FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT KEMANDIRIAN PENDERITA/KELUARGA TB PARU

Mely Gustina, Sri Mulyati

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu, Jurusan Kesehatan Lingkungan,
Jalan Indragiri Nomor 03 Padang Harapan Kota Bengkulu
Sri.mulyatisoebarno@gmail.com

Abstract: Bengkulu city ranks fourth at 7,5%, the rate of TB (BTA+) first high in public health service Sukamerindu, the second highest public health service Basuki Rachmad 25 and high into three PHC cage 19 people (Bengkulu City Health Office, 2015). Beyond the influence of health against diseases such as pulmonary TB slum housing, moist facilitate TB bacteria to live and breed. Government can facilitate and development theories such as Enabling, Empowerment and Protecting. The autonomy of a society or group can be based on the Ministry of Health 279/Menkes/SK/IV/2006. This study aimed correlation factors that affect the level of independence with pulmonary tuberculosis. Type of survey research with cross sectional approach, the sample amounted to 31 obtained by purposive sampling technique, using univariate and bivariate analysis using Chay Square. Results of study largely beyond health factors. Most of the level of independence of the patient/family, there is a correlation factor protecting the activities of government facilitation to the level of independence of the patient/family. Recommended for patients with medication adherence and trust health workers to patients/family as PMO when done with a high awareness of the patient and family, it can accelerate healing.

Keywords: Beyond Health, Government Facilitation, Level of Independence patients/families.

Abstrak: Kota Bengkulu urutan ke empat sebesar 7,5%, angka TB (BTA+) tertinggi pertama di wilayah kerja Puskesmas Sukamerindu, tertinggi ke dua wilayah kerja Puskesmas Basuki Rachmat 25 orang dan tertinggi ke tiga Puskesmas Kandang 19 orang (Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, 2015). Pengaruh beyond health terhadap penyakit TB Paru yang memudahkan kuman TB hidup dan berkembang biak. Dukungan pemerintah bagi perilaku pencegahan penularan penyakit TB Paru: *Enabling, Empowerment* dan *protecting*. Kemandirian dari suatu masyarakat berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 279/MENKES/SK/IV/2006. Tujuan penelitian mengetahui hubungan factor-faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian penderita TB Paru. Penelitian survey dengan pendekatan Cross Sectional, sampel berjumlah 31 orang, teknik sampling Purposif, analisis univariat dan bivariat menggunakan Chay Square. Hasil penelitian sebagian besar factor beyond health, sebagian besar factor dukungan pemerintah, sebagian besar tingkat kemandirian penderita/keluarga pada kemandirian dua. Ada hubungan antara beyond health dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga, ada hubungan factor dukungan pemerintah kegiatan protecting dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga. Disarankan bagi penderita kepatuhan minum obat dan kepercayaan petugas kesehatan kepada penderita/keluarga sebagai PMO bila dilakukan dengan kesadaran yang tinggi dari penderita dan keluarga, hal tersebut dapat mempercepat penyembuhan.

Kata Kunci: Beyond Health, Fasilitasi Pemerintah, Tingkat Kemandirian Penderita/keluarga

Penyakit tuberculosis paru merupakan penyakit yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis yang telah menginfeksi hampir sepertiga penduduk dunia dan pada sebagian

besar Negara di dunia tidak dapat mengendalikan penyakit TBC ini disebabkan banyaknya penderita yang tidak berhasil disembuhkan. Kasus di propinsi Bengkulu

berdasarkan profile kesehatan dinas kesehatan provinsi Bengkulu tahun 2013 kasus TB 1.701 penderita, tertinggi Rejang Lebong 29,9%. Kota Bengkulu urutan ke empat sebesar 7,5%, angka TB (BTA+) tertinggi pertama di wilayah kerja Puskesmas Sukamerindu, tertinggi ke dua wilayah kerja Puskesmas Basuki Rachmat dan tertinggi ke tiga Puskesmas Kandang (Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, 2015). Hasil Riskesdas tahun 2013 melaporkan prevalensi TB di Bengkulu sebesar 0,4%, cakupan penemuan BTA+ atau CDR tahun 2012 adalah 45,8%, sedangkan tahun 2011 sebesar 48,0%. Hasil penanggulangan dari target cakupan penemuan 70%, pada tahun 2012 baru dicapai 48,8%, angka sukses rate mencapai 88,9% (Dinkes, 2013).

Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian tuberculosis paru menurut Jhon Gordon bahwa timbulnya suatu penyakit sangat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu bibit penyakit (agent), pejamu (Host) dan lingkungan (Environment) (Migra lingkungan, 2007).

Pengaruh beyond health terhadap penyakit TB Paru seperti fasilitas perumahan kumuh, lembab yang memudahkan kuman TB hidup dan berkembang biak. Faktor kemiskinan besar perannya dalam upaya pengobatan, upaya preventif dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Faktor ke dua host (jenis kelamin= mayoritas penderita tuberculosis paru adalah wanita, umur= variabel umur berperan dalam kejadian penyakit tuberculosis paru, puncaknya dewasa muda dan menurun kembali ketika seseorang menjelang tua (Depkes, 2001), kondisi sosial ekonomi= WHO menyebutkan 90% penderita tuberculosis paru di dunia menyerang kelompok dengan sosial ekonomi lemah atau miskin (Depkes, 2001).

Status rumah sehat secara fisiologis yang berpengaruh terhadap kejadian tuberculosis paru yaitu : kepadatan penghuni rumah = Bradbury (thn) menyimpulkan secara statistik bahwa kejadian tuberculosis paru paling besar diakibatkan oleh keadaan rumah yang tidak memenuhi syarat pada luas ruangnya (Smith PG, 1994).

Faktor lingkungan rumah berikutnya kelembaban rumah= kelembaban udara dalam rumah minimal 40-70%. Luas ventilasi yang memenuhi syarat kesehatan adalah > 10% luas lantai rumah. Rumah yang tidak masuk sinar matahari mempunyai risiko menderita tuberculosis 3-7 kali disbandingkan dengan rumah yang dimasuki sinar matahari (Atmosukarto, 2000). lantai rumah: komponen yang harus dipenuhi rumah sehat memiliki lantai kedap air dan tidak lembab. Dinding rumah berfungsi sebagai pelindung baik dari gangguan hujan maupun angin serta melindungi dari pengaruh panas dari luar serta menjaga kerahasiaan (*Privacy*) penghuninya.

Pemerintah bisa memfasilitasi dan mengembangkan perilaku pencegahan penularan penyakit TB Paru dengan teori pemberdayaan masyarakat seperti *Enabling*, *Empowerment* dan *protecting*. *Enabling* adalah menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat untuk berkembang. *Empowering* bertujuan untuk memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh rakyat dengan menerapkan langkah-langkah nyata, yakni dengan menampung berbagai masukan dan menyediakan prasarana dan sarana yang diperlukan. *Protecting* artinya melindungi dan membela kepentingan masyarakat lemah.

Membentuk kemandirian agar masyarakat secara mandiri mempunyai kesadaran akan pentingnya upaya pencegahan untuk menanggulangi penyakit TB Paru dengan membentuk *subyektif norm* pada atau setiap individu dalam keluarga baik sebagai keluarga penderita secara langsung maupun tidak langsung. Kemandirian dari suatu masyarakat atau kelompok dapat dilihat berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 279/MENKES/SK/IV/2006 tentang pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di Puskesmas tingkat kemandirian adalah kemandirian keluarga dalam perawatan kesehatan masyarakat dibagi dalam 4 tingkatan yaitu keluarga mandiri tingkat I (paling rendah) sampai keluarga mandiri tingkat IV (paling tinggi). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis berdasar-

kan indikator kemandirian terhadap hasil observasi yang dilakukan pada penderita TB Paru dan keluarga, sejauhmana kemandirian dalam individu dan keluarga dalam upaya pencegahan penularan TB Paru?. Tujuan penelitian mengetahui hubungan factor-faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian penderita TB Paru

BAHAN DAN CARA KERJA

Jenis penelitian ini merupakan penelitian survey dengan pendekatan cross sectionnal. Populasi Semua kasus berjumlah 137 orang. Sampel 31 orang. Teknik pengambilan Sampel secara *Purposive Sampling*. Analisis data dilakukan secara univariat dengan persentase dan bivariate dengan Chi Square.

HASIL

Analisis Univariat

Berdasarkan tabel 1 diketahui karakteristik responden didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden 22 (70,97%) laki-laki, hampir sebagian responden 16 (51,61%) berumur <35 Tahun, sebagian kecil responden 11 (35,48%) status pernikahan belum menikah, sebagian besar responden 22 (70,79%) berpendidikan rendah dan sebagian kecil responden 11 (35,48%) tidak bekerja. Beyond health responden didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden 26 (83,87%) dalam kategori miskin dengan pendapatan < UMR, sebagian besar responden 25 (80,65%) dalam kategori kumuh dengan luas kamar < 9 meter, sebagian besar 27 (87,10%) kebersihan rumah dan sekitarnya dalam kategori cukup, sebagian besar responden 27 (87,10%) kelembaban kamar tidur tidak memenuhi syarat, sebagian besar responden 25 (80,65%) hubungan sosial dengan keluarga dan tetangga cukup.

Dukungan pemerintah didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden 20 (64,50%) enabling dalam kategori cukup, sebagian besar responden 20 (64,50%) empourment dalam kategori cukup dan sebagian kecil responden 11 (35,50%) protecting dalam kategori cukup. Tingkat kemandirian penderita atau keluarga didapatkan hasil

bahwa sebagian besar responden 23 (74,19%) masuk dalam kategori tingkat kemandirian dua.

Tabel 1. Gambaran Karakteristik, Beyond Health, Dukungan Pemerintah Dan Tingkat Kemandirian Keluarga dan Pasien TB Paru

Variabel	Frekuensi (n = 31)	Persentase (100%)
Karakteristik		
Jenis Kelamin		
Laki-laki	22	70,97
Perempuan	9	20,03
Umur		
≥ 35 Tahun	15	40,39
< 35 Tahun	16	51,61
Status Pernikahan		
Menikah	20	64,52
Belum Menikah	11	35,48
Pendidikan		
Rendah	22	70,97
Tinggi	9	20,03
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	11	35,48
Bekerja	20	64,52
Beyond Health		
Kemiskinan		
< UMR	26	83,87
≥ UMR	5	16,13
Kekumuhan		
< 9 meter	25	80,65
≥ 9 meter	6	19,35
Kebersihan		
Cukup	27	87,10
Baik	4	12,90
Kelembaban		
Tidak Memenuhi syarat	27	87,10
Memenuhi syarat	4	12,90
Dukungan Sosial		
Cukup	25	80,65
Baik	6	19,35
Dukungan Pemerintah		
Enabling		
Cukup	20	64,50
Baik	11	35,50
Empourment		
Cukup	20	64,50
Baik	11	35,50
Protecting		
Cukup	11	35,50
Baik	20	64,50
Tingkat Kemandirian Pasien/keluarga		
Tingkat Mandiri		
dua	23	74,19
Tingkat	8	25,81
Kemandirian tiga		

Analisis Bivariat

Berdasarkan tabel 2 hasil analisis didapatkan nilai p value 0,010 (p<0,05) terlihat ada hubungan antara faktor kemiskinan responden dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga dan nilai OR 8,075; nilai p

value 0,026 ($p < 0,05$) terlihat ada hubungan antara faktor kekumuhan responden dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga dan nilai OR 5,782; nilai p value 0,043 ($p < 0,05$) terlihat ada hubungan antara faktor kebersihan rumah responden dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga dan nilai OR 5,030.

Tabel 2. Hubungan Beyond Health Dan Dukungan Pemerintah Dengan Tingkat Kemandirian Pasien TB Paru Dan Keluarga.

Variabel	Tingkat Kemandirian Pasien/ Keluarga				Total		p	OR
	TKM 2		TKM 3		N			
	f	%	f	%				
Beyond Health Kemiskinan								
< UMR	22	84,64	4	15,38	26	100	0,010	8,075
≥ UMR	1	20	4	80	5	100		
Kekumuhan								
< 9 Meter	21	84	4	16	25	100	0,026	5,782
≥ 9 Meter	2	33,33	4	66,67	6	100		
Kebersihan								
Cukup	22	81,48	5	18,52	27	100	0,043	5,030
Baik	1	25	3	75	4	100		
Kelembaban								
Tidak Memenuhi Syarat	21	84	4	16	25	100	0,026	5,782
Memenuhi Syarat Hubungan Sosial	2	33,33	4	66,67	6	100		
Cukup	21	84	4	16	25	100	0,433	0,891
Baik	2	33,33	4	66,67	6	100		
Dukungan Pemerintah Enabling								
Cukup	13	65	7	35	20	100	0,203	2,804
Baik	10	90,90	1	9,10	11	100		
Empourment								
Cukup	13	65	7	35	20	100	0,203	2,804
Baik	10	90,90	1	9,10	11	100		
Protecting								
Cukup	11	100	0	0	11	100	0,028	8,483
Baik	12	77,77	8	22,23	20	100		

Nilai p value 0,026 ($p < 0,05$) terlihat ada hubungan antara faktor kelembaban dalam rumah responden dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga dan nilai OR 5,782; nilai p value 0,433 ($p > 0,05$) terlihat

tidak ada hubungan antara faktor hubungan social responden dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga dan nilai OR 0,891; nilai p value 0,203 ($p > 0,05$) terlihat tidak ada hubungan antara faktor dukungan pemerintah enabling responden dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga dan nilai OR 2,804 ;nilai p value 0,203 ($p > 0,05$) terlihat tidak ada hubungan antara faktor dukungan pemerintah empourment responden dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga dan nilai OR 2,804; nilai p value 0,028 ($p < 0,05$) terlihat ada hubungan antara faktor dukungan pemerintah protecting dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga dan nilai OR 8,483.

PEMBAHASAN

Hasil analisis Univariat sebagian besar beyond health dari keluarga dan pasien kurang memenuhi persyaratan hal ini didukung oleh sebagian besar responden 83,87% pendapatannya <UMR dan sebagian besar 84,62% responden berada pada tingkat kemandirian dua. Faktor kemiskinan besar perannya dalam upaya pengobatan dan upaya pencegahan dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Keluarga yang mempunyai pendapatan yang lebih tinggi akan lebih mampu untuk menjaga kebersihan lingkungan rumah tangganya, menyediakan air minum yang baik, membeli makanan yang jumlah dan kualitasnya memadai bagi keluarga mereka, serta mampu membiayai pemeliharaan kesehatan yang mereka perlukan (Heller, 2010). Hasil penelitian ini di dukung dengan pekerjaan responden sebagian kecil 35,48% buruh (buruh bangunan, buruh pembuatan batako) pada kenyataannya di lapangan tidak ada program pemberian makanan tambahan untuk penderita TB Paru yang kurang mampu, sudah pasti hal tersebut menjadi salah satu terjadinya peningkatan kasus TB Paru dipengaruhi oleh daya tahan tubuh. Selanjutnya pendidikan responden sebagian besar 70,97% rendah (SD & SMP), hasil pengamatan langsung penelitian kondisi rumah responden tipe semi permanen, luas kamar tidurnya <9 meter, lantainya tanah ada yang dipleset biasa namun

sudah ada yang pecah-pecah, ada yang tanpa ventilasi, tidak membuka jendela, matahari tidak bisa masuk.

Hasil penelitian ini diperkuat dengan adanya tiga keluarga responden yang satu rumah sama-sama penderita TB paru, berikutnya kondisi rumah responden, rumah tipe semi permanen, tidak ada ruang tamu, ruang keluarga, jumlah kamar tidur hanya satu, ventilasi kurang bahkan ada yang tidak berventilasi. Ventilasi alami diukur dengan cara membandingkan luas ventilasi dengan luas lantai, ada yang berjendela namun tidak dibuka setiap hari hanya kadang-kadang saja sehingga matahari tidak masuk rumah, Lyzigos (2013) menyatakan bahwa jendela yang tertutup menyebabkan ventilasi rumah yang buruk sehingga meningkatkan risiko penularan TB. Berikutnya tidak ada langit-langit rumah tidak juga dibersihkan yang ada langit-langit rumah dalam keadaan kotor, tidak mempunyai WC yang sehat, kondisi demikian memudahkan kuman TB hidup dan berkembang biak.

Peneliti lain Anwar Musadad (2009) menunjukkan bahwa angka penularan TB paru di rumah tangga sebesar 13%, risiko penularan bertambah jika terdapat penderita TB paru lebih dari satu orang dalam satu rumah tangga, dimana besar risikonya penularannya adalah empat kali dibandingkan dengan rumah tangga yang hanya satu orang penderita TB paru. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Halim (2005) adanya korelasi positif ($r = 0,602$) yaitu makin banyak penderita TB yang tinggal serumah maka makin tinggi penularan.

Hasil ini didukung dengan pendidikan responden sebagian besar 70,97% rendah (SD/SMP), kondisi rumah yang kumuh seperti rumah berada di lingkungan pembuatan batako dimana pasir dengan bebasnya beterbangan masuk ke dalam rumah, lantai tanah, lantai yang di plester biasa jarang disapu, langit-langit rumah belum di plavon dan kotor, ada plavon namun tidak dibersihkan, dinding rumah yang menggunakan papan masih dapat ditembus oleh udara, tetapi sangat sulit untuk dibersihkan karena banyak debu yang menempel pada bagian

tersebut jenis dinding rumah sebaiknya terbuat dari bahan yang mudah dibersihkan seperti pasangan bata, pasangan beton. Selain itu perilaku membuang ludah sembarangan dimana ditemukan di sudut-sudut rumah yang lantainya tanah dan disekitar rumah (samping dan depan rumah). Kuman TB paru menyebar melalui percikan dahak/ludah (droplet) yang dihasilkan oleh seorang penderita ketika batuk, bersin ataupun ludah sembarangan, seseorang dapat terinfeksi bila droplet tersebut terhirup dan masuk ke dalam saluran pernafasan, semakin tinggi konsentrasi kuman maka semakin tinggi daya penularannya. Kondisi sanitasi lingkungan perumahan sangat berkaitan dengan penularan penyakit. Hasil penelitian sejalan dengan pendapat Depkes RI (2007) bahwa faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi pasien TB adalah daya tahan tubuh yang rendah diantara infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi (gizi buruk), faktor lingkungan yaitu ventilasi, kepadatan hunian, faktor perilaku, kesehatan perumahan, lama kontak dan konsentrasi kuman.

Penelitian yang dilakukan oleh Lestari (2011) menyatakan kelembaban merupakan salah satu kondisi fisik rumah yang berperan terhadap kejadian TB, kelembaban yang tinggi di dalam rumah akan mempermudah berkembangbiaknya mikroorganisme antara lain bakteri spiroket, rikettsia dan virus.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil temuan Ahmad Dahlan (2001) bahwa ventilasi $< 10\%$ dari luas lantai mempunyai peluang menderita TB 4,56 kali dibandingkan dengan rumah dengan ventilasi $\geq 10\%$ dari luas lantainya. Menurut Depkes RI (2001) bahwa penularan TB dapat terjadi bila ada kontak dengan penderita TB yang umumnya terjadi dalam ruangan yang mengandung droplet (tergantung konsentrasi droplet dalam udara) lama menghirup & kerentanan individu, selama kontak serumah dan kontak dengan penderita TB di luar rumah.

Rumah dengan pencahayaan dan ventilasi yang baik akan menyulitkan pertumbuhan kuman, karena sinar ultraviolet dapat mematikan kuman dan ventilasi yang baik

menyebabkan pertukaran udara sehingga mengurangi konsentrasi kuman (Depkes RI, 2001).

Hubungan sosial responden diukur dari hubungannya dengan keluarganya. Dukungan social adalah informasi dari orang lain bahwa ia dicintai dan diperhatikan, dihargai serta merupakan bagian dari jaringan komunikasi, dukungan social merupakan salah satu fungsi dan ikatan social yang menggambarkan kualitas hubungan interpersonal.

Hasil analisis univariat sebagian kecil 38,71% hubungan sosial responden cukup dan responden berada pada tingkat kemandirian dua. Analisis bivariat didapatkan nilai $p \text{ value} = 0,433 > (p = 0,05)$ artinya tidak ada hubungan antara hubungan sosial responden dengan tingkat kemandirian dan nilai OR 0,891 berarti responden yang hubungan sosialnya dengan keluarga dan tetangga cukup berpeluang hanya 1 kali untuk mencapai tingkat kemandirian tiga dibanding dengan responden dengan hubungan sosial dengan keluarga dan tetangga baik.

Hasil ini dapat terjadi karena lebih dari setengah 61,29% hubungan sosial responden baik terjadi karena anggota keluarga (orang tua, suami, istri, anak) yang menjadi PMO untuk mengawasi penderita minum obat dan lokasi rumah berada dipemukiman padat penduduk dimana mereka dapat berinteraksi dengan baik satu sama lain, bahkan ada responden yang menjadi ketua RT. Sedangkan hubungan sosial responden cukup karena ada sebagian rumah responden jauh dari tetangga yang berlokasi rumahnya berada di tengah-tengah tempat pembuatan batako sehingga interaksi lebih banyak dengan anggota keluarganya sendiri dibanding dengan tetangga.

Dukungan emosional dalam penelitian ini berbicara tentang bentuk perhatian dan rasa empati dari lingkungan social penderita kepada penderita. Penderita TB paru mendapatkan dukungan emosional berupa kepedulian, empati dan perhatian sehingga penderita merasa nyaman, dihargai dan diperhatikan. Hal yang sama ditunjukkan oleh tetangga penderita, tetangga dan keluarga penderita beranggapan bahwa sakit yang

diderita oleh penderita bukan atas dasar keinginan siapapun, itu sebabnya mereka tidak punya alasan untuk menghindari penderita dan tetap memberikan dukungan emosional kepada penderita agar penderita memiliki motivasi untuk sembuh dari sakitnya.

Peneliti melakukan konfirmasi dengan responden mengenai enabling yang dilakukan oleh petugas kesehatan, responden mengatakan setiap kali mereka mengambil obat di Puskesmas selalu diberi penyuluhan. Sujudi (1996) dan Abednego (1997) mengemukakan bahwa untuk pemberantasan tuberkulosis paru, peran penyuluh oleh tenaga kesehatan kepada setiap penderita/keluarga yang berobat sangat penting agar terjadi keteraturan berobat yang optimal.

Kepercayaan petugas kesehatan kepada keluarga penderita masih tinggi, sebagian besar 85% yang menjadi PMO bagi penderita TB paru untuk teratur mengkonsumsi obat dipercayakan kepada orang tua bila penderitanya anak-anak, suami bila penderita perempuan begitupun sebaliknya istri bila suaminya penderita. Gambaran situasi ini didukung dengan adanya pendapat bahwa PMO dari keluarga terdekat yang sesuai struktur sosial yang ada di masyarakat, penunjukkan PMO bagi penderita TB paru berperan dalam menyukseskan sistem penyembuhan penderita sekaligus mencegah penularan. Apabila tidak memungkinkan PMO dari keluarga terdekat maka PMO dapat ditunjuk kader atau bidan desa terdekat dan ada yang petugas kesehatan di Puskesmas yang bertanggung jawab program TB paru yang menjadi PMO.

Dukungan pemerintah berdasarkan empourment yang dimaksud dalam penelitian ini adalah Puskesmas yang menyediakan laboratorium serta bahan-bahan untuk pemeriksaan sputum dan darah bagi penderita TB dan ketersediaannya obat rutin yang dibutuhkan penderita. Empourment bertujuan untuk memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh rakyat dengan menerapkan langkah-langkah nyata, yakni menampung berbagai masukan dan menye-

diakan sarana dan prasarana yang diperlukan masyarakat(Ginanjari,2011).

Dukungan pemerintah ditinjau dari protecting adalah melindungi dan membela kepentingan masyarakat lemah (Ginanjari, 2011). Dukungan pemerintah berdasarkan protecting yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pengadaan obat rutin dan diberikan secara gratis oleh pihak Puskesmas.

Hasil analisis univariat didapatkan sebagian kecil 35,48% protecting yang dilakukan pemerintah dalam kategori cukup dan seluruh responden berada pada tingkat kemandirian dua. Analisis hubungan didapat nilai p value 0,028 ($p < 0,05$) artinya ada hubungan antara Dukungan pemerintah dari segi protecting dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga. Nilai OR 8,483 berarti responden dengan pendapat protecting cukup mempunyai peluang 2,804 kali untuk mencapai tingkat kemandirian tiga dibandingkan dengan responden yang berpendapat protecting baik.

Kondisi adanya hubungan antara dukungan pemerintah protecting dengan tingkat kemandirian penderita/keluarga penderita TB paru, kemungkinan dapat disebabkan pada saat pengumpulan data peneliti langsung melaksanakan konfirmasi kepada responden mengenai kebenaran bahwa obat rutin yang diperlukan penderita diambil di Puskesmas tanpa membayar,peneliti juga menanyakan langsung kepada petugas di Puskesmas memang cuma-cuma. Responden

merasakan diperhatikan oleh pemerintah, ada yang mengatakan bila obat rutin itu harus kami bayar, mungkin kami tidak mampu membelinya karena obat itu lama diminumnya, jangankan untuk beli obat,kami untuk makan saja hampir tidak cukup.

KESIMPULAN

Disimpulkan bahwa Tingkat Kemandirian Pasien/keluarga TB Paru termasuk dalam tingkat kemandirian II dan III, sebagian besar beyond health: kemiskinan $< \text{UMR}$, kekumuhan < 9 meter, kebersihan cukup, kelembaban tidak memenuhi syarat dan dukungan social cukup. Dukungan pemerintah lebih dari setengah: enabling cukup, empowerment cukup dan protecting baik. Terdapat hubungan yang signifikan antara beyond health: kemiskinan, kekumuhan, dan faktor kelembaban dengan tingkat kemandirian pasien/keluarga TB Paru. Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan pemerintah: protecting dengan tingkat kemandirian pasien/keluarga TB Paru.

Diharapkan pada pihak Puskesmas untuk dukungan pemerintah bagi penanggulangan penyakit TB paru melalui pemberdayaan masyarakat yaitu kegiatan enabling, empowerment dan protecting sudah dilaksanakan oleh Puskesmas, sebaiknya lebih ditingkatkan lagi dan melibatkan kader pembangunan kesehatan yang ada.

DAFTAR RUJUKAN

- Ahmadi,Umar Fahmi,2005 , *Manajemen Penyakit Berbasis wilayah*, Jakarta: penerbit Buku Kompas
- Amir M,dan Assegap,1989, *Pengantar Ilmu Penyakit Paru*,Surabaya: AirlanggaUniversity Press
- Ariati,J dan Boesri,1998,*Variabel Epidemiologi Penyakit Menular*, Jakarta: Majalah Kesehatan Masyarakat No 19 Tahun 1989,Departemen Kesehatan RI
- Atmosukarto,Sri Soewati,2000,*Pengaruh Lingkungan Pemukiman dalam penyebaran Tuberkulosis*, Jakarta,Media Litbang Kesehatan, Vol 9(4) Depkes RI
- Azwar A,1995, *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*, Mutiara, Jakarta

- Body Mass Index,http://en.wikipedia.org/wiki/Body_mass_index
- Departemen Kesehatan RI,1989, *Pengawasan Penyehatan Lingkungan Pemukiman*, Jakarta
- _____,1994, *Pengawasan Kualitas Kesehatan Lingkungan dan Pemukiman*,Dirjan P2M & PLP, Jakarta
- _____,2001, *Departemen Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Departemen Pekerjaan Umum,1986,*Pedoman Teknik Pembangunan Perumahan Sederhana Tidak Bersusun*, Keputusan Menteri Pekerjaan Umum, No 20/kprs/1986,Jakarta.

- Deni Sri Wahyuni, 2012, Hubungan Kondisi Fisik Rumah Dan Karakteristik Individu Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru BTA Positif Di Puskesmas Ciputat Kota Tangerang Selatan Tahun 2012, Jakarta, BIMKMI Vol 1.
- Dinas Kesehatan Propinsi Bengkulu, 2012, *Profil Kesehatan Propinsi Bengkulu Tahun 2011*, Bengkulu, Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu
- _____, 2013, *Profil Kesehatan Propinsi Bengkulu Tahun 2012*, Bengkulu, Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu
- _____, 2014, *Profil Kesehatan Propinsi Bengkulu Tahun 2013*, journal Bengkulu, Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu
- Dinas Kesehatan kabupaten Seluma, 2015, 310 Warga Seluma Positif TBC, Rakyat Bengkulu 16 Januari 2015.
- Erika Herry, Tingkat Kecemasan, Dukungan Sosial Dan Mekanisme Koping Terhadap Kelentingan Keluarga Pada Keluarga Dengan TB Paru Di Kecamatan Ciomas Bogor, Bogor, IPB
- Irma Prasetyo, 2009, Hubungan antara Pencahayaan Rumah, Kepadatan Penghuni dan Kelembaban Dan Risiko Terjadinya Infeksi Tb Anak SD di Kabupaten Jember, Surabaya, Jurnal Kedokteran Indonesia Vol 1/No.1/JANUARI/2009.
- Keman, Soedjadi, 2005, *Kesehatan Perumahan dan Lingkungan Pemukiman*, Journal Kesehatan Lingkungan Vol 2, No 1 Juli 2005.
- Kementerian Kesehatan RI & Ikatan Dokter Indonesia, 2012, *Panduan Tatalaksana Tuberkulosis ISTC Dengan Strategi DOTS untuk Praktik Dokter Swasta (DPS)*, Jakarta, Kementerian Kesehatan
- Lubis P, 1989, *Perumahan Sehat*, Jakarta: DepKesRI
- Misnadiarly, Simanjuntak, Ch Pudjarwoto, 1990, *Pengaruh Faktor BCG Terhadap Timbulnya Penyakit Tuberkulosis Paru*, Cermin Dunia Kedokteran
- Miller F.J.W, 1982, *Tuberculosis in Children Evolution, Epidemiology Treatment, Prevention*, Churchill Livingstone, Edinburg London Melbourne and New York
- Notoatmodjo S, 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat, Prinsip-Prinsip Dasar*, Jakarta: Rineka Cipta
- Sanropie, Djasio dkk, 1989, *Pengawasan Penyebaran Pemukiman Untuk Institusi Pendidikan Sanitasi Lingkungan*, Jakarta: Pusdiknakes Depkes RI
- Smith P.G, dan Moss A.R, 1994, *Epidemiology Of Tuberculosis Pathogenesis, Protection And Control*, ASM Press, Washington DC,
- Subagyo, Agus, 2007, *Hubungan Lingkungan Fisik Rumah Dengan Kejadian TB Paru di Kabupaten Banyumas*, Program Magister Kesehatan Lingkungan, UNDIP, Semarang.
- Sulasimi Arikunto, 2010, *Metodologi Penelitian*, Jakarta, EGC
- Soemirat, Juli, 2000, *Epidemiologi Lingkungan*, Yogyakarta, Gajah Mada University Press
- Standford S, Jhon P, Herbert MS, 1994, *Dasar Biologi Dan Klinis Penyakit Infeksi*, Edisi 4, Terjemahan Samik W, Yogyakarta: Gajah Mada University Press