mean.

#### 4.7.3 Pengukuran ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TBC paru

Kuesioner menggunakan kuesiner C. Kuesioner ini mengadopsi dari *Hamiltons Anxiety Rating Scale* (Hamilton MC, 1959). Peneliti menggunakan skala ini, karena untuk mengukur tingkat ansietas seseorang, skala ini telah digunakan secara internasional. Kuesioner tentang ansietas ini terdiri dari 14 butir. Pengukuran berupa ansietas ringan bila nilai kurang dari 20, ansietas sedang bila nilai 21 – 27, ansietas berat bila nilai 27- 41, dan panik bila nilai lebih dari 42.

#### 4.8 Uji instrumen

Uji coba instrumen telah dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba instrumen dilakukan terhadap 30 responden di puskesmas yang tidak dijadikan sebagai

sampel, yaitu di Puskesmas Sukarame. Uji coba dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan kuesioner yang valid dan reliable. Uji kevaliditasan dan kerealibilitas dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*. Hasil uji dikatakan valid apabila nilai  $r$  hasil (kolom *corrected item- total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari  $r$  tabel. Uji reliabilitas dalam penelitian ini membandingkan antara *Cronbach's Coefficient-Alpha* dan nilai  $r$ -tabel. Menurut Partney dan Watkins (2000), estimasi berdasarkan konsep varians/variiasi nilai antara dalam sampel dengan nilai koefisien 0,00-1,00. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas bila *Cronbach's Coefficient-Alpha* lebih besar dari nilai  $r$ -tabel. (hasil uji validitas dan reabilitas terlampir). Setelah dilakukan uji validitas dan reabilitas maka jumlah pertanyaan dalam kuesioner tentang pengetahuan berkurang 3 pertanyaan.

Tabel 4.2

Hasil uji validitas dan reliabilitas instrument penelitian pertama

Variable	Jumlah pertanyaan		No yg valid	No item yg diperbaiki	Validitas	Reabilitas
	Sebelum uji	Sesudah uji				
pengetahuan	25	25	1,4,7,8,9,10,11,12,13,14,15,20,21,22,23,24,	2,3,5,6,,16,17,18,19,25.	0,361-0,738	0,839
Ansietas	14	14	1,2,3,4,5,6,7,10,13,14	9,12	0,361 – 0,641	0,848

Hasil uji coba instrumen pengetahuan keluarga menunjukkan bahwa dari 25 item pertanyaan, ada 9 pertanyaan yang tidak valid dan reliabel. Sedangkan untuk uji coba instrumen ansietas dari 14 item pernyataan ada 3 yang tidak valid. Item pertanyaan yang tidak valid dan *reliable* kemudian dimodifikasi dalam hal redaksi bahasa. Instrumen penelitian yang telah dimodifikasi dilakukan uji coba ulang yang merupakan uji coba kedua untuk mengetahui validitas dan reliabilitas instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian. Hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian secara ringkas tergambar pada tabel 4.4

Tabel 4.3  
Hasil uji validitas dan reliabilitas instrument penelitian kedua

Variable	Jumlah pertanyaan		No yg valid	No item yg dibuang	Validitas	Reabilitas
	Sebelum uji	Sesudah uji				
pengetahuan	25	22	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,17,20,21,22,23,24,25	16,18,19	0,365-0,737	0,895
Ansietas	14	14	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14	-	0,364 – 0,742	0,863

Hasil uji instrumen pengetahuan kedua menunjukkan bahwa terdapat 3 item pertanyaan yang dibuang. Karena meskipun sudah dimodifikasi hasilnya tetap tidak valid, sedangkan untuk uji validitas dan realibilitas ansietas semua dapat digunakan.

#### 4.9 Prosedur pelaksanaan penelitian

Prosedur pelaksanaan penelitian dilaksanakan dalam beberapa tahap, yaitu:

##### 4.9.1 Tahap persiapan :

Sebagai langkah awal dalam tahap ini, peneliti membuat izin etik ke komite etik, dilanjutkan dengan membuat surat izin penelitian, yaitu: mengurus surat perizinan ke dinas kesehatan Bandar Lampung. Setelah mendapat izin, peneliti mengidentifikasi daftar keluarga yang memenuhi kriteria inklusi sampel penelitian. Selanjutnya memberikan lembar penjelasan penelitian pada bakal calon responden dan menjelaskan tujuan serta konsekuensi dari penelitian. Keluarga diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang tidak dimengertinya dan saat ada pertanyaan, peneliti menjelaskan. Langkah akhir dalam pengambilan responden, peneliti menyerahkan lembar persetujuan menjadi responden atau *informed consent* kepada keluarga. Kesiadaan menjadi responden ditunjukkan dengan penandatanganan lembar persetujuan.

#### 4.9.2 Tahap pelaksanaan

Tahap pelaksanaan peneliti melibatkan orang lain sebagai pendamping pada saat pelaksanaan pengumpulan data saat *post test* di kelompok kontrol, yaitu salah satu perawat Puskesmas sebagai pemegang program TBC. Pada tahap pelaksanaan diawali dengan pelaksanaan *pre test*, pelaksanaan terapi, dan diakhiri dengan *post test*. Pelaksanaan tahap ini digambarkan dalam bagan 4.2. Setelah keluarga menandatangani *informed consent*, maka dilanjutkan dengan dilakukan *pre test* dengan diberikan instrumen data demografi keluarga (A) dan instrumen pengetahuan keluarga (B) tingkat ansietas (C). Responden memberi tanda *checklist* (√) pada kolom yang disediakan. Setelah mengisi kuesioner, responden diminta menyerahkan kembali kuesioner yang telah diisi dan peneliti mengecek kelengkapannya. Selanjutnya dijadwalkan pelaksanaan terapi psikoedukasi Keluarga. Peneliti datang pada keluarga yang telah ditentukan sebagai sampel. Pelaksanaan intervensi psikoedukasi keluarga terbagi menjadi 5 sesi yaitu :

##### 4.9.2.1 Sesi I. Identifikasi masalah

Pada sesi I ini, keluarga diharapkan mampu mengidentifikasi masalah dalam keluarga terkait dengan merawat anggota keluarga yang mengalami Tuberkulosis paru.

##### 4.9.2.2 Sesi II. Manajemen pengetahuan

Pada sesi II ini keluarga diharapkan mampu menggunakan pengetahuan secara maksimal untuk merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru.

##### 4.9.2.3 Sesi III manajemen Ansietas

Pada sesi III ini keluarga diharapkan mampu melaksanakan manajemen ansietas untuk mengatasi masalah ansietasnya.

##### 4.9.2.4 Sesi IV Manajemen beban

Pada sesi IV ini, keluarga diharapkan mampu melaksanakan manajemen beban untuk mengatasi masalah beban dalam keluarga yang mungkin ada.

#### 4.9.2.5 Sesi V Evaluasi dan Pemberdayaan keluarga

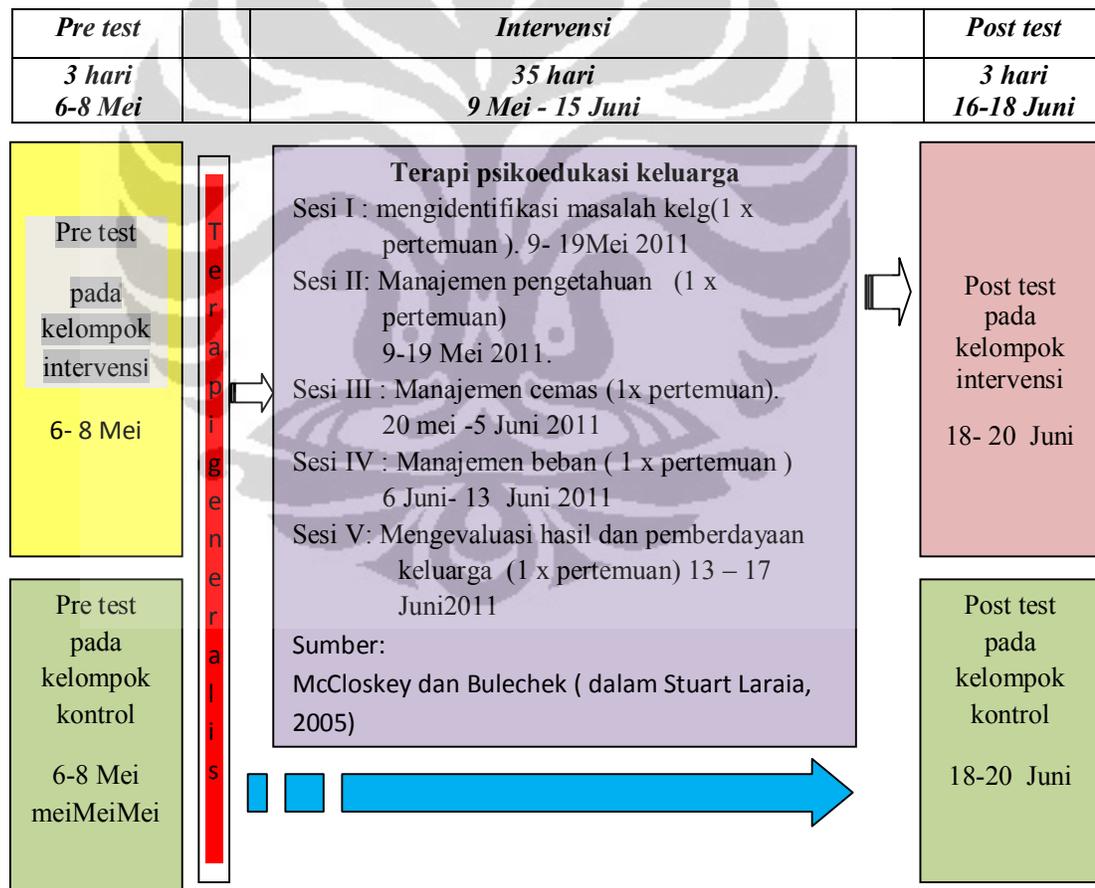
Pada sesi V ini Terapis dan keluarga mendiskusikan hambatan pelaksanaan dan mendiskusikan tentang pemberdayaan keluarga.

Tahap akhir pelaksanaan pemberian intervensi, peneliti kembali meminta responden mengisi kuesioner (Kuesioner B dan C) dan mengembalikan buku kerja yang diberikan selama proses intervensi.

Kerangka kerja dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema 4.2

#### Skema 4.2

### Kerangka Kerja Terapi psikoedukasi keluarga Terhadap Keluarga Dengan anggota keluarga penderita TBC paru



#### 4.10 Analisa Data

##### 4.10.1 Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan melalui serangkaian kegiatan yang meliputi :

- a. *Editing*, dengan memeriksa kelengkapan isi instrumen penelitian data yang masuk, yaitu dengan cara : setelah data dikumpulkan selanjutnya peneliti melakukan *editing* dengan cara mengecek kembali semua pernyataan yang diisi oleh responden.
- b. *Coding*, dengan tujuan untuk memudahkan pengolahan data dan analisis data. Pengkodean dilakukan dengan cara pemberian kode untuk membedakan kedua kelompok keluarga yaitu antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Keluarga yang tidak mendapat terapi dengan diberi kode angka 1 dan keluarga yang mendapat terapi dengan diberi kode angka 2. Selain itu pemberian kode dilakukan pada semua data demografi keluarga kecuali usia, dan jumlah penghasilan.
- c. *Entry data*, untuk dapat memulai kegiatan memproses data di komputer.
- d. *Cleaning data*, dengan tujuan terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data. Peneliti melakukan kembali pengecekan data yang sudah di-*entry* dan hasilnya menunjukkan bahwa semua data sudah dimasukkan ke dalam program komputer dan diyakinkan tidak ada data yang *missing*.

##### 4.10.2 Analisa data

###### 1. Analisis Univariat

Pada penelitian ini analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diukur dalam penelitian. Karakteristik responden yang meliputi usia, dan penghasilan, merupakan data numerik yang dianalisis untuk menghitung nilai

mean, median, standar deviasi, 95 % Ci dan nilai minimal maksimal. Sedangkan untuk karakteristik jenis kelamin, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan merupakan katagorik yang dianalisis untuk menghitung distribusi frekuensi dan proporsi. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

## 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan pada penelitian ini untuk membuktikan hipotesis penelitian pertama dan kedua yaitu pembuktian kesetaraan karakteristik keluarga dengan menggunakan *Uji t independent* dan *Chi Square*. Sebelum dilakukan uji hipotesis, terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan karakteristik keluarga antar kelompok menurut usia dan menurut penghasilan yang dianalisis menggunakan *uji t test independent* sedangkan variabel: jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan antar kelompok diuji dengan menggunakan uji *chi-square*. Uji kesetaraan juga dilakukan terhadap pengetahuan (kontrol dan intervensi) sebelum pelaksanaan terapi keluarga dengan menggunakan *independent test*. Selain karakteristik keluarga dan pengetahuan uji kesetaraan juga dilakukan terhadap ansietas (kontrol dan intervensi) sebelum pelaksanaan terapi psikoedukasi keluarga dengan menggunakan *independent T-Test*. Uji kesetaraan atau uji homogenitas data terhadap karakteristik keluarga yaitu variabel usia, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi, dilakukan uji *chi-Square*. Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu mengidentifikasi pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan ansietas keluarga dalam merawat keluarga yang menderita Tuberkulosis Paru.

**Tabel 4.2**  
**Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi**  
**Psikoedukasi keluarga Terhadap Pengetahuan dan Ansietas**  
**Keluarga dalam Merawat anggota keluarga yang mengalami TBC**  
**paru di Kota Bandar Lampung**

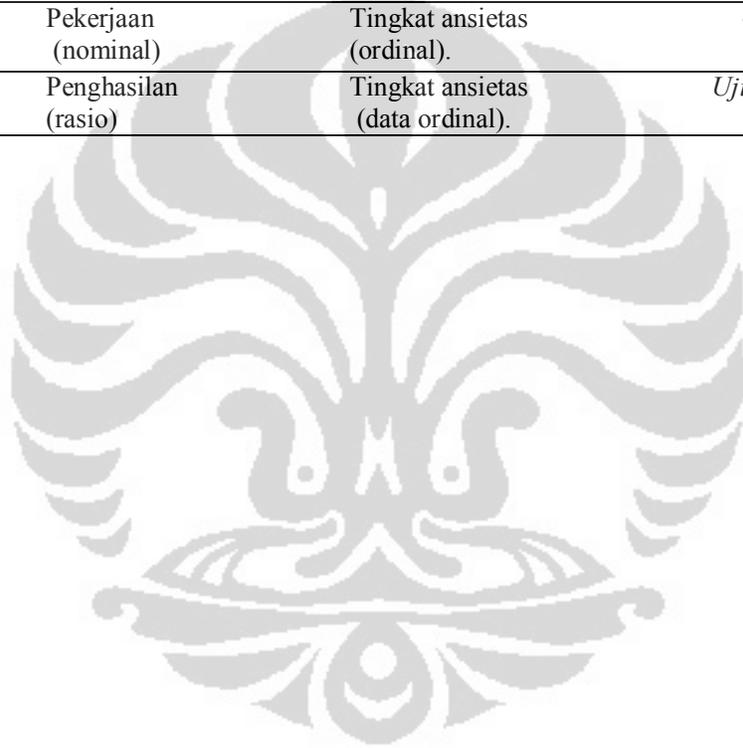
<b>A.Uji Kesetaraan Karakteristik, pengetahuan , dan ansietas Keluarga</b>			
<b>No</b>	<b>Kelompok Kontrol</b>	<b>Kelompok Intervensi</b>	<b>Cara analisis</b>
1	Usia (data interval)	Usia (data interval)	<i>Uji t independent</i>
2	Suku bangsa (data nominal)	Suku bangsa (data nominal)	<i>Chi Square</i>
3	Jenis kelamin (nominal )	Jenis kelamin (Nominal )	<i>Chi Square</i>
4	Pendidikan (data ordinal)	Pendidikan (data ordinal)	<i>Chi Square</i>
5	Pekerjaan (data nominal)	Pekerjaan (data nominal)	<i>Chi Square</i>
6	Penghasilan (data rasio)	Penghasilan (data rasio)	<i>Uji t independent</i>
7	Pengetahuan keluarga Sebelum Penelitian (Data ordinal)	Pengetahuan keluarga Sebelum penelitian (Data ordinal)	<i>Chi Square</i>
	Tingkat ansietas keluarga sebelum penelitian ( data ordinal)	Tingkat ansietas keluarga sebelum penelitian ( data ordinal )	<i>Chi Square</i>
<b>B.Analisis Variabel Pengetahuan Keluarga</b>			
1	Pengetahuan Keluarga Kelompok Intervensi Sebelum Penelitian (Data ordinal)	Pengetahuan Keluarga Kelompok Intervensi Sesudah Penelitian (Data Ordinal)	<i>Chi Square</i>
2	Pengetahuan keluarga kelompok control sebelum penelitian ( data ordinal )	Pengetahuan keluarga kelompok control sesudah penelitian (data Ordinal )	<i>Chi Square</i>
3	Pengetahuan keluarga kelompok intervensi sesudah penelitian ( data ordinal )	Pengetahuan keluarga kelompok control sesudah penelitian ( data ordinal)	<i>Chi Square</i>

**Tabel 4.3**  
**Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi**  
**Psikoedukasi keluarga Terhadap Pengetahuan dan Ansietas**  
**Keluarga dalam Merawat keluarga yang mengalami TBC paru di**  
**Kota Bandar Lampung**

<b>C. Analisis Variabel Ansietas Keluarga</b>			
1	Tingkat ansietas keluarga kelompok intervensi sebelum penelitian (data ordinal).	Tingkat ansietas keluarga kelompok intervensi sesudah penelitian (data ordinal).	<i>Chi Square</i>
2	Tingkat ansietas keluarga kelompok kontrol sebelum penelitian (data ordinal).	Ansietas keluarga kelompok kontrol sesudah penelitian (data ordinal).	<i>Chi square</i>
3	Tingkat ansietas keluarga kelompok intervensi sesudah penelitian (data ordinal).	Tingkat ansietas keluarga kelompok kontrol sesudah penelitian (data ordinal)	<i>Chi Square</i>

<b>D. Analisis Hubungan karakteristik dengan pengetahuan</b>			
<b>No</b>	<b>Variabel Karakteristik</b>	<b>Variabel ansietas</b>	<b>Cara analisis</b>
1	Usia (data interval)	Pengetahuan (ordinal).	<i>Uji t independent</i>
2	Jenis kelamin (Nominal)	Pengetahuan (ordinal)	<i>Chi Square</i>
3	Suku bangsa (nominal)	Pengetahuan (ordinal)	<i>Chi Square</i>
4	Pendidikan (data ordinal)	Pengetahuan (ordinal)	<i>Chi Square</i>
5	Pekerjaan (nominal)	Pengetahuan (Ordinal)	<i>Chi Square</i>
7	Penghasilan (rasio)	Pengetahuan (ordinal)	<i>Uji t independent</i>

<b>E. Analisis Hubungan karakteristik dengan ansietas</b>			
<b>No</b>	<b>Variabel Karakteristik Keluarga</b>	<b>Variabel ansietas</b>	<b>Cara analisis</b>
1	Usia (data rasio)	Tingkat ansietas (ordinal).	<i>Uji t independent</i>
2	Jenis kelamin (Nominal)	Tingkat ansietas (ordinal)	<i>Chi Square</i>
3	Suku bangsa (data nominal)	Tingkat ansietas (ordinal).	<i>Chi Square</i>
4	Pendidikan (data ordinal)	Tingkat ansietas (ordinal ).	<i>Chi Square</i>
5	Pekerjaan (nominal)	Tingkat ansietas (ordinal).	<i>Chi Square</i>
6	Penghasilan (rasio)	Tingkat ansietas (data ordinal).	<i>Uji t independent</i>



## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung yang dilaksanakan pada tanggal 8 Mei sampai dengan 18 Juni 2011. Jumlah responden yang direncanakan sebanyak 74 orang (37 responden untuk kelompok kontrol dan 37 untuk kelompok intervensi) tapi pada pelaksanaannya hanya diperoleh 65 (30 untuk kelompok intervensi dan 35 untuk kelompok kontrol) psikoedukasi keluarga ini dilakukan sebanyak 5 sesi pada kelompok intervensi. Kedua kelompok dilakukan *pre test* dan *post test* yang hasilnya dibandingkan. Uraian hasil penelitian ini terdiri dari beberapa bagian yaitu, uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, karakteristik responden, analisis perbedaan pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, analisis pengaruh terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi, dan hubungan antara karakteristik keluarga dengan pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga.

#### **5.1 Karakteristik keluarga yang merawat anggota**

##### **5.1.1 Karakteristik usia dan penghasilan keluarga**

Karakteristik usia dan penghasilan keluarga merupakan variabel numeric yang dianalisis secara deskriptif. Hasil distribusinya sebagai berikut:

**Tabel 5.1**  
**Analisis karakteristik keluarga penderita TBC berdasarkan usia dan penghasilan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kota Bandar Lampung Bulan Mei- Juni 2011 ( n1=30, n2 =35)**

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia keluarga	Intervensi	30	37,07	37,50	10,99	18-58	32,96 – 41,17
	Kontrol	35	38,86	35,00	10,81	26-72	35,14 – 42,57
	Rerata		37,97	36,25			
Penghasilan	Intervensi	30	885000	825000	357951,55	300000-2000000	751338,70 – 1018661,30
	Kontrol	35	790714	700000	305710,70	300000 – 2000000	685698,99 – 895729,59
	Rerata		837857	762500			

Berdasarkan tabel 5.1 diatas dapat dilihat adanya rata- rata usia yang hampir sama antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa pada usia tersebutlah tanggung jawab diberikan kepada anggota keluarga untuk merawat keluarga yang mengalami TBC paru.

Berdasarkan tabel 5.1 diatas juga dapat dilihat bahwa rata – rata besar penghasilan antara kelompok hampir sama. Besar penghasilan rata rata pada kelompok intervensi berada diatas Upah minimum regional (UMR) kota Bandar Lampung (Rp.850.000), hasil yang sebaliknya dapat dijumpai pada kelompok kontrol dimana diperoleh rata rata besar penghasilan dibawah UMR. Meskipun ditemukan ada perbedaan besaran penghasilan berdasarkan UMR diatas tetapi perbedaanya tidak jauh.

### **5.1.2 Karakteristik jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, dan pekerjaan keluarga**

Karakteristik jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan dan pekerjaan keluarga tergambar dalam tabel 5.2 sebagai berikut :

**Tabel 5.2**  
**Analisis Karakteristik suku bangsa, Jenis Kelamin, Pendidikan dan pekerjaan pada kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Kota Bandar Lampung Bulan Mei – Juni 2011 (n<sub>1</sub>=30, n<sub>2</sub>=35)**

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=30)		Kelompok Kontrol (n=35)		Total	
	N	%	N	%		
1. Suku Bangsa						
a. Jawa	15	50,0	19	54,3	34	100
b. Sunda	8	26,7	11	31,4	19	100
c. Lampung	7	23,3	5	14,3	12	100
2. Pendidikan						
a. Dasar	18	60	25	71,4	43	100
d. Lanjut	12	40	10	28,6	22	100
3. Jenis Kelamin						
a. Laki-laki	13	43,3	15	42,9	28	100
b. Perempuan	17	56,7	20	57,1	37	100
4. Pekerjaan						
a. buruh	18	60	23	65,7	31	100
b. pegawai swasta	4	13,3	7	20	11	100
c. wiraswasta	8	26,7	5	14,3	13	100

Hasil analisis pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa suku bangsa, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki proporsi yang hampir sama. Berdasarkan hasil analisis statistik didapatkan bahwa proporsi terbanyak pada kedua kelompok adalah suku Jawa, pendidikan dasar, berjenis kelamin perempuan dan pekerjaan sebagai buruh.

## 5.2 Hasil uji *homogenitas* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Uji *homogenitas* dilakukan untuk menentukan apakah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol telah memenuhi asas *homogenitas/kesetaraan*. Uji *homogenitas* dilakukan pada kedua kelompok berdasar karakteristik yang terdapat pada variabel *confounding* yaitu

karakteristik keluarga penderita TBC, yang terdiri dari usia, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan, dan penghasilan. Uji *homogenitas* juga dilakukan terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas pada kedua kelompok sebelum dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi.

### 5.2.1 Uji homogenitas karakteristik demografi

Uji *homogenitas* dilakukan apakah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol telah memenuhi asas homogenitas. Uji kesetaraan dilakukan pada kedua kelompok berdasarkan karakteristik yang terdapat pada variable *confounding*, yaitu karakteristik keluarga. Uji kesetaraan juga dilakukan terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas pada kedua kelompok sebelum dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi.

#### 5.2.1.1 Uji Homogenitas Karakteristik Demografi Keluarga Berdasarkan Usia dan Penghasilan

Untuk melihat kesetaraan karakteristik usia dan penghasilan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan *independent t-test*. Hasil uji kesetaraan usia dan penghasilan keluarga dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut :

**Tabel 5.3**  
**Analisis Kesetaraan Karakteristik Usia dan Penghasilan keluarga**  
**pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol**  
**di Kota Bandar Lampung**  
**Bulan Mei - Juni 2011 (n<sub>1</sub>=30, n<sub>2</sub>=35)**

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	T	P value
Usia	Intervensi	30	37,07	10,99	2,01	0,660	<b>0,512</b>
	Kontrol	35	38,86	10,81	1,83		
Penghasilan	Intervensi	30	885000,00	357951,55	65352,71	1,146	<b>0,256</b>
	Kontrol	35	790714,29	305710,70	51674,54		

Hasil analisis pada tabel 5.3 menunjukkan bahwa rata-rata usia keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah *homogen/setara* dengan nilai p value 0,512 ( $p > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata usia keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dimana masing-masing memiliki nilai rata-rata usia yang hampir sama. Usia keluarga pada kedua kelompok berada pada rentang dewasa tengah, hal ini menunjukkan bahwa keluarga yang terlibat dalam merawat pasien penderita TBC paru pada kedua kelompok rata rata dilakukan oleh keluarga yang berusia dewasa tengah.

Hasil analisis untuk variabel penghasilan keluarga antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol yaitu nilai  $p= 0,256$  ( $p > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan besarnya penghasilan dalam sebulan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, artinya kedua kelompok *homogen/setara*.

#### 5.2.1.2 Uji *homogenitas/Kesetaraan* Karakteristik Demografi Keluarga Berdasarkan suku bangsa, jenis Kelamin, Pendidikan dan pekerjaan

Uji kesetaraan karakteristik keluarga yang meliputi: suku bangsa, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan menggunakan uji *chi Square*. Hasil uji disajikan pada tabel 5.4 berikut :

**Tabel 5.4**  
**Analisis Kesetaraan Karakteristik suku bangsa, Jenis Kelamin,**  
**Pendidikan dan pekerjaan keluarga antara kelompok Intervensi dan**  
**Kelompok Kontrol di Kota Bandar Lampung**  
**Bulan Mei – Juni 2011 (n<sub>1</sub>=30, n<sub>2</sub>=35)**

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=30)		Kelompok Kontrol (n=35)		Jumlah (n=65)		P Value
	n	%	n	%	n	%	
1. Suku Bangsa							
a. Jawa	15	44,1	19	55,9	34	100	<b>0,638</b>
b. Sunda	8	42,1	11	57,9	19	100	
c. Lampung	7	58,3	5	41,7	10	100	
2. Pendidikan							
a. Dasar	18	41,9	25	58,1	43	100	<b>0,479</b>
b. Lanjut	12	54,5	10	45,5	22	100	
3. Jenis Kelamin							
a. Laki-laki	13	46,4	15	53,6	28	100	<b>1,000</b>
b. Perempuan	17	45,9	20	54,1	37	100	
4. Pekerjaan							
a. Buruh	18	43,9	23	56,1	41	100	<b>0,418</b>
b. Pegawai swasta	4	36,4	7	63,6	11	100	
c. Wiraswasta	8	61,5	5	38,5	13	100	

Hasil analisis pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa suku bangsa, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki proporsi yang hampir sama, hal ini ditunjukkan dengan hasil nilai  $p > 0,05$ . Berdasarkan hasil analisis statistik didapatkan bahwa karakteristik suku bangsa, pendidikan, jenis kelamin dan pekerjaan antara kedua kelompok setara.

### 5.2.2 Kesetaraan pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi

**Tabel 5.5**  
**Analisis Kesetaraan pengetahuan keluarga kelompok intervensi dan**  
**kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi di Kota Bandar**  
**Lampung**  
**Mei - Juni 2011 (n<sub>1</sub>=30, n<sub>2</sub>=35)**

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=30)		Kelompok Kontrol (n=35)		Jumlah (n=65)		P Value
	n	%	N	%	N	%	
1. Pengetahuan							
a. Tinggi	10	34,5	19	65,5	29	100	<b>0,149</b>
b. Rendah	20	55,6	16	44,4	36	100	

Berdasarkan analisis tabel 5.5 data diatas dapat dilihat bahwa kelompok intervensi sebelum pemberian terapi psikoedukasi keluarga  $p = 0,149$  ( $p > 0,05$ ) hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan pengetahuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan penelitian. Artinya kedua kelompok setara.

**Tabel 5.6**  
**Analisis Kesetaraan ansietas keluarga kelompok intervensi dan**  
**kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi di Kota Bandar**  
**Lampung**  
**Mei - Juni 2011 (n<sub>1</sub>=30, n<sub>2</sub>=35)**

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=30)		Kelompok Kontrol (n=35)		Jumlah (n=65)		P Value
	N	%	N	%	N	%	
1. Tingkat Ansietas							
a. Sedang	16	53,3	12	34,3	42	100	<b>0,195</b>
b. Berat	14	46,7	23	65,7	23	100	

Berdasarkan hasil analisis tabel 5.6 terlihat bahwa ada kesetaraan ansietas keluarga kelompok intervensi dan kelompok kontrol *pre test* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi yaitu  $p=0,195$  ( $p > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat

perbedaan yang signifikan tingkat ansietas sebelum dilakukan terapi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

### 5.3 Analisis Pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit TBC, pada kelompok intervensi dan kontrol.

Bagian ini menjelaskan tentang pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit TBC paru di kota Bandar lampoon, yang meliputi: 1) pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TBC sebelum dan sesudah tindakan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi 2) pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TBC sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol dan 3 ) pengetahuan keluarga setelah dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

**Tabel 5.7**  
**Analisis pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TBC paru sebelum dan sesudah terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi (*pre test*) dan kelompok intervensi (*post test*) di Kota Bandar Lampung**  
**Mei - Juni 2011 (n<sub>1</sub>=30)**

Variabel	<i>pre test</i>		<i>post test</i>		P Value
	N	%	N	%	
Pengetahuan					
a. Tinggi	10	33,3	28	93,3	<b>0,540</b>
b. Rendah	20	66,6	2	6,7	
TOTAL	30	100	30	100	

Hasil analisis menunjukkan bahwa p value sebesar 0,540 ( $p > 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan pengetahuan yang signifikan antara kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan terapi psikoedukasi.

**Tabel 5.8**  
**Analisis pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TBC paru sebelum dan sesudah terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok kontrol (*pre test*) dan kelompok kontrol (*post test*) di Kota Bandar Lampung Mei - Juni 2011 (n=35)**

Variabel	<i>pre test</i>		<i>post test</i>		P Value
	n	%	N	%	
Pengetahuan					
a. Tinggi	19	54,29	31	88,7	<b>0,109</b>
b. Rendah	16	45,71	4	11,4	

Hasil analisis tabel 5.8 menunjukkan hasil p value sebesar 0,109 ( $P>0,05$ ) hal ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan pengetahuan yang signifikan pada kelompok kontrol, sebelum atau sesudah pemberian terapi generalis.

**Tabel 5.9**  
**Analisis pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TBC paru sebelum dan sesudah terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi (*post test*) dan kelompok kontrol (*post test*) di Kota Bandar Lampung Mei - Juni 2011 (n<sub>1</sub>=30, n<sub>2</sub>=35)**

Variabel	Kelompok intervensi ( <i>post test</i> ) (n=30)		Kelompok kontrol ( <i>post test</i> ) (n=35)		Jumlah (n=65)		P Value
	N	%	N	%	N	%	
Pengetahuan							
a. Tinggi	28	93,3	31	88,6	49	100	<b>0,000</b>
b. Rendah	2	6,7	4	11,4	16	100	

Hasil analisis tabel 5.9 menunjukkan bahwa p value adalah sebesar 0,000 ( $P<0,05$ ) ini menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna pengetahuan

sesudah pemberian terapi terapi psikoedukasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

#### 5.4 Analisis tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit TBC, kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Bagian ini menjelaskan tentang tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita penyakit TBC paru di kota Bandar Lampung, yang meliputi: 1) tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TBC sebelum dan sesudah tindakan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi 2) tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TBC sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol dan 3 ) tingkat ansietas keluarga setelah dilakukan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

**Tabel 5.10**  
**Analisis ansietas dalam merawat anggota keluarga pada kelompok intervensi (*pre test*) dan kelompok intervensi (*post test*) yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung Mei - Juni 2011 ( $n_1=30, n_2=30$ )**

Variabel	Kelompok intervensi ( <i>pre test</i> ) (n=30)		Kelompok intervensi ( <i>post test</i> ) (n=30)		P Value
	N	%	N	%	
Ansietas					
a. Ansietas sedang	16	53,3	23	76,7	<b>0,031</b>
b. Ansietas berat	14	46,7	7	23,3	

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.10 diatas hasil p value sebesar 0,031 sehingga ( $P<0,05$ ) berarti ada perbedaan tingkat ansietas yang signifikan antara sebelum dan sesudah pada kelompok intervensi.

**Tabel 5.11**  
**Analisis ansietas keluarga pada kelompok kontrol (pre test) dan (post test) dalam merawat keluarga yang mengalami TBC paru setelah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi di Kota Bandar Lampung Mei - Juni 2011 (n=35)**

Variabel	Kelompok kontrol (pre test) (n=35)		Kelompok kontrol (post test) (n=35)		Jumlah (n=70)		P Value
	N	%	N	%	N	%	
ansietas							
a. ansietas sedang	12	34,4	22	62,86	47	100	<b>0,139</b>
b. ansietas berat	23	65,7	13	37,14	16	100	

Hasil analisis tabel 5.11 diatas menunjukkan bahwa nilai p value sebesar 0,139(  $P>0,05$ ) yang berarti tidak ada perbedaan tingkat ansietas sebelum dan sesudah pada kelompok kontrol..

**Tabel 5.12**  
**Analisis ansietas keluarga pada kelompok intervensi (post test) dan kelompok kontrol (post test) dalam merawat keluarga yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung setelah dilakukan intervensi pada kelompok intervensi Mei - Juni 2011 (n<sub>1</sub>=30, n<sub>2</sub>=35)**

Variabel	Kelompok intervensi (post test) (n=30)		Kelompok kontrol (post test) (n=35)		Jumlah (n=65)		P Value
	N	%	N	%	N	%	
Ansietas							
a. ansietas sedang	23	66,7	22	62,9	42	64,6	<b>0,952</b>
b. ansietas berat	7	33,3	13	37,1	23	35,4	

Hasil analisis diatas menunjukan bahwa nilai p value sebesar 0,952( $p>0,05$ ). Ini berarti tidak ada perbedaan ansietas antara kelompok intervensi sesudah pemberian terapi psikoedukasi dengan kelompok kontrol.

## 5.5 Analisis hubungan antara karakteristik demografi keluarga dengan pengetahuan dan ansietas Keluarga dalam Merawat anggota keluarga TBC paru

Bagian ini menjelaskan tentang hubungan antara karakteristik keluarga dengan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga TBC paru. sesudah tindakan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan terapi generalis kelompok kontrol.

### 5.5.1 Hubungan Karakteristik Keluarga: Usia dan Penghasilan dengan pengetahuan Keluarga dalam merawat anggota keluarga TBC paru

Hubungan karakteristik keluarga yang berupa usia dan penghasilan dengan pengetahuan keluarga akan dianalisis dengan uji *t independent test* . Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.15.

**Tabel 5.13**  
**Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga: Usia dan Penghasilan dengan pengetahuan Keluarga dalam Merawat anggota keluarga TBC paru sesudah Terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kota Bandar Lampung Bulan Mei - Juni 2011 (n<sub>1</sub>=30, n<sub>2</sub>=35)**

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	SD	SE	T	P value
Usia keluarga	Intervensi	30	37,07	10,99	2,29	1,122	0,271
	Kontrol	35	38,86	10,81	4,08	0,844	0,404
Penghasilan	Intervensi	30	885000	372591	77690	1,209	0,237
	Kontrol	35	790714	363920	67578	0,238	0,814

Hasil analisis tabel 5.13 menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dan pengetahuan keluarga, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol (  $p > 0,05$  ) Sehingga dapat disimpulkan bahwa, variabel usia bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga TBC paru, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Tabel 5.13 juga menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terdapat hubungan yang signifikan dengan penghasilan dalam sebulan ( $p > 0,05$ ). Berarti dapat disimpulkan bahwa variabel penghasilan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga TBC paru, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

**5.5.2** Hubungan Karakteristik Keluarga: Usia dan penghasilan dengan tingkat ansietas keluarga dalam merawat pasien TBC paru. Hubungan karakteristik keluarga yang berupa usia dan penghasilan dengan tingkat ansietas keluarga akan dianalisis dengan uji *t independent*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.14.

**Tabel 5.14**  
**Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga: Usia dan Penghasilan**  
**dengan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat anggota keluarga**  
**TBC paru pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Kota**  
**Bandar Lampung**  
**Mei - Juni 2011**  
**( $n_1=30, n_2=35$ )**

Karakteristik Keluarga	Tingkat Ansietas Keluarga	
	N	p-value
Usia		
1. Kelompok Intervensi	30	<b>0,384</b>
2. Kelompok Kontrol	35	<b>0,615</b>
Penghasilan		
1. Kelompok Intervensi	30	<b>0,446</b>
2. Kelompok Kontrol	35	<b>0,974</b>

Hasil uji pada tabel 5.14 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara usia dan tingkat ansietas pada kelompok intervensi, maupun kelompok kontrol ( $P > 0,05$ ). Artinya variabel usia keluarga pada kelompok intervensi, dan kelompok kontrol bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru setelah pemberian terapi psikoedukasi keluarga.

Tabel 5.14 juga menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara besar penghasilan dalam sebulan dengan tingkat ansietas keluarga.( $p>0,05$ ). Sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel penghasilan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru baik pada kelompok intervensi maupun kelompok konytol.

**Tabel 5.15**  
**Analisis Hubungan Jenis Kelamin, pendidikan, pekerjaan dan Suku**  
**Keluarga dengan pengetahuan Keluarga dalam Merawat anggota keluarga**  
**yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung pada kelompok**  
**intervensi dan kontrol**  
**Bulan Mei- Juni 2011 (n1=30 )(n2=35)**

Karak teristik Keluarga	Tingkat pengetahuan Keluarga														P value
	Tinggi		rendah		Total		p- value	Tinggi		Rendah		total			
	n	%	n	%	N	%		n	%	N	%	N	%		
	Kelompok Intervensi							Kelompok kontrol							
1.Jenis Kelamin															
a.Laki-laki	13	100	0	0	13	100	<b>0,492</b>	1	6,7	14	93,3	15	100	<b>0,619</b>	
b.Perempuan	15	88,2	2	11,8	17	100		3	15	17	85,0	20	100		
2.Suku															
a.jawa	13	86,7	2	13,3	15	100		1	5,3	18	94,7	19	100	<b>0,303</b>	
b.sunda	8	100	0	0	8	100	<b>0,343</b>	2	18,2	9	81,8	11	100		
c.lampung	7	100	0	0	7	100		1	20	4	80	5	100		
3.Pendidikan															
a.dasar	17	94,4	1	5,6	18	100		2	8	23	93,0	10	100	<b>0,561</b>	
b.lanjut	11	91,7	1	8,3	12	100	<b>1,000</b>	2	20	8	80	25	100		
4.Pekerjaan															
a.buruh	17	94,4	1	5,6	18	100		1	4,3	22	95,7	23	100	<b>0,130</b>	
b.pegawai swasta	4	100	0	0	4	100	<b>0,684</b>	3	42,9	4	57,1	7	100		
c.wiraswasta	7	100	1	12,5	8	100		0	0	5	100	5	100		

Berdasarkan analisis tabel 5.15 semua karakteristik keluarga seperti jenis kelamin, suku bangsa, pekerjaan dan pendapatan tidak ada perbedaan yang bermakna, hal ini ditunjukkan dengan hasil p value  $> \alpha$  Hal ini berarti bahwa karakteristik tersebut bukan merupakan faktor perancu yang dapat mempengaruhi pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

**Tabel 5.16**  
**Hubungan Hubungan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Suku Bangsa Keluarga dengan kecemasan Keluarga dalam Merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung Bulan Mei- Juni 2011 (n<sub>1</sub>=30 )**

Karakteristik Keluarga	Tingkat ansietas Keluarga								P value	
	Ansietas sedang		Ansietas berat		p-value	Ansietas sedang		Ansietas berat		
	N	%	N	%		N	%	N		%
	<b>Kelompok Intervensi</b>				<b>Kelompok Kontrol</b>					
1. Jenis Kelamin										
a. Laki-laki	9	69,2	4	30,8	<b>0,666</b>	9	60,0	6	40,0	<b>0,990</b>
b. perempuan	14	82,4	3	17,6		13	65,0	7	35,0	
2. Suku										
a. jawa	12	80	3	20	<b>0,899</b>	14	73,7	3	15,8	<b>0,862</b>
b.sunda	6	75	2	25		6	54,5	3	27,3	
c.lampung	5	71,4	2	28,6		3	60	1	20	
3.Pendidikan										
a.dasar	14	77,8	4	22,2	<b>1,000</b>	15	60	10	40	<b>0,709</b>
b lanjut	9	75,0	3	25,0		7	70	3	30	
4.Pekerjaan										
a.buruh	15	83,3	3	16,7	<b>0,509</b>	14	60	9	39,1	<b>0,871</b>
b.Pegawai swasta	3	75,0	1	25		5	71,4	2	28,6	
c.wiraswasta	5	62,5	3	37,5		3	60	2	40	

Berdasarkan analisis tabel 5.16 semua karakteristik keluarga seperti jenis kelamin, suku bangsa, pekerjaan, dan pendidikan tidak ada perbedaan yang bermakna, hal ini ditunjukkan dengan hasil p value  $> \alpha$  Hal ini berarti bahwa karakteristik tersebut bukan merupakan faktor perancu yang dapat mempengaruhi kecemasan keluarga pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

## BAB 6

### PEMBAHASAN

Bab 6 ini menguraikan tentang pembahasan yang berkaitan dengan pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga berdasarkan hasil yang telah uraikan pada bab sebelumnya.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru, perbedaan pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru sebelum dan sesudah terapi psikoedukasi, dan hubungan karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, pekerjaan dan penghasilan) dengan pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru di Kota Bandar Lampung.

#### **6.1 Hasil penelitian**

##### **6.1.1 Perbedaan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru sebelum dan sesudah diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi**

Berdasarkan hasil analisis proporsi tingkat pengetahuan pada kelompok intervensi sebelum diberi terapi psikoedukasi untuk yang berpengetahuan tinggi 33,3 % setelah mendapatkan terapi psikoedukasi proporsi responden yang mempunyai tingkat pengetahuan tinggi naik menjadi 93,3 %.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan kelompok intervensi sebelum terapi psikoedukasi keluarga adalah pada tingkat tinggi, dan nilai pengetahuan kelompok intervensi setelah diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada tingkat tinggi, dengan proporsi meningkat sebesar 60 %. Berdasarkan analisa terjadi perubahan tingkat pengetahuan pada kelompok

intervensi sebelum dan sesudah terapi psikoedukasi. Meskipun secara statistic tidak ada perbedaan yang bermakna. Hal ini ditunjukkan dengan nilai p value = 0,540 yang berarti tidak ada perbedaan pengetahuan yang signifikan antara kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan terapi psikoedukasi.

Hal ini sesuai dengan pendapat Nurhidayah (2010) bahwa adakalanya pendidikan kesehatan dianggap kurang optimal. Jika tujuan dan objek terlalu sulit dicapai maka individu akan mudah patah semangat yang akhirnya dapat mengurangi motivasi. Seperti penelitian yang juga telah dilakukan oleh Hodikoh (2003) mengenai efektifitas edukasi postnatal dengan metode ceramah dan media booklet terhadap pengetahuan sikap dan perilaku ibu tentang ASI dan menyusui menunjukkan edukasi dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan menyusui.

Hasil ini bertentangan dengan pendapat Notoatmojo (2010) bahwa pendidikan kesehatan mengupayakan perilaku individu, kelompok, masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Berdasarkan hasil analisis diatas peneliti berpendapat bahwa salah satu penyebab tidak adanya perbedaan tingkat pengetahuan secara bermakna dimungkinkan adanya tingkat pengetahuan yang sudah tinggi pada responden sebelum dilakukan terapi psikoedukasi, sehingga saran peneliti untuk penelitian selanjutnya yang meneliti tentang variabel pengetahuan, maka sebaiknya dibuat kriteria inklusi atau dilakukan *screening* tentang tingkat pengetahuan sehingga didapatkan tingkat pengetahuan responden yang setara.

### **6.1.2 Perbedaan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah terapi psikoedukasi keluarga diberikan pada kelompok intervensi**

Berdasarkan hasil analisis proporsi tingkat pengetahuan pada kelompok kontrol sebelum terapi psikoedukasi diberikan pada kelompok intervensi untuk yang berpengetahuan tinggi 54,29 %, setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi psikoedukasi proporsi responden kelompok kontrol yang mempunyai tingkat pengetahuan tinggi naik menjadi 88,57 %.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga adalah pada tingkat tinggi, dan nilai pengetahuan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi diberikan terapi psikoedukasi keluarga tetap pada tingkat tinggi, dengan proporsi meningkat sebesar 33,8 %. Berdasarkan analisa terjadi perubahan tingkat pengetahuan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi psikoedukasi. Meskipun secara statistic tidak ada perbedaan yang bermakna. Hal ini ditunjukkan dengan nilai p value = 0,109 yang berarti tidak ada perbedaan pengetahuan yang signifikan antara kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan terapi psikoedukasi.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang juga dilakukan oleh Hodikoh (2003) mengenai efektifitas edukasi postnatal dengan metode ceramah dan media booklet terhadap pengetahuan sikap dan perilaku ibu tentang ASI dan menyusui menunjukkan edukasi dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan menyusui. Meskipun secara statistik tidak bermakna tetapi dengan adanya peningkatan proporsi tingkat pengetahuan berarti bahwa terapi generalis berupa pendidikan kesehatan yang telah diberikan pada kelompok

kontrol dapat meningkatkan pengetahuan meskipun tidak sebesar bila diberikan terapi psikoedukasi.

### **6.1.3 Perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota yang mengalami TBC paru sebelum dan sesudah diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat ansietas pada kelompok intervensi sebelum terapi psikoedukasi adalah tingkat ansietas sedang dengan proporsi (54,3%), dan setelah dilakukan terapi psikoedukasi adalah dalam katagori ansietas sedang meningkat dengan proporsi (76,7%). Berarti setelah dilakukan terapi psikoedukasi proporsi ansietas sedang meningkat sebesar 11,7%, yang berarti ada penurunan tingkat ansietas dari berat menjadi ansietas sedang .

Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart dan Laraia (2005) bahwa psikoedukasi keluarga merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan oleh perawat di area komunitas dalam melakukan penyelesaian masalah masalah psikologis yang berkaitan dengan masalah fisik keluarga, dengan melakukan psikoedukasi maka seorang perawat akan dapat langsung memberikan pelayanan yang efektif dan efisien untuk menyelesaikan masalah.

Hasil analisis pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa ada penurunan secara statistik dengan nilai  $p \text{ value} = 0,031$  ( $p \text{ value} < 0,05$ ). Hal ini membuktikan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan tingkat ansietas pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah pemberian terapi psikoedukasi keluarga. Perbedaan tingkat ansietas pada kelompok intervensi sesudah diberikan terapi psikoedukasi keluarga mengindikasikan adanya pengaruh yang positif pemberian terapi psikoedukasi keluarga. Pemberian terapi psikoedukasi keluarga mampu meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi ansietas.

Penelitian yang dilakukan oleh Nurbani (2009) tentang terapi psikoedukasi keluarga dalam mengurangi kecemasan menyebutkan bahwa hasil penelitian menunjukkan bahwa secara fisiologis ansietas dapat menurun, yang menunjukkan bahwa terapi psikoedukasi keluarga sangat dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah psikososial akibat penyakit fisik.

Penelitian yang juga dilakukan oleh Gonzales, dkk (2010) menyimpulkan bahwa psikoedukasi keluarga efektif untuk pencegahan ekspresi emosi dan beban dalam merawat pasien episode pertama psikosis. Hasil penelitian yang juga dilakukan Chien dan Wong (2007) yang membuktikan efektifitas dari psikoedukasi keluarga dalam perkembangan kesehatan psikososial dan kinerja keluarga di Cina yang menderita skizofrenia.

Berdasarkan uraian di atas peneliti berpendapat bahwa psikoedukasi sangat efektif dalam penatalaksanaan terhadap psikososial seseorang terutama yang mengalami ansietas. Sehingga terapi spesialis psikoedukasi keluarga menurut pendapat peneliti tetap menjadi salah satu pilihan untuk menyelesaikan masalah masalah psikososial termasuk ansietas keluarga yang anggota keluarganya mengalami sakit fisik.

#### **6.1.4 Perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota yang mengalami TBC paru pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah terapi psikoedukasi keluarga diberikan pada kelompok intervensi.**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat ansietas pada kelompok kontrol sebelum terapi psikoedukasi diberikan pada kelompok intervensi adalah tingkat ansietas sedang dengan proporsi (34,3%), dan setelah terapi psikoedukasi dilakukan pada kelompok intervensi tingkat ansietas pada

kelompok kontrol adalah dalam katagori ansietas sedang meningkat dengan proporsi (62,86%).

Hasil analisis pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa tidak bermakna secara statistik tingkat ansietasnya nilai p value 0,139 ( $p \text{ value} > 0,05$ ). Hal ini berarti bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan tingkat ansietas pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah terapi psikoedukasi keluarga diberikan pada kelompok kontrol. Perbedaan proporsi tingkat ansietas pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan terapi generalis pada keluarga keluarga mengindikasikan adanya pengaruh yang positif pemberian terapi generalis pada keluarga bila diberikan pada klien ansietas. Pemberian terapi generalis keluarga mampu meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi ansietas.

Penelitian yang juga dilakukan oleh Gonzales, dkk (2010) menyimpulkan bahwa psikoedukasi keluarga efektif untuk pencegahan ekspresi emosi dan beban dalam merawat pasien episode pertama psikosis. Hal ini juga di dukung pendapat Notoatmojo (2010) bahwa pendidikan kesehatan mampu merubah pola pikir seseorang menjadi lebih positif.

Berdasarkan uraian diatas peneliti berpendapat bahwa pendidikan kesehatan juga sangat efektif dalam penatalaksanaan terhadap psikososial seseorang terutama yang mengalami ansietas. Sehingga terapi generalis berupa pendidikan kesehatan dapat menjadi alternatif penanganan ansietas bila terapi spesialis psikoedukasi keluarga belum dapat dilakukan. Menurut pendapat peneliti terapi spesialis menjadi terapi lanjutan untuk menyelesaikan masalah masalah psikososial termasuk ansietas keluarga yang anggota keluarganya mengalami sakit fisik.

### **6.1.5 Perbedaan Pengetahuan keluarga yang mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga dengan yang tidak mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga dalam merawat anggota yang mengalami TBC paru sesudah diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan kelompok intervensi sesudah terapi psikoedukasi keluarga adalah pada tingkat tinggi dengan proporsi 93,3 % , dan nilai pengetahuan kelompok kontrol setelah intervensi diberikan pada kelompok intervensi terapi psikoedukasi keluarga pada tingkat tinggi dengan proporsi 88,6 %. Berdasarkan analisa terjadi perbedaan proporsi antara kelompok yang diberikan terapi psikoedukasi dengan kelompok yang tidak diberikan terapi psikoedukasi. Hasil analisa statistic menunjukkan bahwa  $p \text{ value} = 0,000$  ( $P=0,00 < 0,05$ ) hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna antara pengetahuan kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sesudah penelitian.

Hasil ini sesuai dengan pendapat Juliani (2005) bahwa prinsip belajar adalah seumur hidup, bahwa manusia itu memiliki kemampuan untuk belajar sejak lahir sampai akhir hayat. Disini berarti bahwa seharusnya dengan diberikan edukasi ada peningkatan pengetahuan yang signifikan. Kondisi ini sesuai juga dengan pendapat Nurhidayah (2010) bahwa strategi dan metode pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dipengaruhi berbagai faktor. Setiap metode yang digunakan untuk pendidikan kesehatan memiliki kelebihan dan kekurangan. Sesuai juga dengan pendapat Baron dan Greenber (2000) bahwa pengetahuan merupakan sebuah perubahan yang relatif menetap dalam perilaku yang dihasilkan dari pengalaman.

Berdasarkan penjelasan diatas peneliti berpendapat bahwa dengan adanya terapi generalis berupa pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol sudah

dapat meningkatkan tingkat pengetahuan keluarga meskipun secara angka tetap lebih berhasil bila dibandingkan dengan kelompok intervensi yang telah mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga. Seperti diungkapkan oleh Nurhidayah (2010) bahwa pendidikan kesehatan sangat dipengaruhi oleh motivasi individu untuk berubah. Kemampuan untuk mendapatkan pendidikan kesehatan tergantung pada faktor fisik dan kognitif, tingkat perkembangan, kesehatan fisik dan proses berfikir intelektual.

Hal ini juga didukung pernyataan dari Bloom yang menyebutkan bahwa sebagian besar pengetahuan diperoleh melalui indra pendengaran dan indra penglihatan dan oleh intensitas perhatian dengan sendirinya pada saat penginderaan dipengaruhi maka akan menghasilkan pengetahuan. Berdasarkan hal di atas maka sangat tepat bagi tenaga kesehatan untuk melaksanakan terapi psikoedukasi untuk meningkatkan pengetahuan keluarga termasuk juga pendidikan kesehatan secara maksimal. Hal ini diharapkan agar setiap individu yang mengalami masalah kesehatan dapat segera mendapatkan perhatian.

#### **6.1.6 Perbedaan ansietas keluarga yang mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga dengan yang tidak mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga dalam merawat anggota yang mengalami TBC paru sesudah diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi terbanyak ansietas kelompok intervensi yang dilakukan terapi psikoedukasi keluarga adalah pada ansietas sedang dengan proporsi 66,7 %, dan tingkat ansietas pada kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi psikoedukasi setelah intervensi diberikan pada kelompok intervensi terapi psikoedukasi keluarga pada ansietas dengan proporsi 62,9 %, Berdasarkan analisa terjadi perbedaan proporsi antara

kelompok yang diberikan terapi psikoedukasi dengan kelompok yang tidak diberikan terapi psikoedukasi. Meskipun secara statistik tidak bermakna.

Hasil analisis statistik dihasilkan bahwa nilai p value > 0,05, artinya tidak ada perbedaan bermakna tingkat ansietas antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah pemberian terapi. Hasil analisis menunjukkan bahwa hanya dengan terapi generalis keluarga yang ansietas sudah dapat ditangani, meskipun tetap tidak lebih efektif bila dibandingkan dengan terapi psikoedukasi.

Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang ingin membedakan keefektifan terapi psikoedukasi dengan terapi suportif dalam menurunkan kecemasan pada pasien kanker yang dilakukan oleh Cain (1986), Berglund (1994) menyatakan bahwa terapi psikoedukasi lebih efektif dibandingkan terapi suportif. Penelitian yang juga dilakukan oleh Nurbani (2009) tentang terapi psikoedukasi keluarga dalam mengurangi kecemasan menyebutkan bahwa hasil penelitian menunjukkan bahwa secara fisiologis ansietas dapat menurun., yang menunjukkan bahwa terapi psikoedukasi keluarga sangat dibutuhkan untuk menyelesaikan masalah psikososial akibat penyakit fisik. Penelitian lain yang dilakukan oleh Gonzales, dkk (2010) menyimpulkan bahwa psikoedukasi keluarga efektif untuk pencegahan ekspresi emosi dan beban dalam merawat pasien episode pertama psikosis. Hasil penelitian yang juga dilakukan Chien dan Wong (2007) yang membuktikan efektifitas dari psikoedukasi keluarga dalam perkembangan kesehatan psikososial dan kinerja keluarga di Cina yang menderita skizofrenia.

Berdasarkan uraian diatas peneliti berpendapat bahwa psikoedukasi lebih efektif dalam penatalaksanaan terhadap psikososial seseorang terutama yang mengalami kecemasan dibandingkan dengan terapi generalis. Pemberian terapi psikoedukasi keluarga mampu meningkatkan kemampuan keluarga

dalam mengatasi ansietas lebih efektif bila dibandingkan dengan keluarga yang tidak mendapat terapi psikoedukasi.

### **6.1.7 Hubungan karakteristik keluarga dengan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota yang mengalami TBC paru pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi diberikan.**

#### **6.1.7.1 Usia dengan pengetahuan keluarga**

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden pada proporsi usia dewasa tengah. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dan pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi sesudah terapi psikoedukasi maupun pada kelompok kontrol. Hasil uji menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara usia dengan pengetahuan, dimana nilai  $p \text{ value} > \alpha$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel usia bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga TBC paru baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Stuart and Laraia (2005) bahwa usia mempengaruhi cara pandang individu dalam menyelesaikan masalah. Menurut Djaali (2007), semakin bertambah umur akan semakin berkembang daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin baik. Seiring dengan pendapat Ellis dan Hartley (2000) kemampuan belajar dipengaruhi oleh umur.

Menurut pendapat peneliti adanya hasil yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan secara statistic antara usia dengan pengetahuan dan ansietas dimungkinkan adanya pendidikan responden yang rata rata berpendidikan dasar. Meskipun rata rata responden pada usia dewasa tengah (25-44), dimana

usia tersebut adalah usia matang seseorang dalam pencapaian kematangan jiwa seseorang. Perbedaan individu juga dapat merupakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan yang diperoleh seseorang.

Tetapi hal ini sesuai dengan pendapat Bloom bahwa pengetahuan seseorang terhadap obyek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda beda. Sehingga peneliti menurut peneliti meskipun usia responden saat ini adalah usia Pencapaian kematangan seseorang tetapi bukan berarti dalam kemampuan kognitif juga maksimal. Bahkan bisa jadi karena usia responden bukan usia pencapaian puncak kemampuan kognitif maka justru responden kurang mampu menggunakan kemampuannya.

#### 6.1.5.2 Penghasilan dengan pengetahuan

Hasil statistik ditemukan bahwa rata rata penghasilan responden pada batas UMR. Hasil analisis statistik sesudah dilakukan terapi psikoedukasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan tidak terdapat terdapat hubungan yang signifikan antara penghasilan dalam sebulan dengan pengetahuan. Hasil uji menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara besar penghasilan dalam sebulan dengan pengetahuan, dimana nilai  $p > 0,05$ . Berarti dapat disimpulkan bahwa, variabel penghasilan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga TBC paru baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Notoatmojo (2003) bahwa pengetahuan seseorang dapat dipengaruhi oleh faktor diantaranya adalah penghasilan. Tetapi memang tidak berpengaruh langsung terhadap pengetahuan seseorang, namun bila berpenghasilan cukup besar maka akan mampu untuk menyediakan atau membeli fasilitas sumber informasi. Menurut pendapat peneliti tidak adanya hubungan antara penghasilan

dengan pengetahuan responden dimungkinkan bahwa karena untuk penyakit TBC sudah banyak media media yang dapat dijadikan sebagai sumber informasi tanpa harus membutuhkan dana , yang dapat membebani responden ,sehingga penghasilan tidak berpengaruh terhadap pengetahuan.

#### 6.1.7.2 Jenis kelamin dengan pengetahuan

Hasil penelitian menunjukkan jenis kelamin responden baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol lebih banyak perempuan daripada laki-laki. Berdasarkan analisis statistik karakteristik jenis kelamin tidak ada perbedaan yang bermakna, atau dengan kata lain tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan pengetahuan keluarga, hal ini ditunjukkan dengan hasil  $P \text{ value} > \alpha$ . Hal ini berarti bahwa karakteristik tersebut bukan merupakan faktor perancu yang dapat mempengaruhi pengetahuan keluarga baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Robbins (2001) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang jelas antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dalam meningkatkan pengetahuan walaupun kemampuan analisa laki – laki lebih dibandingkan perempuan. Menurut pendapat peneliti jenis kelamin bukan karakteristik individu yang tidak berhubungan secara langsung dengan pengetahuan.

#### 6.1.7.3 Suku bangsa dengan pengetahuan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian responden pada kelompok intervensi dan kontrol memiliki latar belakang suku budaya jawa, Berdasarkan analisis statistik karakteristik suku bangsa keluarga tidak ada perbedaan yang bermakna, atau dengan kata lain tidak ada hubungan antara suku bangsa dengan pengetahuan keluarga, hal ini ditunjukkan dengan hasil  $p \text{ value} > 0,05$ . Hal ini berarti bahwa karakteristik tersebut bukan merupakan

faktor perancu yang dapat mempengaruhi pengetahuan keluarga baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hasil penelitian diatas tidak sesuai dengan teori menurut Notoatmojo (2003), salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah social budaya, kebudayaan dan kebiasaan dalam keluarga mempengaruhi pengetahuan, persepsi dan sikap individu terhadap sesuatu. Menurut Ellis dan Hartley (2000) kemampuan belajar dipengaruhi oleh latar belakang sosial dan budaya.

Menurut pendapat peneliti hal ini disebabkan karena faktor pemaparan informasi terhadap responden dari puskesmas hampir sama, sehingga faktor suku bangsa tidak mempunyai makna. Hal yang perlu dilihat lebih jauh lagi adalah proporsi penduduk jawa yang lebih banyak dibandingkan penduduk asli, yang biasanya lebih mendominasi suatu daerah. Oleh karena itu menurut pendapat teliti perlu adanya suatu penelitian yang khusus mengupas tentang penyakit tertentu terhadap suatu budaya.

#### 6.1.7.4 Pendidikan dengan pengetahuan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol mempunyai tingkat pendidikan dasar. Berdasarkan analisis statistik karakteristik pekerjaan keluarga tidak ada hubungan yang bermakna dengan pengetahuan, hal ini ditunjukkan dengan hasil P value > 0,05. Hal ini berarti bahwa karakteristik tersebut bukan merupakan faktor perancu yang dapat mempengaruhi pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hasil ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Chan (2009) bahwa terdapat hubungan yang significant antara tingkat pendidikan dengan pengetahuan perawat mengenai hal hal yang ada dalam pekerjaannya. Seperti diungkapkan

oleh Ellis dan Hartley (2000) bahwa kemampuan belajar dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Hasil ini juga tidak sesuai dengan teori menurut Notoatmojo (2003) bahwa pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum seseorang yang berpendidikan lebih tinggi mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah.

Seperti pendapat Stuart dan Laraia (2005) bahwa pendidikan menjadi salah satu tolok ukur kemampuan seseorang menyelesaikan masalah, termasuk dalam kemampuan kognitif. Berdasarkan uraian diatas peneliti berpendapat bahwa rata rata tingkat pendidikan responden adalah tingkat dasar maka mempengaruhi kemampuan individu dalam penerimaan informasi.

#### 6.1.7.5 Pekerjaan dengan pengetahuan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol bekerja sebagai buruh. Berdasarkan analisis statistik karakteristik pekerjaan keluarga tidak ada perbedaan yang bermakna, atau dengan kata lain tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan pengetahuan. hal ini ditunjukkan dengan hasil p value pada karakteristik tersebut lebih besar dari alpha. Hal ini berarti bahwa karakteristik tersebut bukan merupakan faktor perancu yang dapat mempengaruhi pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa apapun jenis pekerjaan yang dimiliki responden tidak membawa dampak pada pengetahuan seseorang. Rata rata pekerjaan responden sebagai buruh menyebabkan responden lebih memikirkan kebutuhan sehari hari dibandingkan berfikir tentang pengetahuan. Keluarga menganggap bahwa pengetahuan bukanlah salah satu kewajiban yang harus mereka dapatkan. Hal ini tidak sesuai dengan hasil

penelitian yang dilakukan Chan (2009) yang menyatakan bahwa pengalaman kerja perawat secara significant berhubungan dengan pengetahuan perawat untuk melakukan hal hal yang berhubungan dengan pekerjaannya.

### **6.1.8 Hubungan karakteristik keluarga dengan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota yang mengalami TBC paru pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah diberikan terapi psikoedukasi keluarga pada kelompok intervensi**

#### 6.1.6.1 Usia dengan tingkat ansietas

Hasil analisis karakteristik usia pada kelompok intervensi rata rata pada kelompok usia 37,07 yaitu pada usia dewasa tengah. Sedangkan pada kelompok kontrol karakteristik usia rata rata pada kelompok 38,86 atau usia dewasa tengah. Hal ini berarti sesuai pernyataan Kaplan dan Sadock (2007) yang menyatakan bahwa gangguan ansietas dapat terjadi pada semua usia terutama sering pada usia dewasa. Sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan Bijl, dkk (1998) yang mendapatkan hasil analisis sejumlah 13,8 % gangguan ansietas berada pada populasi dibawah 65 tahun.

Menurut Hurlock (1998) usia dewasa memiliki tugas perkembangan yang lebih kompleks memiliki kemampuan coping dalam menghadapi stress kehidupan. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara usia dan tingkat ansietas pada kelompok intervensi, sesudah dilakukan terapi psikoedukasi dimana nilai p 0,384 yang berarti lebih besar dari alpha, atau dengan kata lain, variabel usia keluarga pada kelompok intervensi, bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru setelah pemberian terapi psikoedukasi keluarga. Sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan hasil nilai P value adalah

0,615 yang berarti juga bahwa usia bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Sukarno ( dalam Maliya dan Lutfu, 2008 ) bahwa usia tidak ada hubungan dengan ansietas pasien.

Menurut Kaplan dan Sadock (2007) dikatakan bahwa ansietas dapat terjadi pada semua usia. Tetapi hal ini tidak sesuai dengan pendapat Stuart dan Laraia (2005) bahwa usia mempengaruhi cara pandang individu dalam menyelesaikan masalah. Pernyataan diatas juga sesuai dengan pendapat Hurlock dan Long (dalam Tarwoto dan Wartonah, 2008) diungkapkan bahwa semakin cukup usia tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih optimal dalam berfikir akibat kematangan dalam jiwanya. Sehingga dengan adanya kematangan berfikir tidak akan mempengaruhi adanya ansietas.

Menurut pendapat peneliti adanya hasil yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan secara statistic antara usia dengan pengetahuan dan ansietas dimungkinkan adanya rata rata responden pada usia dewasa tengah (25- 44). Usia tersebut adalah usia matang seseorang dalam pencapaian kematangan jiwa seseorang.

#### 6.1.6.2 Jenis kelamin dengan tingkat ansietas

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa jenis kelamin responden pada kedua kelompok adalah perempuan. Berdasarkan analisis statistika karakteristik jenis kelamin keluarga tidak ada hubungan yang bermakna dengan tingkat ansietas, hal ini ditunjukkan dengan hasil P value pada karakteristik tersebut lebih besar dari alpha. Hal ini berarti bahwa karakteristik tersebut bukan merupakan faktor perancu yang dapat mempengaruhi pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi.

Hasil univariat sesuai dengan pendapat Kaplan dan sadock (2007) perempuan lebih rentan untuk ansietas daripada laki-laki. Hal ini bertentangan dengan teori menurut Copel (2007) bahwa perempuan mengalami ansietas dua kali lebih sering dibandingkan laki laki. Seperti yang diungkapkan oleh Stuart dan Laraia (2005) bahwa perempuan bila mengalami masalah kejiwaan akan lebih banyak mengalami ansietas.

#### 6.1.6.3 Suku bangsa dengan tingkat kecemasan

Hasil analisis univariat suku bangsa pada kelompok intervensi proporsi yang paling banyak adalah suku jawa sementara pada kelompok kontrol juga didapatkan proporsi terbanyak adalah suku bangsa jawa. Berdasarkan analisis statistika karakteristik suku bangsa keluarga didapatkan hasil bahwa suku bangsa tidak ada hubungan yang bermakna dengan tingkat ansietas, hal ini ditunjukkan dengan hasil p value pada karakteristik tersebut lebih besar dari alpha. Hal ini berarti bahwa karakteristik tersebut bukan merupakan faktor perancu yang dapat mempengaruhi pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi.

Hal ini bertentangan dengan teori menurut Stuart dan Laraia (2005) bahwa suku bangsa turut berkontribusi terhadap pemulihan dan perkembangan gangguan jiwa. Faktor budaya sering menjadi penghambat seseorang mencari pertolongan ke pelayanan kesehatan. menurut pendapat peneliti hal ini berkaitan dengan adanya variasi budaya di dalam kelompok responden tersebut, yang mana setiap latar belakang budaya seseorang akan mempengaruhi respon terhadap masalah yang dihadapi.

#### 6.1.6.4 Pendidikan dan tingkat kecemasan

Berdasarkan analisis statistika karakteristik pendidikan keluarga tidak ada hubungan yang bermakna dengan tingkat ansietas, hal ini ditunjukkan dengan hasil P value  $>\alpha$ . Hal ini berarti bahwa karakteristik tersebut bukan

merupakan faktor perancu yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hal ini bertentangan dengan teori menurut Tarwoto dan Wartonah (2008) bahwa pendidikan rendah akan menyebabkan seseorang mudah mengalami stress, dibanding yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi. Seperti menurut Stuart dan Laraia (2005) pendidikan merupakan sumber koping dan pencegahan terhadap gangguan jiwa. Menurut pendapat peneliti tidak adanya pengaruh dari faktor pendidikan keluarga adalah karena rata-rata pendidikan keluarga yang berada pada tingkat rendah menyebabkan individu lebih tahan dalam menghadapi suatu stress.

#### 6.1.6.5 Pekerjaan dengan tingkat ansietas

Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar dari keluarga adalah sebagai buruh. Berdasarkan analisis statistika karakteristik pekerjaan keluarga tidak ada hubungan yang bermakna dengan tingkat ansietas, hal ini ditunjukkan dengan hasil p value  $> 0,05$ . Hal ini berarti bahwa karakteristik tersebut bukan merupakan faktor perancu yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan keluarga pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Gulseren, dkk (2010) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan sosial ekonomi dengan ansietas. Social ekonomi keluarga dipengaruhi sumber pendapatan keluarga atau dengan kata lain pekerjaan. Menurut pendapat, kondisi seperti diatas bisa diakibatkan oleh karena sudah adanya program dari pemerintah yang memberikan fasilitas kesehatan secara gratis termasuk penatalaksanaan TBC paru. Hal inilah yang mengakibatkan keluarga mengandalkan ulutan tangan dari pemerintah, sehingga kurang memprioritaskan biaya.

#### 6.1.6.6 Penghasilan dan tingkat ansietas

Hasil analisis juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara penghasilan keluarga dengan tingkat ansietas keluarga. Hal ini dibuktikan dengan hasil P value lebih besar dari alpha. Yang berarti tidak ada hubungan antara penghasilan dengan tingkat ansietas. Sehingga dapat disimpulkan bahwa, variabel penghasilan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru.

Hasil penelitian diatas sesuai dengan literature dan beberapa penelitian yang ada yang menemukan bahwa tidak terdapat hubungan antara besar penghasilan sebagai faktor resiko yang menentukan dalam mencari pertolongan kesehatan. seperti yang telah didapatkan pada penelitian yang telah dilakukan oleh Nurbani (2009) pada penelitiannya tentang pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap pasien stroke, menemukan bahwa penghasilan tidak mempengaruhi respon ansietas.

Hasil penelitian ini juga bertentangan dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Gulseren,dkk (2010) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara besar penghasilan sebagai indicator status social ekonomi dengan ansietas keluarga. Hal ini juga didukung bahwa mayoritas penderita TBC adalah dari golongan menengah kebawah. Tentu hal ini akan mempengaruhi keluarga dalam mengambil keputusan untuk mencari pelayanan kesehatan.

Menurut pendapat peneliti tidak adanya hubungan antara besar penghasilan dengan kecemasan karena pengobatan TBC ada program dari pemerintah yang gratis sehingga berapapun besarnya penghasilan dalam keluarga tidak mempengaruhi kecemasan responden.

## 6.2 Keterbatasan penelitian

Peneliti menyadari bahwa dalam penelitian ini masih banyak keterbatasan dari berbagai aspek.

Keterbatasan pelaksanaan penelitian sangat penulis sadari, banyak kendala yang terjadi di lapangan, terutama saat awal kunjungan ke rumah responden. Lokasi 8 puskesmas yang tersebar di berbagai tempat dan jangkauan pasien yang menjadi binaan adalah daerah yang tidak mudah dicari maka membutuhkan waktu dan tenaga yang ekstra sebelum mencapai ketempat penelitian. Waktu penelitian dengan jumlah responden yang tidak berdekatan menyebabkan peneliti melaksanakan penelitian tidak 1 sesi setiap pertemuan, tetapi untuk sesi ke satu dan kedua peneliti melaksanakan dalam satu kali pertemuan. Menurut peneliti apabila pelaksanaan setiap sesi dapat dilaksanakan setiap sesi secara bertahap dengan waktu yang teratur akan dapat membawa manfaat yang lebih bagi keluarga dan pasien TBC paru.

## 6.2 Implikasi penelitian

### 6.2.1 Pelayanan keperawatan jiwa di Puskesmas Kota Bandar Lampung

Puskesmas sebagai tonggak Pelayanan keperawatan jiwa dimasyarakat dapat menerapkan terapi psikoedukasi keluarga dalam mengatasi masalah psikososial ansietas terutama untuk anggota keluarga yang memiliki keluarga penderita TBC paru.

### 6.2.2 Keilmuan dan pendidikan keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dapat meningkat dengan terapi generalis, tetapi untuk ansietas dapat efektif diturunkan dengan psikoedukasi keluarga. Hal ini dapat dijadikan sebagai dasar pengembangan pendidikan keperawatan khususnya dalam terapi spesialis keperawatan jiwa.

### 6.2.3 Kepentingan penelitian

Sebagai dasar awal untuk penelitian selanjutnya, terutama yang berkaitan dengan psikoedukasi pada anggota keluarga yang mengalami TBC paru.



## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1 Simpulan**

Simpulan terhadap hasil penelitian pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru.

- 7.1.1 Karakteristik keluarga dalam penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga pada kelompok intervensi dan kontrol rata-rata berusia dewasa tengah. Rata-rata penghasilan keluarga pada kelompok intervensi diatas UMR dan rata-rata penghasilan keluarga kelompok kontrol dibawah UMR. Keluarga penderita TBC paru berjenis kelamin perempuan, dan pendidikan terakhir adalah pendidikan dasar, suku bangsa jawa, pekerjaan keluarga adalah buruh pada kelompok intervensi dan kontrol.
- 7.1.2 Terdapat penurunan proporsi tingkat pengetahuan keluarga pada kelompok kontrol sebelum terapi psikoedukasi keluarga (*pre test*) dan setelah terapi psikoedukasi keluarga (*post test*).
- 7.1.3 Tidak terdapat perbedaan pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pelaksanaan terapi psikoedukasi keluarga
- 7.1.4 Tidak terdapat perbedaan pengetahuan keluarga pada kelompok kontrol sebelum dan setelah pelaksanaan terapi psikoedukasi keluarga.
- 7.1.5 Tidak terdapat perbedaan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru sebelum mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol
- 7.1.6 Terdapat perbedaan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru setelah mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol
- 7.1.7 Terdapat perbedaan signifikan tingkat ansietas keluarga pada kelompok intervensi sebelum dan setelah mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga.
- 7.1.8 Terdapat perbedaan signifikan tingkat ansietas keluarga pada kelompok kontrol sebelum dan setelah mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga.

**Universitas Indonesia**

- 7.1.9 Terdapat perbedaan tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami TBC paru antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga.
- 7.1.10 Tidak terdapat hubungan karakteristik keluarga (usia, penghasilan, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan dan pekerjaan) baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terhadap pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga TBC paru.
- 7.1.11 Tidak terdapat hubungan karakteristik keluarga (usia, penghasilan, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan dan pekerjaan) baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terhadap tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga TBC paru.

## **7.2 Saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang dilakukan, disarankan:

- 7.2.1** Bagi Puskesmas di wilayah kota Bandar Lampung
- 7.2.1.1 Menggunakan terapi psikoedukasi keluarga sebagai sumber dukungan bagi keluarga untuk mengelola pengetahuan dan ansietas anggota keluarga yang mengalami TBC paru untuk mengurangi kecemasan yang mungkin muncul akibat anggota keluarga mengalami sakit melalui kerjasama dengan tenaga keperawatan khususnya spesialis jiwa yang ada di wilayah kota Bandar Lampung.
- 7.2.2. Bagi Keluarga
- 7.2.2.1 Keluarga diharapkan mampu menggunakan tehnik tehnik yang telah dipelajari dalam psikoedukasi untuk mengatasi masalah psikososial akibat anggota keluarga sakit.
- 7.2.3 Aplikasi Keperawatan

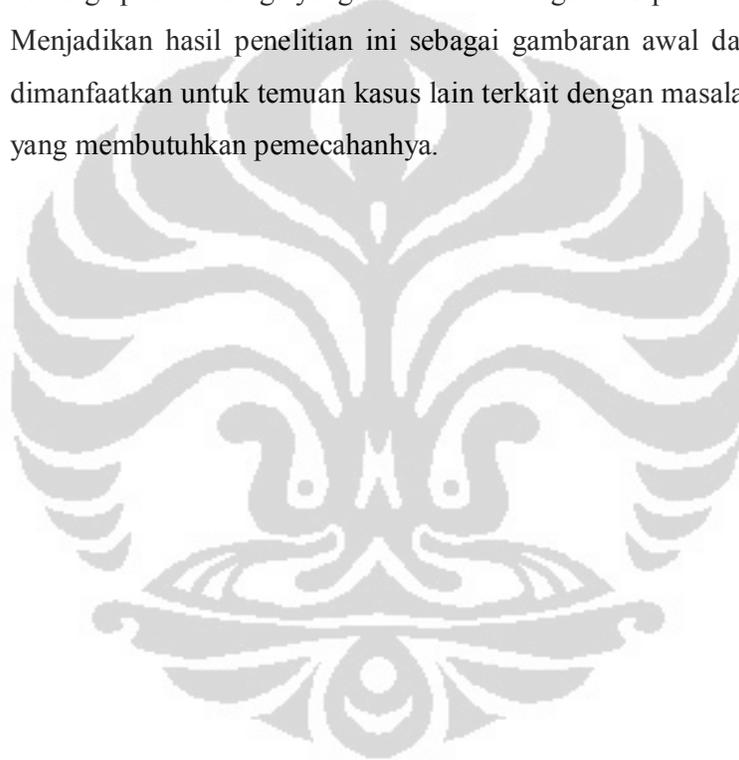
7.2.3.1 Menggunakan terapi psikoedukasi keluarga sebagai terapi lanjutan untuk mengurangi tingkat ansietas keluarga dalam merawat anggota keluarga TBC paru.

7.2.3.2 Menggunakan modifikasi terapi generalis dan terapi spesialis untuk menurunkan tingkat ansietas keluarga

7.2.4 Bagi Peneliti Lain

7.2.4.1 Mengembangkan penelitian mengenai pengaruh terapi psikoedukasi keluarga pada keluarga yang memiliki keluarga TBC paru.

7.2.4.2 Menjadikan hasil penelitian ini sebagai gambaran awal data yang dapat dimanfaatkan untuk temuan kasus lain terkait dengan masalah psikososial yang membutuhkan pemecahannya.



## DAFTAR REFERENSI

- Arikunto, S (2009). *Prosedur penelitian: suatu pendekatan praktik. edisi revisi VIII*. Jakarta: Rineka Cipta
- Baron,R.A & Greenber,J. (2000). *Behaviour in organizations*.(7<sup>th</sup> ed).New Jersey : Prentice Hall
- Bijl,A.J dan Leader, M.H. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in general population results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study ( NEMESIS). *Social Psychiatry Epidemiology*. 33(1).587-595.
- Boyd,M.A. (2008). *Psychiatric nursing contemporary practise*, Philadelphia: Lippincott
- Brunner and Suddarth. (2001). *Buku Ajar Medical Bedah Keperawatan*, Jilid I.Terjemahan, EGC: Bandung
- Chan,M.F. (2009). Faktor affecting knowledge,attitude,and skills levels for nursing staff toward the clinical management system In honkong. *Computer informatics.Nursing*,27 (1),57-65. Pebruari 2011  
<http://Journals./Factor> affecting Knowledge Attitude and Skill.13 aspx
- Chien, W.T. & Wong, K.F. (2007). *A Family psychoeducation group program for chinese people with schizophrenia in Hong Kong*. Psychiatric Services. Arlington. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Januari 2011
- Copel,L.C (2007). *Psychiatric and mental health nursing care: nurse's clinical guide*.(2 ed ). Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins
- Djaali. (2007) *Psikologi pendidikan*. Jakarta : Bumi Aksara
- Depkes RI. (2010). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI. (2002). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta.
- Edelman, Craig, dan Kidman. ( 2000). *Group interventions with cancer patients : Efficacy of psychoeducational versus supportive groups*. Journal of psychosocial Oncology, Vol. 18 ( 3 ) by The Haworth Press,Inc.67 – 85
- Ellis, J.R & Hartley, C.L. (2000). *Managing and collaborating nursing care*. ( 3<sup>rd</sup> ed.) USA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental health nursing*. New Jersey. Pearson Education. Inc

- Friedman, (2010). *Keperawatan keluarga teori dan praktek*. Edisi 5. EGC. Jakarta
- Ginting, dkk (2007) *Faktor- factor yang berpengaruh terhadap timbulnya gangguan Jiwa pada Penderita Tuberkulosis paru dewasa di RS Persahabatan (kualitataif)*, Jakarta
- Gonzales,C et al (2010 ), *Effects of Family Psychoeducation on expressed Emotion and burden of Care in First-Episode psychosis: A prospective Observasional Study..* The Spanish Journl of Psychologi, vol 13. [www.proquest.com.pqdauto](http://www.proquest.com.pqdauto). diperoleh tanggal 25 Januari 2011
- Gulseren,dkk. (2010) *The Perceived Burden of Care and its Correlates in Schizofrenia*. Turkish Journal of Psychiatry, 1- 8
- Hamid,A.y.S ( 2007). *Riset keperawatan;Konsep ,etika dan Instrumentasi*, Jakarta ;EGC
- Hastono, S.P. (2006) *Basic data analysis for health research*. Tidak dipublikasikan. Depok: FKM-UI
- Hallahan, D.P., & Kauffman, J.M (2006), *Exceptional learners: an introduction to special education* (10th Ed.). Boston : Pearson
- Heward, W.L.(1996). *Exceptional children: an introduction to special education* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall
- Hidayat, A.A.A. (2007). *Metode penelitian keperawatan dan tehnik analisis data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hurlock, E.B. (1998). Psikologi perkembangan, suatu rentang kehidupan ( terjemahan : Istiwidayanti dan Soedjarwo ). ( Edisi 5 ). Jakarta : Erlangga.
- Isaacs, A (2005). *Panduan belajar keperawatan kesehatan jiwa dan psikiatrik*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Juliani. (2007). *Pengaruh motivasi intrinsic terhadap kinerja perawt pelaksana di instalasi rawat inap RSU D P Medan :*
- Juslida. ( 2001 ). *Pengaruh pelatihan : manajemen : metode penugasan terhadap pengetahuan dan sikap ketua tim dalam penerapan metode tim di ruang penyakit dalam dan penyakit bedah RSUPN Dr. Ciptomangunkusumo*. FIK. UI. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Keliat, B.A dkk. (2005). *Modul Basic Course Community Mental Health Nursing*, Kerjasama FIK UI dan WHO
- Lemeshow, S,et al. (1997 ). *Besar Sampel dalam penelitian kesehatan*, Jogjakarta, Gadjah Mada University Press.

- Lutfu dan Maliya. (2008). Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien dalam tindakan kemoterapi di rumah sakit dr. Moewardi urakarta. *Berita Ilmu Keperawatan*, Vol.1 No 4 Desember 2008,187-192
- Machfoedz,I. (2007). *Statistika deskriptif bidang kesehatan,keperawatan dan kebidanan ( Bio Statistik )* edisi revisi, Yogyakarta, Fitramaya
- Maramis, W.F. (2005). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Cetakan 9. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim, R. (2001). *Diagnosis Gangguan Jiwa*, PPDGJ III, Jakarta: FK Unika Atmajaya.
- Mohr.WK, (2006). *Psychiatric mental health nursing ( 6 th edition )*, Philadelpia, Lippincott Williams & Wilkins.
- NANDA. (2009). *Nursing diagnoses: definitions & clacification 2008-2009* Philadelphia. USA: NANDA International
- Efendy. N. (2007). *Dasar – Dasar Kesehatan Masyarakat*. Bandung ; EGC
- Nazara,Y ( 2006 ). *Efektifitas intervensi Psikoedukasi terhadap pencegahan depresi postpartum di Kabupaten Nias*, Tesis, tidak dipublikasikan.
- Notoatmojo,S.(2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmojo,S.(2010). *Ilmu Perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurbani, (2009) *Pengaruh Psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial : ansietas dan beban keluarga ( caregiver ) dalam merawat pasien stroke di RS Jakarta pusat Dr.Cipto Mangunkusumo* Tesis. tidak dipublikasikan.
- Nurhidayah,R.E (2010). *Ilmu Perilaku dan Pendidikan Kesehatan untuk Perawat*. Medan: USU Press
- Prasetyo, B. & Jannah, L.M. (2005). *Metode penelitian kuantitatif*. Jakarta. Raja Grafindo Perkasa
- Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI (2008), *Pedoman penulisan tesis*. Jakarta: Tidak dipublikasikan
- Rawlins, Williams, Beck. (1993). *Mental Health-Psychiatric Nursing A Holistik Life-Cycle Approach*,Mosby-Year Book St Louis
- Robbins, S.P. (2001). *Organizational behavior :Concepts, controversies, and applications*. ( 9<sup>th</sup> ed ). New Jersey : Prentice Hall Internasional.

- Saddock, B.J dan Saddock, V.A (2007). *Kaplan and Saddock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. 10th Ed. Lippincott William & Wilkins.
- Sari, H. (2009). *Pengaruh family Psychoedukasi therapy terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di keluarhan Bireun Nagroe Aceh Darussalam 2009*. Jakarta. Tesis. Tidak dipublikasikan.
- Sastroasmoro, S & Ismael, S (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, edisi ketiga, Jakarta; Sagung seto
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psyhiatric nursing*. (8<sup>th</sup> ed.). St. Louis : Mosby Year B.
- Stuart, G.W., and Sundeen, S.J. (2005). *Principles and practice of psyhiatric nursing*. (5<sup>th</sup> ed.). St. Louis : Mosby Year B.
- Steins, D.J & Hollander E. (2008) *Teks Book Of Anxiety Disorders*. The American Psychiatric Publising.
- Sugiyono. (2011) . *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kulaitatif R & D*. Edisi ke 12, Bandung; Alfabeta
- Suryabrata, S. (2005). *Metodologi Penelitian*. Edisi 2. Jakarta;Raja Grafindo Persada
- Susana, A, dkk. (2007) *Terapi Modalitas dalam keperawatan kesehatan jiwa*, Jogjakarta, Mitra cendikia
- Tarwoto dan Wartonah. (2008). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Edisi pertama. Jakarta : Salemba medika.
- Tomb,A.D (2004). *Buku saku psikiatri*. Edisi 6. Jakarta: EGC
- Townsend, C.M. (2008). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (4<sup>th</sup> Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Varcarolis, E.M. (2006), *Psychiatric nursing clinical guide: assesment tools and diagnosis*. Philadelphia. W.B Saunders Co
- Videbeck, S.L. (2008). *Psychiatric mental health nursing*. (4<sup>rd</sup> Ed). Philadhelpia: Lippincott Williams & Wilkins
- Wardaningsih, Santi. (2007). *Pengaruh family psychoeducation terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat k;ien dengan halusiansi di kabupaten Bantul Yogyakarta*. Tesis – FIK UI. Tidak dipublikasikan.

WHO.( 1998 ) *Tuberculosis Handbook*.

Yosep, I. (2007). *Keperawatan Jiwa*. Cetakan pertama. Bandung: PT.Refika Aditama.



## LAMPIRAN 1

### JADUAL KEGIATAN PENELITIAN DALAM MINGGU SEMESTER GENAP 2010 – 2011

	FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Penyusunan proposal	■	■	■	■	■	■	■	■																
2. Ujian Proposal							■																	
3. Pengumpulan Data									■	■	■	■	■	■	■	■								
4. Analisis dan penafsiran data																	■	■	■	■				
5. Penulisan laporan																				■				
6. Ujian hasil penelitian																				■				
7. Sidang Tesis																					■	■	■	■
8. Perbaikan Tesis																								
9. Pengumpulan Tesis																								

## LAMPIRAN 2

### PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang tertulis di bawah ini :

Nama : ARENA LESTARI

NPM : 0906504581

Telp yang dapat dihubungi : 081540881598

dihubungi

Merupakan mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia, akan melakukan penelitian dengan judul:

”Pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan dan tingkat ansietas Keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami Tuberkulosis paru”.

Hasil penelitian yang dilakukan ini dapat membawa manfaat untuk peningkatan program pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan jiwa. Peneliti menjamin hasil penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak yang tidak baik negatif bagi siapapun. Peneliti akan menjunjung tinggi hak-hak responden yaitu:

- 1) Menyimpan seluruh kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian
- 2) Menghargai keinginan saudara sebagai responden bila tidak ingin berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikianlah penjelasan secara singkat mengenai penelitian yang akan saya lakukan. Atas kerjasama dan kesediaan saudara menjadi responden dalam penelitian ini, saya ucapkan banyak terimakasih.

Hormat saya,

Arena Lestari

### LAMPIRAN 3

#### LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca, dan mendapat penjelasan singkat mengenai penelitian ini, saya mengerti dan memahami manfaat dan tujuan penelitian yang akan dilakukan terkait dengan saya. Saya yakin bahwa peneliti menghargai serta menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden dan penelitian ini tidak akan berdampak buruk bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini akan membawa manfaat bagi peningkatan kualitas kesehatan khususnya kesehatan jiwa, khususnya di kabupaten saya tinggal.

Saya menyatakan bersedia berpartisipasi secara aktif dalam penelitian ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Bandar Lampung, .....2011

responden,

.....

nama jelas



# 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 :

**Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan dan Tingkat Ansietas Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Tuberculosis Paru di Kota Bandar Lampung.**

Nama peneliti utama : **Arena Lestari**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 23 Mei 2011

Ketua,



Dekan,  
Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

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

Nomor : 470/H2.F12.D/PDP.04.02/2011  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

28 April 2011

Yth. Kepala  
Dinas Kesehatan  
Bandar Lampung

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

**Sdr. Arena Lestari**  
**0906504581**

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan dan Tingkat Ansietas Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga yang Menderita Tuberkulosis Paru di Kota Bandar Lampung"**.

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

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



Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Puskesmas-puskesmas di Kota Bandar Lampung
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"  
Pengaruh terapi..., Arena Lestari, FIK UI, 2011
7. Pertinggal

**KUESIONER A**

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan dibawah ini
2. Isilah jawaban sesuai dengan yang sebenarnya.
3. Apabila pertanyaan berupa pilihan ,cukup dijawab dengan memberikan tanda ( V ) pada tempat yang tersedia.

Nomor responden :.....( diisi peneliti )

Nama Inisial responden :.....

Alamat :.....

Tanggal pengisian :.....

**A. DATA RESPONDEN**

1. Usia responden :.....tahun

2. Jenis Kelamin :  laki-laki  
 perempuan

3. Pendidikan terakhir :  Dasar (SD-SMP)  
 Lanjut (SMA)

4. Pekerjaan  Buruh  
 Pegawai swasta  
 Swasta

5. Suku Bangsa  Jawa  
 Lampung  
 Sunda

6. Penghasilan : Rp.....

**KUESIONER B**  
**PENGETAHUAN KELUARGA**

Nomor Responden :.....( diisi oleh peneliti )

**Petunjuk Pengisian**

1. Isilah pernyataan dibawah ini dengan memberi tanda cheklis (v) pada jawaban yang sesuai dengan yang anda ketahui dan lakukan.
2. Setiap pernyataan dibawah ini berisi satu jawaban.

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Tuberkulosis adalah penyakit menular dan kronis		
2	Tuberkulosis disebabkan oleh kuman mycobacterium tuberculosa		
3	Tanda dan gejala terkena TBC adalah batuk berdahak lebih dari 1 minggu		
4	Saya menerima kondisi keluarga yang menderita TBC		
5	Saya bersedia mengawasi pengobatan anggota keluarga yang menderita TBC		
6	Saya selalu membuka jendela rumah setiap hari		
7	Kuman TBC mudah mati dengan sinar matahari		
8	Kuman TBC dapat menular hanya melalui penggunaan alat makan bersama dengan penderita		
9	Saya tidak akan mengucilkan keluarga saya yang menderita TBC		
10	Saya telah menyiapkan tempat khusus untuk membuang dahak anggota keluarga yang menderita TBC		
11	Saya telah memisahkan peralatan makan sendiri di rumah untuk anggota keluarga yang menderita TBC		
12	Saya selalu mencuci tangan setiap akan mengkonsumsi makanan		
13	Saya selalu mengingatkan keluarga saya yang menderita TBC untuk meminum obatnya setiap hari		
14	Salah satu komplikasi dari penyakit TBC adalah Pneumothoraks		

15	Saya selalu mengecek keberadaan obat dan jumlahnya setiap hari		
16	Saya bersedia membantu anggota keluarga saya sampai sembuh meskipun prosesnya lama		
17	Orang yang paling beresiko tertular penyakit TBC adalah orang yang mempunyai daya tahan tubuh rendah		
18	Penyakit Tuberkulosis paru dapat dilakukan test dengan menggunakan contoh darah pasien		
19	Hasil pemeriksaan dahak (BTA) positif berarti seseorang positif terkena Tuberkulosis		
20	Pengobatan Penyakit Tuberkulosis dengan menggunakan obat - obat OAT (Obat Anti TBC)		
21	Saya telah mengupayakan anggota keluarga mengkonsumsi makanan yang bergizi setiap hari		
22	Penderita yang mengalami kekambuhan tidak bisa diobati lagi		

**KUESIONER C  
ANSIETAS KELUARGA**

Nomor Responden :.....( diisi oleh peneliti )

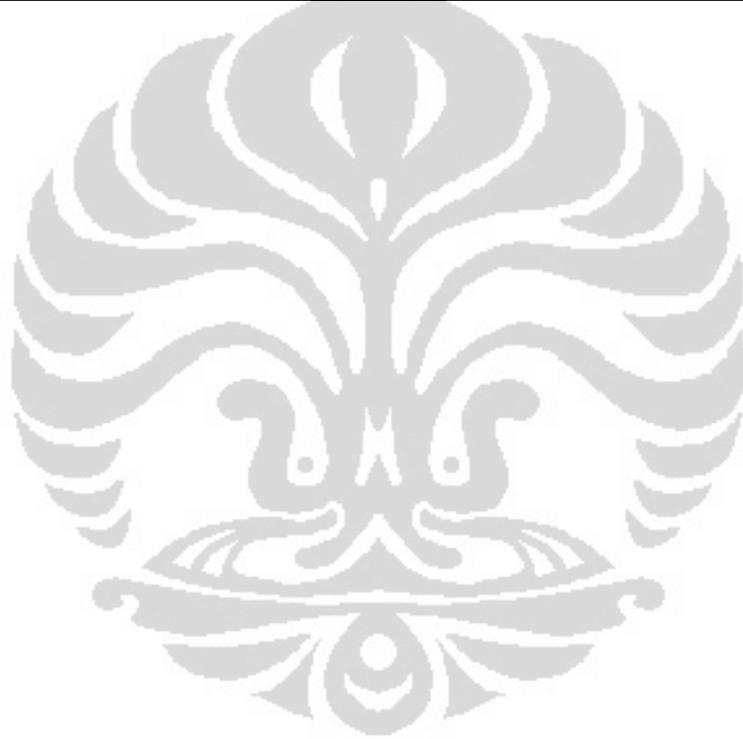
**Petunjuk Pengisian**

1. Isilah pernyataan dibawah ini dengan member tanda cheklis (v ) pada jawaban yang sesuai dengan yang anda rasakan.
2. Setiap pernyataan dibawah ini berisi satu jawaban.
3. Isilah dengan memilih
  - 0 bila tidak dirasakan
  - 1 bila dirasakan 1 dari semua gejala
  - 2 bila dirasakan setengah dari semua gejala yang ada
  - 3 bila lebih dari setengah gejala dirasakan
  - 4 bila semua gejala dirasakan

No	Pernyataan	0	1	2	3	4
1	<b>Perasaan cemas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ perasaan buruk</li> <li>▪ takut akan pikiran sendiri</li> <li>▪ mudah tersinggung</li> </ul>					
2	<b>Ketegangan:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ marasa tegang</li> <li>▪ gelisah</li> <li>▪ gemetar</li> <li>▪ mudah tegang</li> <li>▪ lesu</li> </ul>					
3	<b>Ketakutan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ takut terhadap gelap</li> <li>▪ takut terhadap orang asing</li> <li>▪ takut bila ditinggal sendiri,</li> <li>▪ takut pada binatang besar.</li> </ul>					
4	<b>Gangguan tidur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sukar memulai tidur</li> <li>▪ terganggu pada malam hari,</li> <li>▪ tidur tidak pulas,</li> <li>▪ mimpi buruk</li> </ul>					
5	<b>Gangguan kecerdasan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ penurunan daya ingat</li> <li>▪ mudah lupa</li> <li>▪ sulit konsentrasi</li> </ul>					

6	<b>Perasaan depresi:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hilangnya minat</li> <li>▪ berkurangnya kesenangan pada hoby</li> <li>▪ sedih,</li> <li>▪ perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari</li> </ul>					
7	<b>Gejala somatic</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nyeri pada otot dan kaku</li> <li>▪ gemeretakan gigi</li> <li>▪ suara tidak stabil</li> <li>▪ kedutan otot</li> </ul>					
8	<b>Gejala sensorik :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perasaan ditusuk-tusuk</li> <li>▪ penglihatan kabur</li> <li>▪ muka merah dan pucat</li> <li>▪ serta merasa lemas</li> </ul>					
9	<b>Gejala kardiovaskuler :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nadi cepat</li> <li>▪ nyeri di dada</li> <li>▪ denyut nadi mengeras</li> <li>▪ detak jantung tiba tiba hilang sesaat</li> </ul>					
10	<b>Gejala Pernapasan :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rasa tertekan di dada</li> <li>▪ perasaan tercekik</li> <li>▪ sering menarik napas panjang</li> <li>▪ merasa napas pendek.</li> </ul>					
11	<b>Gejala gastrointestinal :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sulit menelan</li> <li>▪ buang air besar susah</li> <li>▪ berat badan menurun</li> <li>▪ mual</li> <li>▪ muntah</li> <li>▪ nyeri lambung sebelum dan sesudah makan</li> <li>▪ perasaan panas di perut.</li> </ul>					
12	<b>Gejala urogenital :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sering bak,</li> <li>▪ menahan bak</li> <li>▪ tidak menstruasi ( wanita )</li> <li>▪ ereksi lemah/impotensi ( pria)</li> </ul>					

13	<b>Gejala vegetative :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mulut kering</li> <li>▪ mudah berkeringat</li> <li>▪ muka merah,</li> <li>▪ bulu roma berdiri</li> <li>▪ pusing</li> <li>▪ sakit kepala</li> </ul>					
14	<b>Perilaku sewaktu wawancara :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gelisah</li> <li>▪ jari gemetar</li> <li>▪ mengerutkan dahi,</li> <li>▪ muka tegang</li> <li>▪ tonus otot meningkat</li> <li>▪ napas pendek dan cepat</li> </ul>					





# PEMERINTAH KOTA BANDAR LAMPUNG DINAS KESEHATAN

Jl. Drs. Warsito No.74 Telukbetung Telp: (0721) 482864-Fax:474260



Bandar Lampung, 6 Mei 2011

Nomor : 440. *699* .09.2011  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth;

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
Di-  
DEPOK

Sehubungan dengan surat saudara nomor :1470/H2.F12.D/PDP .04.02/2011 tanggal 28 April 2011 perihal Permohonan Ijin Penelitian guna memperoleh data dalam rangka penyusunan Tesis Mahasiswa Fakultas Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, atas nama **ARENA LESTARI** NIM.0906504581, Judul Tesis "*Pengaruh Terapi Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan dan Tingkat Ansietas Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Menderita Tuberkulosis Paru di Kota Bandar Lampung*".

Perlu kami Informasikan beberapa hal sbb :

- Pada prinsipnya kami tidak berkeberatan dan dapat menyetujui permohonan tersebut.
- Izin Pengambilan Data dalam Wilayah Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, mengacu Kepada peraturan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.
- Pengambilan Data digunakan semata-mata hanya untuk kepentingan Akademik/Studi dan tidak akan dipublikasikan tanpa izin tertulis dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.
- Kegiatan pengambilan data diberikan selama 1 (satu) bulan terhitung mulai tanggal ditetapkan.
- Setelah menyelesaikan kegiatan tersebut, mahasiswa diwajibkan menyampaikan laporan hasil kegiatannya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Tembusan : disampaikan Kepada Yth;

- Sdr. Kepala Bidang *Berengaruh terapi..., Arena Lestari, FIK UI, 20111*

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### **Biodata**

Nama : Arena Lestari  
Tempat/tanggal lahir : Penumangan Baru, 1 Juli 1977  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Dosen keperawatan STIKes Muhammadiyah Pringsewu Lampung  
Alamat Institusi : Jl.Jl. KH.Gholib. No 112 Pringsewu Lampung  
Alamat Rumah :Jl. P. Singkep, Gg. Juadi Lk II, Sukabumi, Bandar Lampung

### **Riwayat Pendidikan**

SDN I Penumangan Baru Tulang Bawang : lulus tahun 1987  
SMP Dharma Bhakti Penumangan Baru : lulus tahun 1992  
SMAN 5 Tanjung Karang : lulus tahun 1995  
Akademi keperawatan Tanjung karang : lulus tahun 1998  
FIK Universitas Indonesia ( S1) : lulus tahun 2003  
FIK Universitas Indonesia ( Profesi ) : lulus tahun 2004

### **Riwayat Pekerjaan**

Dosen Keperawatan di STIKes Muhammadiyah Pringsewu Bandar Lampung sejak tahun 1999 – sekarang