

**MODEL ADAPTIF CONSERVATION (ACM) DALAM MENINGKATKAN  
DUKUNGAN KELUARGA DAN KEPATUHAN BEROBAT PADA PASIEN TB PARU  
DI WILAYAH KOTA SURABAYA**

*(Adaptif Conservation (ACM) Model in Increasing Family Support and Compliance Treatment  
in Patient with Pulmonary Tuberculosis in Surabaya City Region)*

**Siti Nur Kholifah\*, Minarti\*, Hilmi Yumni\***

\* Program Studi Keperawatan Sutopo Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya, Jl. Parangkusumo No. 1 Surabaya,  
E-mail: Kholifah\_stp@yahoo.co.id

**ABSTRACT**

**Introduction:** Tuberculosis (TB) in Indonesia is still health problem and the prevalence rate is high. Discontinuing medication and lack of family support are the causalities. Numbers of strategies to overcome are seemingly not succeeded. Roles and responsibilities of family nursing are crucial to improve participation, motivation of individual, family and community in prevention, including pulmonary tuberculosis. Unfortunately, models of pulmonary tuberculosis currently unavailable. The combination of adaptation and conservation in complementarily improving family support and compliance in medication is introduced in this study. **Method:** This research intended to analyze Adaptive Conservation Model (ACM) in extending family support and treatment compliance. Modeling steps including model analysis, expert validation, field trial, implementation and recommending the output model. Research subject involves 15 families who implement family Assistance and supervision in Medication (ASM) and other 15 families with ACM. **Result:** The study revealed ACM is better than ASM on the case of family support and medication compliances. It supports the role of environment as influential factor on individual health belief, values and decision making. Therefore, it is advised to apply ACM in enhancing family support and compliance of pulmonary TB patients. **Discussion:** Social and family supports to ACM group obtained by developing interaction through communication. Family interaction necessary to improve family support to pulmonary tuberculosis patients. And social support plays as motivator to maintain compliance on medication

*Keywords: adaptive conservation model (ACM), family support, medication compliance, pulmonary TB*

---

**PENDAHULUAN**

Penyakit tuberkulosis (TBC) adalah penyakit kronis menular yang masih tetap merupakan masalah kesehatan masyarakat di dunia termasuk Indonesia (TBC Indonesia. or.id, diakses tanggal 15 Januari 2011). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 menunjukkan bahwa *periode prevalence* TB Paru 2009/2010 sebesar 725/100.000 penduduk (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010). Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2009, jumlah kasus baru TB Paru dengan BTA Positif adalah 37.000 penduduk dan terjadi *trend* kenaikan penemuan kasus dalam

5 tahun terakhir (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2010).

Upaya yang dilakukan pemerintah sejak tahun 1995 adalah program pemberantasan tuberkulosis paru yang telah dilaksanakan dengan strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS). Salah satu strategi dari upaya ini adalah promosi kesehatan dalam rangka meningkatkan perilaku hidup sehat (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002). Namun hasil yang diharapkan kurang memuaskan, *prevalence* TB Paru di Indonesia masih tinggi.

Faktor penyebab masih tingginya prevalensi TB Paru di Indonesia termasuk

di Jawa Timur di antaranya kemiskinan, kebodohan, geografis, perilaku yang tidak sehat, lingkungan yang kurang sehat, penyakit dan akses pelayanan kesehatan terbatas (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2010). Faktor lain yang juga menjadi penyebab adalah putus berobat dan kurangnya dukungan keluarga (Pratiwi, 2008).

Keperawatan keluarga yang merupakan *entry point* dari keperawatan komunitas merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan mempunyai peran dan tanggung jawab untuk meningkatkan perilaku yang sehat dengan partisipasi dan motivasi individu, keluarga, dan masyarakat sebagai upaya preventif terhadap TB Paru. Tujuannya agar pasien dapat melakukan pemeliharaan diri sesuai kondisi yang dialaminya dan patuh untuk minum obat dengan dukungan keluarga serta masyarakat sekitar.

Upaya untuk mencapai tujuan keperawatan di atas, peneliti akan melakukan *blended 2* (dua) model keperawatan yaitu *adaptation* dan *conservation*, kedua model tersebut mempunyai beberapa komponen yang sama dan saling melengkapi satu dengan yang lain dan diharapkan dapat diterapkan menjadi satu model keperawatan keluarga (*adaptive conservation models*) sebagai salah satu pedoman perawat dalam menanggulangi TB Paru di masyarakat melalui peningkatan dukungan keluarga dan kepatuhan berobat. Mengingat sampai saat ini belum ada model keperawatan yang diterapkan untuk penanggulangan TB Paru.

Model adaptasi (*adaptation models*) dapat diterapkan pada keluarga dengan TB Paru karena pasien TB Paru memerlukan pengobatan dalam jangka waktu yang lama. Kondisi tersebut akan menimbulkan stres psikologis karena tuntutan untuk minum obat setiap hari dan adanya berbagai efek samping dari pengobatan yang membuat rasa tidak nyaman pada pasien TB Paru. Kondisi tersebut membutuhkan proses adaptasi agar pasien dapat melakukan perilaku yang adaptif untuk menunjang keberhasilan proses pengobatan.

Sedangkan model konservasi (*conservation models*) dari Mary E. Levine

dapat diaplikasikan pada keluarga dengan TB Paru karena pasien memerlukan pemenuhan kebutuhan dasar sebagai upaya pemeliharaan yang harus dilakukan secara terus-menerus untuk mencapai kesembuhan total. Selama proses pemeliharaan pasien TB Paru memerlukan interaksi dengan keluarga berupa dukungan untuk menunjang perawatan yang dilakukan, sehingga dapat mencapai tujuan yang diharapkan yaitu kepatuhan pengobatan secara teratur sesuai dengan jangka waktu yang ditentukan.

Tujuan dari penelitian ini adalah Menganalisis *Adaptive Conservation Models* (ACM) dalam meningkatkan dukungan keluarga dan kepatuhan berobat pada pasien TB Paru di wilayah kota Surabaya.

## BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan langkah-langkah penelitian pemodelan meliputi analisis model dikembangkan dengan cara melakukan studi pendahuluan untuk mengumpulkan informasi berupa kajian pustaka, dan identifikasi permasalahan yang terkait dengan dukungan dan kepatuhan berobat pasien TB Paru. Selanjutnya mengembangkan model awal, validasi ahli dan revisi, uji coba lapangan pertama, uji coba lapangan akhir untuk penetapan model akhir dan merekomendasikan model ACM dalam meningkatkan dukungan keluarga dan kepatuhan berobat pasien TB Paru. Sedangkan subjek uji coba atau sampel untuk uji coba pada penelitian ini adalah keluarga dengan anggota keluarga yang menderita TB Paru sebagai unit analisis terdiri dari 15 keluarga yang melaksanakan program PMO dan 15 keluarga yang dilakukan intervensi model ACM.

Teknik pengumpulan data dukungan keluarga dan kepatuhan dengan menggunakan observasi, wawancara, dan kuesioner. Instrumen dikembangkan sendiri oleh peneliti, berdasarkan berbagai teori yang diperoleh. Kuesioner ini dilakukan uji coba dan uji validitas dan reliabilitasnya, untuk mengetahui perbedaan dukungan keluarga dan kepatuhan berobat pada pasien TB Paru setelah uji coba subjek menggunakan analisis deskriptif.

## HASIL

### Uji Validasi Ahli

Uji validasi ahli dilakukan setelah peneliti merancang model dengan *literatur review*. Uji validasi ahli pertama bertujuan untuk *sharing* model yang telah dirancang dari beberapa ahli yang terkait dengan aplikasi model dan pemegang kebijakan yang diharapkan akan mengadopsi model yang telah dirancang. Selain itu, memberikan masukan juga untuk pelaksanaan uji lapangan. Beberapa rekomendasi yang dihasilkan dari uji validasi ahli I adalah adanya kesesuaian model adaptif dan *conservation* bila *diblended* dan diaplikasikan pada pasien TB paru, perlu pengukuran tingkat kecemasan dan pengukuran tingkat pengetahuan, mengkaji kebutuhan sebelum memberikan pendidikan kesehatan, pengumpulan data pada 2 (dua) kelompok yaitu kelompok dengan PMO dan kelompok dengan Model ACM, sebagai aplikasi model ACM membentuk kelompok atau Paguyuban penderita TB Paru (*Peer Group Support*) di satu Puskesmas, melakukan konseling pada pasien yang bermasalah secara psikologis dan bila perlu bekerja sama dengan *social worker*.

Uji validasi ahli yang kedua dilakukan setelah proses penerapan ACM pada pasien TB Paru dan keluarga. Tujuan dari uji validasi ahli yang kedua adalah memaparkan hasil uji lapangan yang telah dilaksanakan dan kelemahan serta kelebihan dari model.

### Uji Coba Lapangan

Uji coba lapangan penerapan model ACM pada 15 sampel penelitian meliputi beberapa kegiatan, yaitu memberikan pendidikan kesehatan, meningkatkan interaksi keluarga dengan komunikasi, meningkatkan partisipasi keluarga dalam perawatan, melakukan konseling, meningkatkan dukungan kelompok dan masyarakat dengan proses kelompok.

### Memberikan Pendidikan Kesehatan

Sebelum memberikan pendidikan kesehatan, peneliti melakukan pengkajian kebutuhan informasi pada klien dan keluarga melalui wawancara. Hasil pengkajian yang diperoleh hampir keseluruhan pasien TB

Paru dan keluarga belum mengetahui tentang pencegahan penularan TB Paru. Bahkan ada beberapa keluarga belum mengerti bahwa TB Paru dapat menular. Beberapa ungkapan keluarga, “saya tahunya TBC itu menular, tapi bagaimana penularannya saya nggak ngerti...”. “katanya dokter di Puskesmas anak saya TBC, dapat menular, tapi saya ndak tahu apa yang harus saya lakukan di rumah....”.

Pemberian pendidikan kesehatan yang dilakukan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan. Hal ini akan berdampak pada perilaku pasien dan keluarga terhadap perawatan yang dilakukan karena pasien TB Paru dan keluarga mampu mengambil keputusan secara tepat untuk melanjutkan proses pengobatan dan perawatan sesuai waktu yang telah ditentukan. Hasil pengukuran pengetahuan menunjukkan bahwa dengan analisis deskriptif didapatkan ada perbedaan pengetahuan antara kelompok PMO dan kelompok ACM. Mayoritas (73,3%) pengetahuan pada kelompok PMO adalah kurang, sedangkan pada kelompok ACM mayoritas (60%) adalah berpengetahuan baik dan tidak ada yang berpengetahuan kurang. Dengan demikian penerapan ACM diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga.

### Meningkatkan Interaksi Keluarga dengan Komunikasi

Program PMO setiap pasien TB Paru mempunyai seorang pengawas menelan obat dari salah satu anggota keluarganya. Kenyataan di lapangan, ternyata hanya orang yang ditunjuk sebagai PMO ini yang mengetahui bagaimana kondisi pasien, sedangkan anggota keluarga yang lain kurang peduli terhadap pasien.

Data yang didapatkan dari hasil kunjungan rumah, terdapat beberapa keluarga yang kurang terjalin komunikasi dengan baik. Misalnya mengingatkan pasien minum obat dengan membentak atau marah-marah, “.... kalau kamu tidak minum obat, awas...” “... mau minum obat atau mau mati.....”. Ada juga anggota keluarga yang kurang peduli terhadap pasien, serta tidak tahu penyakit pasien, “Bapak saya memangnya sakit apa Bu...?”. padahal pasien sudah berobat 2 (dua) minggu. Penerapan ACM untuk meningkatkan

interaksi keluarga yang telah dilakukan adalah dengan mengumpulkan anggota keluarga yang tinggal serumah dan menginformasikan tentang penyakit pasien. Menjelaskan perlunya dukungan keluarga terhadap kesembuhan pasien dan bagaimana cara memberikan dukungan sesuai dengan kapasitas yang dimiliki keluarga. Dengan demikian setiap anggota keluarga akan berkontribusi memberikan dukungan meskipun hanya dengan pertanyaan-pertanyaan sederhana, misalnya. menanyakan kondisinya hari ini, apakah obatnya sudah diminum, kapan kontrol lagi dan sebagainya.

Interaksi keluarga melalui komunikasi yang dilakukan keluarga juga dapat memberikan dukungan secara emosional pada pasien TB Paru yaitu meliputi perhatian, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional dapat meningkatkan respons adaptif pada pasien TB Paru. Setelah intervensi ACM ungkapan yang disampaikan pasien TB Paru dan keluarga, “...anak saya sekarang sering tanya, saya sudah makan apa belum....”, saya ingatkan kakak saya untuk minum obat dan makan yang banyak, biar cepat sembuh....”. “Adik saya sekarang sering mengingatkan minum obat dan kalau waktunya kontrol....”.

### ***Meningkatkan Partisipasi Keluarga dalam Perawatan***

Hasil kunjungan rumah didapatkan data keluarga kurang memperhatikan kebutuhan sehari-hari pasien TB Paru, misalnya tersedianya tempat dahak, pemenuhan kebutuhan makan dan minum yang bergizi dan lingkungan rumah yang bersih. Keluarga menyamakan kebutuhan pasien dengan kebutuhan anggota keluarga lainnya.

Data dari seluruh responden, semuanya tidak mempunyai tempat dahak tersendiri. Pasien TB Paru lebih banyak meludah di got atau di halaman rumah. Peneliti memberikan saran kepada keluarga untuk menyediakan tempat dahak tersendiri dari wadah yang tertutup dan diisi oleh larutan desinfektan. Pada pertemuan berikutnya keluarga sudah menyediakan tempat dahak tersebut.

Upaya lain untuk meningkatkan partisipasi keluarga selama perawatan adalah dengan memodifikasi lingkungan yang sehat.

Dari 15 keluarga yang dilakukan kunjungan rumah, sebagian besar lingkungan rumahnya kurang menunjang perawatan pada pasien TB Paru, baik dari segi kebersihan, kecukupan ventilasi, dan penataan perabotan. Kunjungan pertama peneliti dengan melakukan observasi lingkungan rumah keluarga. Kalau ada yang tidak sesuai peneliti memberikan masukan untuk modifikasi lingkungan sesuai dengan sarana yang dimiliki oleh pasien.

### ***Melakukan Konseling***

Konseling dilakukan pada pasien TB paru yang mempunyai masalah yang berkaitan dengan konsep diri. Hasil kunjungan rumah pada salah satu pasien TB Paru bernama Sdr. G (29 th) yang berhenti bekerja karena didiagnosa TB Paru. Sdr. G ini tidak mau keluar rumah sejak sakit. Ketika kunjungan rumah pertama kali Sdr. G juga tidak mau menerima peneliti. Setelah mengenalkan diri dan menjalin *trust* dengan keluarga, peneliti mulai melaksanakan konseling kepada pasien dan 2 (dua) orang anggota keluarga lainnya. Setelah 3 (tiga) kali kunjungan, sdr. G sudah mau keluar rumah dan mencari pekerjaan lagi.

Data tersebut di atas menunjukkan kelebihan ACM dibandingkan PMO untuk mengatasi permasalahan pasien TB Paru dan keluarga. Pendekatan secara menyeluruh selama konseling dilaksanakan merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam menyelesaikan masalah.

### ***Meningkatkan Dukungan Kelompok dan Masyarakat dengan Proses Kelompok***

Kegiatan yang dilakukan sebagai aplikasi ACM dalam meningkatkan dukungan kelompok dan masyarakat adalah dengan membentuk paguyuban TB Paru di Puskesmas Krembangan Selatan Surabaya. Tujuan dari pembentukan paguyuban TB Paru adalah meningkatkan dukungan kelompok dan masyarakat selama proses pengobatan dan perawatan. Masing-masing anggota kelompok dapat saling memberikan *support* untuk melanjutkan pengobatan sampai tuntas.

Kegiatan pertama yang dilaksanakan di Paguyuban TB paru bertemu dengan sesama penderita yang ternyata mereka bertetangga,

yang semula tidak tahu kalau tetangganya tersebut sakit menjadi tahu. Kondisi ini dapat memperkuat motivasi mereka untuk bersama-sama menjalankan pengobatan secara tuntas. Beberapa ungkapan pasien TB Paru setelah pembentukan Paguyuban Penderita TB paru sebagai berikut, “...ternyata tetangga saya banyak yang sakit seperti saya juga.... kemarin ndak tahu... (sambil tersenyum)...”. “ ....enak ya gini banyak temannya, ndak saya sendiri yang sakit...”. “...kalau bisa diadakan pertemuan rutin seperti ini...bisa tanya-tanya....”.

Setelah tahapan uji coba model, dilakukan pengambilan data dukungan keluarga dan kepatuhan berobat baik pada keluarga dengan PMO maupun keluarga dengan ACM. Data dukungan keluarga diperoleh dari kelompok PMO dan ACM. Strategi pengumpulan datanya dengan wawancara terstruktur menggunakan kuesioner. Hasil yang didapatkan adalah pada kelompok PMO mayoritas dukungan informasionalnya (40%) adalah baik, dukungan instrumental mayoritas (53,3%) kurang, dukungan penilaian mayoritas (40%) cukup dan dukungan emosionalnya mayoritas (46,7%) kurang. Sedangkan pada kelompok ACM, dukungan informasional mayoritas (80%) baik, dukungan instrumental (60%) baik, dukungan penilaian mayoritas (60%) baik dan dukungan emosional keseluruhan (100%) baik. Berdasarkan analisis deskriptif didapatkan bahwa ada perbedaan dukungan keluarga pada kelompok PMO dan ACM (tabel 1).

Data kepatuhan berobat pasien TB Paru diperoleh dengan metode wawancara. Jumlah pertanyaan 10 buah. Komponen pertanyaan kepatuhan berobat terdiri dari kepatuhan minum obat, kepatuhan untuk kontrol sesuai jadwal, kepatuhan untuk dapat mengatasi efek samping dari obat, dan kepatuhan untuk melaksanakan program pengobatan sampai selesai.

Data yang diperoleh pada kelompok PMO minimal menjawab 7 pernyataan kepatuhan dan maksimal menjawab seluruh (10) pernyataan kepatuhan dengan benar, tetapi pada kelompok PMO ini hanya 1 (satu) orang yang menjawab 10 pernyataan kepatuhan dengan benar. Mayoritas kepatuhan untuk dapat mengatasi efek samping dari obat masih kurang. Sedangkan pada kelompok ACM minimal menjawab 9 pernyataan kepatuhan dan maksimal menjawab seluruh (10) pernyataan kepatuhan dengan benar. Pada kelompok PMO terdapat 8 (delapan) orang yang menjawab 10 pernyataan kepatuhan dengan benar. Berdasarkan analisis deskriptif, didapatkan perbedaan kepatuhan berdasarkan jumlah jawaban benar yang menyatakan kepatuhan.

**PEMBAHASAN**

Hasil penelitian didapatkan bahwa dukungan keluarga dan kepatuhan berobat kelompok ACM lebih baik daripada kelompok PMO. Dukungan informasional dan peningkatan interaksi melalui komunikasi kelompok ACM

Tabel 1. Distribusi dukungan keluarga pasien TB paru pada kelompok PMO dan model ACM di wilayah kota Surabaya

Dukungan Keluarga	Kelompok PMO			Kelompok ACM		
	Baik	Cukup	Kurang	Baik	Cukup	Kurang
Informasional	6 (40%)	4 (26,7%)	5 (33,3%)	12 (80%)	2 (12,3%)	1 (6,7%)
Instrumental	3 (20%)	4 (26,7%)	8 (53,3%)	9 (60%)	5 (33,3%)	1 (6,7%)
Penilaian	4 (26,7%)	6 (40%)	5 (33,3%)	9 (60%)	4 (26,7%)	3 (20%)
Emosional	3 (20%)	5 (33,3%)	7 (46,7%)	15 (100)	0 (0%)	0 (0%)

Tabel 2. Distribusi kepatuhan berobat pasien TB paru pada kelompok PMO dan ACM di wilayah kota Surabaya

Variabel	Mean	SD	Min-Mak
Kepatuhan berobat			
- Kelompok PMO	8,7	0,72	7 – 10
- Kelompok ACM	9,5	0,52	9 – 10

lebih baik. Pemberian pendidikan kesehatan pada keluarga dapat meningkatkan dukungan terhadap pasien TB Paru. Hal ini sesuai dengan Friedman (1998), bahwa keluarga berfungsi sebagai kolektor dan diseminator (penyebarkan) informasi yang dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugestif yang khusus pada individu. Levine (1973) menyatakan bahwa interaksi individu dengan lingkungannya merupakan sebuah sistem terbuka, dan memberikan kemudahan jaminan integritas di semua dimensi kehidupan. Peningkatan interaksi keluarga yang dilakukan merupakan dukungan sosial dari keluarga yang dapat mengembangkan coping yang positif pada pasien TB paru. Roy (1991) menjelaskan bahwa salah satu proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi adalah pada mode interdependensi yang fokusnya pada interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta/kasih sayang, perhatian dan saling menghargai.

Intervensi lain yang dapat meningkatkan dukungan keluarga adalah peningkatan partisipasi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien TB Paru sesuai dengan teori dasar yang digunakan pada ACM yaitu teori adaptasi dan *conservation*. Friedman (2008) menyatakan bahwa keluarga mempunyai tugas dibidang kesehatan yang ketiga yaitu kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga juga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkret, di antaranya: kesehatan pasien dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, serta terhindarnya pasien dari kelelahan.

Dukungan kelompok dan masyarakat juga diperlukan pasien TB Paru. Proses kelompok yang telah dilakukan dengan pembentukan paguyuban TB Paru berdasarkan teori dari Levine yang menjelaskan bahwa integritas sosial dimaknai sebagai proses penyesuaian di antara unsur-unsur yang saling berbeda dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sehingga menghasilkan pola kehidupan keluarga dan masyarakat yang memiliki keserasian fungsi. Proses penyesuaian dalam mencapai integritas sosial diperlukan interaksi yang baik antar anggota keluarga dan masyarakat (Levine, 1989

dalam Tomey, 2006). Kebersamaan dalam berbagai kegiatan, minat, dan sikap sering diberikan oleh hubungan dalam kelompok. Inilah yang sering berkembang menjadi rasa persahabatan serta rasa memiliki dan dimiliki oleh kelompok (*sense of belongingness*).

Strategi intervensi lain dari ACM yang dapat meningkatkan dukungan dan kepatuhan berobat adalah pemberian konseling. Upaya ini dapat membangun konsep diri yang positif pada pasien TB paru. Teori yang mendasari dilakukannya konseling dari teori adaptasi. Roy (1991) menyatakan bahwa salah satu mode adaptasi dalam pengembangan internal seseorang adalah mode konsep diri, di mana mode konsep diri ini berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Berdasarkan teori *conservation*, pemberian konseling juga dapat dijelaskan bahwa individu sebagai kepribadian yang berintegritas berusaha untuk mendapatkan pengakuan, kehormatan, martabat, harga diri, reputasi, kepercayaan, emosi yang stabil dan melakukan tindakan sesuai dengan norma dan etika (Levine, 1989 dalam Tomey, 2006).

Kepatuhan berobat pada pasien TB Paru dipengaruhi oleh dukungan keluarga. Hasil penelitian didapatkan bahwa dukungan keluarga pada pasien TB Paru kelompok ACM lebih baik dari kelompok PMO. Menurut Baekeland dan Lundawall dalam Suparyanto, 2009, dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang dapat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta menentukan program pengobatan yang akan mereka terima. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan anggota keluarga yang sakit. Keluarga juga dapat menjadi faktor yang sangat memengaruhi dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu (Niven, 2002 dalam Syakira, 2009).

Dukungan sosial dari kelompok dapat meningkatkan kepatuhan pada pasien TB Paru pada kelompok ACM. Dengan terbentuknya paguyuban TB Paru, pasien mendapatkan teman baru yang senasib sehingga dapat menjadi motivator selain keluarga. Sesuai

dengan pernyataan Meichenbaun, (1997 dalam Suparyanto, 2009) bahwa teman dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidakpatuhan dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan.

Kepatuhan berobat pada kelompok ACM lebih baik dapat disebabkan juga karena adanya dukungan dari profesi kesehatan yaitu tim peneliti yang turut memperhatikan kebutuhan dari pasien TB Paru. Hal ini sesuai dengan pernyataan Meichhenbaum (1997) dalam Suparyanto (2009) bahwa tenaga kesehatan merupakan faktor lain yang dapat memengaruhi perilaku kepatuhan pasien. Dukungan mereka terutama berguna pada saat pasien menghadapi kenyataan bahwa perilaku sehat yang baru itu merupakan hal yang penting. Begitu juga mereka dapat memengaruhi perilaku pasien dengan cara menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari pasien, dan secara terus-menerus memberikan yang positif bagi pasien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa dukungan keluarga kelompok ACM lebih baik dari kelompok PMO. Demikian juga kepatuhan berobat kelompok ACM lebih baik dari kelompok PMO. Sedangkan kelebihan ACM adalah meningkatkan pengetahuan pasien TB Paru dan keluarga, dukungan keluarga pasien TB, dukungan kelompok dan masyarakat pada pasien TB paru, dukungan perawat pada kepatuhan berobat pasien TB Paru serta kepatuhan berobat pasien TB Paru.

### Saran

Saran dari penelitian ini adalah merekomendasikan penerapan model ACM dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien TB Paru karena dapat meningkatkan pengetahuan, dukungan keluarga serta dukungan sosial.

## KEPUSTAKAAN

- Aisyah, 2001. *Hubungan Persepsi, Pengetahuan TB Paru dan PMO dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru di Puskesmas Jatinegara Jakarta Timur*, (Online), (<http://www.lontar.ui.ac.id>), diakses pada tanggal 23 Maret 2011.
- Allender, J.A., dan Spradley, B.W., 2005. *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health*. (6<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott.
- Barry, P.D., 1996. *Psychosocial Nursing: Care of Physically Ill Patients and Their Families*. Philadelphia: Lippincott.
- Chomisah, Elyu, 2002. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pasien TB Paru BTA positif di RSUP Dr. Moh. Husein Palembang tahun 1998–2000*, (Online), (<http://www.lontar.ui.ac.id>), diakses tanggal 23 Maret 2011).
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. Jakarta
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2010. *Laporan Penanggulangan TB Paru di Jawa Timur*. Tidak dipublikasikan. Surabaya.
- Erawatinisih, dkk., 2009. *Faktor-faktor yang Memengaruhi Ketidakpatuhan Berobat pada Pasien Tuberculosis Paru*. Hasil penelitian. Tidak dipublikasikan.
- Ervin, E.N., 2002. *Advanced Community Health Nursing Practice: Population-focused Care*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Friedman, M.M., 1998 *Family nursing: Research, Theory and Practice*. (4<sup>th</sup> ed.), California: Appleton and Lange.
- Freeman, RB. 1981. *Community Health Nursing Practice*, (2<sup>th</sup> ed.) Philadelphia: W.B. Saunders.
- Gillies, Dee, A., 1994. *Nursing Management a System Approach*. (3<sup>th</sup> ed.), USA: WB. Saunders Company
- George, JB. 2002. *Nursing theories: Base for professional nursing*. (5<sup>th</sup> ed). Pearson Education
- Hanson, S.M.H., dan Boyd, ST., 1996. *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*, Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Hutapea P., 2009. *Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti-Tuberculosis di RSUD Dr. Syaiful Anwar Malang*. Hasil penelitian. Tidak dipublikasikan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2010. *Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010*. Jakarta.
- Levine, M.E., 1973. *Introduction to clinical nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Nasrul, Effendy, 2009. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta; EGC.
- Parker, M.E., 2001. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Papalia, D.E.S.W., Old, R.D., Feldman., 2008. *Human Development*. 9<sup>th</sup> ed. McGraw-Hill Co.
- Pratiwi, A.H., 2008. *Hubungan antara Partisipasi Pengawas Menelan Obat (PMO), Keluarga dengan Sikap Pasien Tuberculosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Banyuanyar Surakarta*. Skripsi. Tidak dipublikasikan.
- Roy, Sister, Callista, 1991. *The Roy Adaptation Model, the definitif statement*. Appleton and Lange a Publishing Division of Prentice-Hall.
- Smet, B., 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Garamedia Wiidiasarana Indonesia.
- Suparyanto, 2009. *Konsep Kepatuhan*. (Online), ([http://www.Suparyanto\\_blog.spot.](http://www.Suparyanto_blog.spot.), diakses tanggal 18 Januari 2011).
- Syakira, 2009. *Konsep Kepatuhan*. (Online), ([http://www.Syakira\\_blog.spot.](http://www.Syakira_blog.spot.), diakses tanggal 16 Januari 2011).
- Tomey, A.M. and Alligood, M.R., 2006. *Nursing theorists and their work*. (6<sup>th</sup> ed.). Elsevier Health Science.