

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEMANDIRIAN FISIK PADA PASIEN TUBERCULOSIS PARU

Erika Dewi Noorratri
Irma Mustika Sari
STIKES 'Aisyiyah Surakarta
Email : erika.dzikra2016@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Tuberculosis adalah penyakit yang mematikan dan menular di dunia. Kasus baru ada 9 juta setiap tahunnya dan hampir mencapai 2 juta manusia pada kasus kematian. Indonesia menempati urutan ketiga jumlah kasus dengan jumlah sebesar 700 ribu kasus tuberculosis setelah India dan Cina. (WHO, 2013). BKPM Magelang ada 399 pasien tuberculosis pada tahun 2015. Ada beberapa faktor penyebab kasus TB RR/TB MDR terus meningkat dilihat dari sisi pasien yaitu rendahnya kesadaran diri pasien untuk sembuh, dan rendahnya kepatuhan minum obat yang sering disebabkan adanya efek samping obat. Kesembuhan pasien tuberculosis membutuhkan waktu yang cukup lama, yang membuat pasien merasa jenuh dan bosan dalam menjalankannya. Kemandirian fisik perlu ditingkatkan pada pasien tuberculosis. **Tujuan Penelitian :** menganalisis faktor yang berpengaruh terhadap kemandirian fisik pasien Tuberculosis Paru. **Metode Penelitian :** deskriptif kuantitatif sampel diambil secara purposive sampling. **Hasil penelitian :** faktor jenis kelamin diperoleh nilai $p=0,524$ ($p>0,05$), faktor usia $p=0,588$ ($p>0,05$), faktor jarak rumah $p=0,201$ ($p>0,05$), pendapatan nilai $p=0,688$ ($p>0,05$), status pernikahan nilai $p=1,000$ ($p>0,05$), pekerjaan diperoleh nilai $p=0,204$ ($p>0,05$), pendidikan nilai $p=0,529$ ($p>0,05$) dan penyakit lain diperoleh nilai $p=0,440$ ($p>0,05$). **Simpulan:** Tidak ada faktor yang berhubungan pada kemandirian fisik TB Paru.

Kata kunci: Faktor, Kemandirian fisik, Tb Paru.

ABSTRACT

Background: Tuberculosis is a deadly and infectious disease in the world. New cases there are 9 million every year and nearly 2 million people in the case of death. Indonesia ranks third in number of cases with a total of 700 thousand cases of tuberculosis after India and China (WHO, 2013). Magelang Community Health Center for Lung in 2015 was found 399 patients totally. There are several factors that cause cases of TB RR / MDR TB keep increasing among others in term of patient-side, due to the low adherence which is often because of drug side-effects and low awareness of patient to recover. Patient with tuberculosis takes quite long time; It can make patients feel tired and bored to run. Physical independence needs to be improved in tuberculosis patients. **Objective:** To analyze the factors that influence the physical independence of patients with

Pulmonary Tuberculosis. Methods: Descriptive quantitative samples using purposive sampling. Result: The gender factor is obtained p value = 0,524 ($p > 0,05$), age factor $p = 0,588$ ($p > 0,05$), house distance factor $p = 0,201$ ($p > 0,05$), income value $p = (P > 0,05)$, p value = 0,204 ($p > 0,05$), education value $p = 0,529$ ($p > 0,05$) another disease are obtained value $p = 0.440$ ($p > 0.05$). Conclusion: There are no factors related to physical independence of Lung TB.

Keywords: Factor, Physical independence, Tb lung

A. PENDAHULUAN

Tuberculosis adalah penyakit yang mematikan dan menular di dunia. Kasus baru ada 9 juta setiap tahunnya dan hampir mencapai 2 juta manusia pada kasus kematian. Di semua negara telah terdapat penyakit ini, tetapi yang terbanyak di Asia sebesar 55%, Afrika sebesar 30% dan untuk India dan China secara tersendiri sebesar 35% dari semua kasus tuberkulosis. (WHO, 2011).

TB Resisten Obat adalah keadaan dimana kuman *M. Tuberculosis* sudah tidak dapat lagi dibunuh dengan salah satu atau lebih obat anti TB (OAT). Pada tahun 2013 WHO memperkirakan 8,6 juta kasus TB pada tahun 2012, dimana 1,1 juta orang (13%) diantaranya adalah pasien dengan HIV positif. Di wilayah Afrika sekitar 75% dari pasien tersebut. Pada tahun 2012 diperkirakan terdapat 450.000 orang yang menderita TB MDR

dan 170.000 orang diantaranya meninggal dunia. Indonesia terdapat 6.800 kasus baru TB dengan *Multi Drug Resistance* (TB MDR) setiap tahun. Diperkirakan 12% dari kasus TB pengobatan ulang dan 2% dari kasus TB baru merupakan TB MDR. Diperkirakan pasien *Multi Drug Resistant Tuberculosis* (MDR TB) belum terdiagnosis atau mendapat pengobatan dengan baik dan benar lebih dari 55%. (Infodatin, 2016).

Di Indonesia penemuan kasus TB RR/ TB MDR ada 148 pada tahun 2009, ada 550 pada tahun 2010, ada 1255 pada tahun 2011, ada 2441 pada tahun 2012, ada 3831 pada tahun 2013 dan 9244 pada tahun 2014. paling banyak jumlahnya pada tahun 2014. Jadi total ada 17469 (Infodatin, 2016). Faktor-faktor penyebab kasus TB RR/TB MDR terus meningkat antara lain belum tersedianya dan belum meratanya Rumah Sakit Rujukan TB MDR dan

Rumah Sakit satelit yang melayani kasus TB MDR, serta belum semua Rumah Sakit mempunyai program *Directly Observed Treatment, Short-Course* (DOTS) yang bagus dan fasilitas pelayanan pengobatan tuberculosis belum merata di 34 provinsi.

Magelang merupakan salah satu kota dengan pasien tuberculosis yang cukup banyak. Magelang mempunyai Balai Kesehatan Paru Masyarakat yang salahsatunya menangani pasien dengan tuberculosis. Jumlah penderita tuberculosis di Magelang dari tahun 2014 BTA(+) ada 254 orang, BTA (-) ada 126 orang, BTA tidak diperiksa ada 79 BTA dan ekstra paru ada 6 orang. Total pasien tuberculosis ada 495 orang. Pada tahun 2015 BTA (-) ada 114 orang, BTA(+) ada 179 orang, ada 4 orang BTA tidak diperiksa dan 102 BTA ekstra paru. Total pasien tuberculosis pada tahun 2015 ada 399 orang (BKPM Magelang, 2015).

Faktor-faktor penyebab kasus TB RR/TB MDR terus meningkat antara lain belum tersedianya dan belum meratanya Rumah Sakit Rujukan TB MDR dan Rumah Sakit satelit yang melayani kasus TB MDR, serta belum semua Rumah Sakit

mempunyai program *Directly Observed Treatment, Short-Course* (DOTS) yang bagus dan fasilitas pelayanan pengobatan TB belum merata di 34 provinsi,. Kasus TB RR/TB MDR dilihat dari sisi pasien, rendahnya kesadaran diri pasien untuk sembuh dan rendahnya kepatuhan minum obat yang sering disebabkan adanya efek samping obat. (Infodatin, 2016). Pasien TB membutuhkan waktu 6 bulan dalam pengobatan, merupakan waktu yang cukup lama, dalam keteraturan dan kepatuhan minum obat, sehingga membuat pasien merasa jenuh dan bosan dalam menjalankan pengobatan, karena waktu yang sangat lama selama 6 bulan, sehingga pasien mempunyai kesadaran yang rendah. Intervensi *mindfulness* dapat digunakan untuk meningkatkan kesadaran yang rendah. Kesadaran menerima sakit sangat diperlukan oleh pasien. Pasien Tuberculosis harus mempunyai keinginan untuk mandiri dan mempunyai kesadaran untuk berobat.

Menurut Glasglow tahun 2003 menyatakan bahwa kemandirian sangat penting didalam mengelola sebuah penyakit, seperti penyakit Tuberculosis.

Kemandirian dapat menolong diri sendiri secara fisik dan rohani dengan baik, untuk meningkatkan kualitas hidup dan dapat mengurangi depresi dan rasa sakit.

Tingkat kemandirian menurut Orem 2001 menyatakan bahwa tingkat kemandirian meliputi tidak mampu melakukan, melakukan dengan bantuan penuh oleh keluarga, melakukan dengan bantuan sebagian oleh keluarga dan melakukan secara mandiri. Pasien mempunyai kesadaran mandiri untuk belajar pengetahuan dan skill untuk latihan secara mandiri.

Pasien mempunyai kemandirian masing-masing. Kemandirian pasien ada tingkatannya mulai dari tidak bisa, mau belajar, sering diingatkan, jarang diingatkan dan mandiri. *Mindfulness* dapat digunakan untuk meningkatkan kemandirian pasien.

Mindfulness adalah pembelajaran untuk memfokuskan perhatian terhadap peristiwa saat ini dengan tidak melakukan kritik terhadap pembelajaran tersebut. Hal ini merupakan *alternative* mengatasi atau menurunkan kekhawatiran terhadap peristiwa yang sudah terjadi maupun

peristiwa yang akan datang. (Salmon, 2004).

Mindfulness bertujuan menjadikan seseorang memiliki kesadaran yang penuh terhadap pengalamannya yang terjadi dari waktu ke waktu. Penelitian menurut LeeAnn Cardaciotto pada tahun 2006 menyatakan bahwa *mindfulness* membuat seseorang menerima kesadaran. Kemandirian pasien kurang dilakukan oleh pasien pada penderita tuberculosis paru. Hal ini disebabkan karena pasien merasa bosan dan jenuh untuk minum obat, karena waktu yang lama. Kemandirian pasien itu meliputi minum obat, makan, tidur, pencegahan penularan, latihan dan mengatasi gejala fisik. (Dwidiyanti, 2015). Di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Magelang menangani pasien tuberculosis, dengan masalah yang berbeda dalam hal kemandirian baik itu fisik maupun mental. Banyak faktor yang mempengaruhi kemandirian tersebut pada pasien tuberculosis paru. Hal ini yang mendorong peneliti untuk melakukan penelitian tentang “Faktor yang Mempengaruhi Kemandirian Fisik pada Pasien Tuberculosis Paru”

B. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan dari penelitian yaitu menganalisis faktor yang berpengaruh terhadap kemandirian fisik Pasien Tuberculosis Paru.

C. METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian ini menggunakan deskriptif kuantitatif. Populasi yang digunakan adalah semua pasien yang menderita tuberculosis di BKPM Magelang. Penelitian ini menggunakan sampel 38 orang, dibagi menjadi 2 yaitu 19 orang untuk kelompok perlakuan dan 19 orang untuk kelompok kontrol, cara menentukan sampel menurut Zainuddin, 1998 yaitu dengan menggunakan rumus :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{398 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05 (399-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{399 \cdot (3,8416) \cdot 0,25}{19,9 + 1,96 \cdot 0,25}$$

$$n = \frac{383,1996}{20,39}$$

$$= 19 \text{ responden}$$

Keterangan :

n : Jumlah sampel

N : Besar populasi

Z : Nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$

P : Perkiraan proporsi 50% (0,5)

q : (100% - p)

d : Tingkat signifikansi (0,05)

Penelitian dilakukan di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Magelang dan Puskesmas Wilayah Magelang pada bulan Juni sampai Juli 2016. Variabel pada penelitian ini adalah variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah *mindfulness*. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kemandirian fisik pasien tuberculosis paru, meliputi minum obat, makan, tidur, pencegahan penularan, latihan dan mengatasi gejala fisik. Instrumen penelitian yang digunakan menggunakan kuesioner Kartu Sehat Mandiri, dengan mengisi kuesioner yang berupa pertanyaan, makin tinggi skor yang diperoleh makin besar tingkat kemandirian fisik pasien tuberculosis. Kuesioner berupa pertanyaan untuk menentukan skor pasien dalam hal kemandirian fisik. Sampel dipilih dengan purposive sampling, dimana peneliti memilih partisipan dengan tujuan tertentu.

D. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Tabel 1 Homogenitas Responden Kelompok Intervensi (n:19) dan Kelompok Kontrol (n:19)

Variabel	Kelompok Intervensi (n=19)		Kelompok Kontrol (n=19)		p
	F	%	F	%	
Jenis Kelamin	Laki-laki:10	52,63	Laki-laki:12	63,15	0,524
	Perempuan:9	47,36	Perempuan:7	36,84	
Usia (tahun)	(40-49):5	26,31	(40-49):5	26,31	0,588
	(50-59):9	47,36	(50-59):6	31,57	
	(60-69):5	26,31	(60-69):6	31,57	
	(>70):-		(>70):2	10,52	
Jarak rumah (km)	(1-3 km):12	63,15	(1-3 km):17	89,47	0,201
	(4-6 km):7	36,84	(4-6 km):1	5,26	
	(7-9 km):-		(7-9 km):1	5,26	
Pendapatan	Pendapatan rendah:12	63,15	8	42,10	0,688
	Pendapatan tinggi:7	36,85	11	57,9	
Status pernikahan	Menikah:13	68,42	18	94,73	1,000
	Tidak menikah:6	31,58	1	5,27	
Pekerjaan	Tidak bekerja:8	42,10	3	15,7	0,204
	wiraswasta:10	52,63	13	68,42	
	Petani:6	31,57	2	10,52	
	PNS:1	5,26	1	5,26	
Pendidikan	Pendidikan rendah:13	68,42	16	84,21	0,529
	Pendidikan tinggi:6	31,58	3	15,79	

Penyakit lain			
Pernah penyakit lain	2	10,52	5
Tidak pernah penyakit lain	17	89,48	12

Berdasarkan tabel diatas karakteristik responden menyatakan bahwa jenis kelamin yang paling banyak adalah laki-laki 22 (57,89%). Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan kemandirian didapatkan responden mandiri yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak (57,89%%) dibandingkan responden mandiri yang berjenis kelamin perempuan. Hal ini mirip dengan penelitian Erni Erawatyningasih, dkk. (2009) yang menyatakan bahwa jenis kelamin laki-laki lebih rentan terkena penyakit TB kerjanya, kurang istirahat, gaya hidup yang tidak sehat, seperti merokok dan minum alkohol. Dalam hal kemandirian, hubungannya dengan jenis kelamin, menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kemandirian (p>0,05). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Darmono (2004) dalam Rinajumita (2011), yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kemandirian. Laki-laki dan perempuan mempunyai

tingkat ketergantungan yang berbeda. Laki-laki tingkat ketergantungan lebih besar dibandingkan wanita, dan dengan bertambahnya usia akan terus meningkat. Dapat dilihat pada kehidupan dalam susunan keluarga (family living arrangement) menyatakan bahwa wanita lebih banyak yang mandiri. Wanita yang banyak ditinggal suaminya, mereka mampu untuk membesarkan anak-anaknya sampai berhasil. Responden laki-laki yang tidak mandiri tidak terbiasa dengan pekerjaan rumah yang mereka tempati. Hal ini dipengaruhi oleh tradisi daerah setempat, bahwa perempuan tanggungjawab sebagai ibu rumah tangga, sedangkan laki-laki mencari nafkah.(Rinajumita,2011).

Karakteristik usia paling banyak pada rentang usia 50-59 ada 9 (47,36%) berdasarkan hasil uji statistik tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia dengan kemandirian fisik ($p > 0,05$). Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari (2009), bahwa terdapat hubungan antara usia dengan kemandirian, dimana semakin meningkatnya usia maka semakin berkurangnya kemampuan seseorang dalam beraktifitas sehari-

hari. Menurut Komnaslansia (2005) dan Papalia (2008) dalam (Rinajumita, 2011) dengan meningkatnya usia maka secara alamiah akan terjadi penurunan kemampuan fungsi untuk merawat diri sendiri maupun berinteraksi dengan masyarakat sekitarnya, dan akan semakin bergantung pada orang lain.(Rinajumita, 2011)

Karakteristik Hasil penelitian diketahui bahwa responden dengan pendapatan rendah paling banyak ada 12 (63,15%). Hubungan pendapatan dengan kemandirian yaitu dari hasil analisis didapatkan bahwa hubungan antara pendapatan dengan kemandirian diperoleh bahwa responden mandiri yang memiliki pendapatan lebih rendah (63,15%) dibandingkan responden mandiri pendapatan tinggi. Pada kondisi ekonomi, responden yang mandiri memiliki ekonomi yang mampu dimana responden mampu memenuhi kebutuhan. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Darmojo dkk (2004) dalam (Rinajumita, 2011) menyatakan bahwa lansia Indonesia masih banyak bergantung pada orang lain terutama anaknya. Penelitian ini juga didukung

oleh teori dari Nugroho (2000) dalam (Rinajumita, 2011) bahwa kondisi lanjut usia akan menyebabkan kemunduran di bidang ekonomi, seperti pensiun, yang menyebabkan kurangnya pendapatan, kekuasaan, dan wewenang. Masalah ekonomi yang dialami orang lanjut usia adalah tentang pemenuhan kebutuhan hidup sehari – hari seperti kebutuhan sandang, pangan, perumahan, kesehatan, dll. Kemandirian menjadi berkurang karena kondisi fisik dan psikis yang menurun.

Berdasarkan hasil penelitian tentang karakteristik responden dilihat dari Hasil penelitian diketahui bahwa pasien TB paru di BKPM Magelang paling banyak bekerja ada 17 (89,48%). Menurut penelitian Erni Erawatyningsih, dkk (2009) menyatakan bahwa orang yang bekerja mempunyai beban yang tinggi, baik beban fisik maupun beban pikiran. Penelitian menyatakan bahwa orang yang bekerja kurang istirahat dibanding orang yang tidak bekerja. Menurut penelitian Rukmini dan Chatarina (2010) menyatakan pada penderita TB paru sebagian tidak bekerja. Hubungan pekerjaan dengan kemandirian dari hasil analisis hubungan antara pekerjaan dengan

kemandirian diperoleh bahwa responden yang mandiri yang memiliki pekerjaan lebih banyak ada 17 responden (89,48%) dibandingkan responden mandiri yang belum bekerja. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui, bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kemandirian dengan nilai ($p < 0,05$). Sesuain dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Suhartini (2004) dalam (Rinajumita, 2011) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara kondisi ekonomi dengan kemandirian.

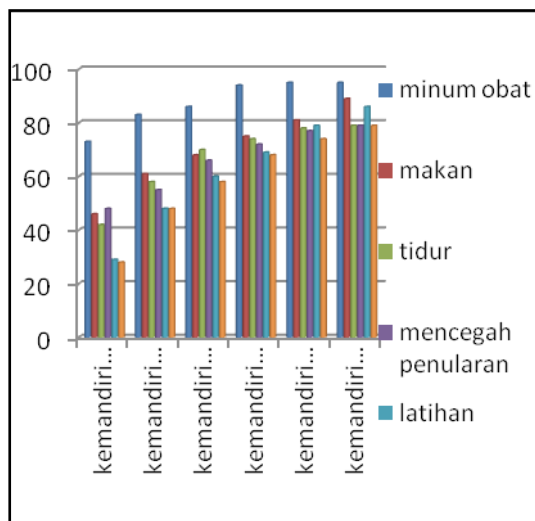
Karakteristik pendidikan responden berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan pasien TB paru di BKPM Magelang paling banyak pendidikan rendah (tidak sekolah dan SD) ada 29 (76,31%). Hasil penelitian yang menyatakan bahwa pendidikan yang rendah merupakan faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan minum obat pada pasien TB paru.(Erny Erawatyningsih,dkk. 2009). Penyuluhan dan pendidikan kesehatan perlu diberikan untuk meningkatkan pengetahuan pasien, dimana kegagalan dalam hal pengobatan pasien yang lebih banyak memiliki pengetahuan yang kurang dibanding pasien dengan pendidikan yang baik.(

Rusadi Matrisno, dkk. 2012). Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan kemandirian diperoleh bahwa responden mandiri yang berpendidikan rendah lebih banyak (76,31%) dibandingkan responden mandiri yang berpendidikan tinggi. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kemandirian ($p > 0,05$). Hasil penelitian ini mirip dengan teori menurut Komnaslansia (2009) dalam Rinajumita (2011) dimana pendidikan merupakan salah satu unsur penting didalam meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mencapai kehidupan yang lebih baik dari sebelumnya. Pendidikan yang semakin tinggi dapat menghasilkan kemandirian yang semakin baik dan keadaan sosioekonomi yang semakin baik.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan hasil analisis hubungan antara penyakit lain dengan kemandirian diperoleh bahwa responden mandiri dengan kondisi sehat lebih banyak (73,69%) dibandingkan responden mandiri dengan kondisi tidak sehat atau mempunyai penyakit lain. Berdasarkan hasil uji statistik diketahui bahwa tidak

terdapat hubungan yang bermakna antara penyakit lain dengan kemandirian ($p > 0,05$). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan Suhartini (2004) dalam (Rinajumita, 2011) bahwa terdapat hubungan antara kondisi kesehatan dengan kemandirian, dimana lanjut usia yang secara fisik dan psikis memiliki kesehatan yang cukup prima yang memiliki tingkat kemandirian tertinggi. Dari hasil persentase yang paling tinggi adalah mereka yang tidak memiliki penyakit lain, yang artinya dia dalam keadaan baik. Sehingga dapat melakukan aktivitas dengan baik dalam kehidupannya. Hal ini sejalan dengan pendapat Darmojo (2004) dalam (Rinajumita, 2011) bahwa kemandirian salahsatunya ditunjukkan dengan seseorang dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari.

Hasil Penilaian Kartu Sehat Mandiri pada kelompok perlakuan dapat dilihat pada grafik sebagai berikut :



Grafik 1. Penilaian Kartu Sehat Mandiri Pertemuan 1,2,3,4,5,6 Kelompok Perlakuan

Dari grafik didapatkan hasil yang berbeda pada pertemuan pertama sampai pertemuan keenam pada kelompok perlakuan, dengan hasil kemandirian mengalami peningkatan. Tindakan *mindfulness* dapat mengurangi stress, mengurangi seseorang emosi, membuat seseorang bisa tidur dengan nyenyak, minum obat menjadi teratur, penting dalam pengobatan, menjadikan pikiran menjadi tenang dan rileks, sadar akan pentingnya makan, minum obat secara mandiri, pasien sadar akan lingkungan disekitarnya, tidak malu memakai masker untuk mencegah penularan, pasrah akan penyakitnya dan berusaha untuk sembuh dengan minum obat dengan teratur dan nafsu makan meningkat dan pasien ikhlas.

Tabel 2 Nilai pre-post kemandirian fisik antara kelompok intervensi dan kontrol

Variabel Kemandirian fisik	Kelompok intervensi (Mean±SD)			Kelompok kontrol (Mean±SD)		
	pre	post	P value	pre	Post	P value
Minum obat	(3,84±1,068)	(1,53±0,841)	0,000*	(3,42±0,507)	(3,42±0,507)	1,000 ^a
Makan	(4,37±0,761)	(2,53±0,772)	0,000*	(2,63±0,684)	(2,63±0,684)	1,000 ^a
Tidur	(4,79±0,535)	(3,05±0,705)	0,000*	(2,63±1,802)	(2,58±1,742)	0,317 ^a
Mencegah penularan	(4,95±0,229)	(3,47±0,513)	0,000*	(2,74±0,806)	(1,84±0,602)	1,000 ^a
Latihan	(5,00±0,000)	(3,89±0,315)	0,000*	(3,58±1,705)	(1,84±0,602)	0,000*
Mengatasi gejala fisik	(5,00±0,000)	(4,16±0,501)	0,000*	(3,53±1,502)	(1,95±0,524)	0,000*

Tabel 4 Nilai delta kemandirian fisik antara kelompok intervensi dan kontrol

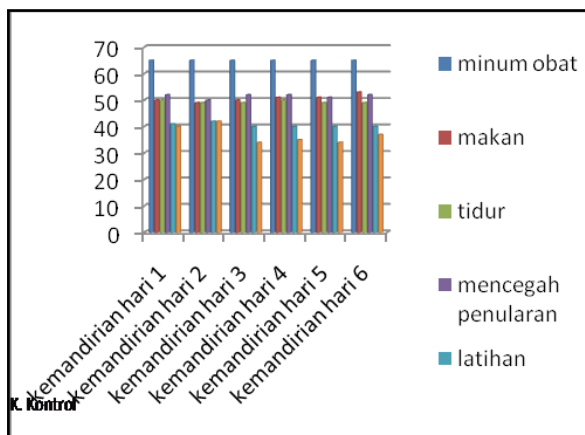
Variabel Kemandirian Fisik	Delta antara Kelompok intervensi Kelompok kontrol (mean±SD)	p value
Minum obat	(1,63±0,17067)	0,001*
Makan	(0,9474±0,02491)	0,007*
Tidur	(0,6842±0,33409)	0,194 ^a
Mencegah penularan	(0,2631±0,11437)	0,132 ^a
Latihan	(1,1578±0,35829)	0,058 ^a
Mengatasi gejala fisik	(1,2106±0,05166)	0,001*

Keterangan :

^a= uji Wilcoxon

* = signifikan

Hasil Penilaian Kartu Sehat Mandiri pada pertemuan pertama sampai pertemuan keenam pada kelompok kontrol dapat dilihat pada grafik sebagai berikut :



Grafik 2. Penilaian Kartu Sehat Mandiri Pertemuan 1,2,3,4,5,6 pada Kelompok Kontrol

Pada pertemuan pertama sampai pertemuan keenam pada kelompok kontrol ada kemandirian fisik yang tidak mengalami perubahan yaitu pada

kemandirian fisik minum obat, makan, tidur dan mencegah penularan dengan nilai $p > 0,05$, sedangkan latihan dan mengatasi gejala fisik mengalami perubahan dengan nilai $p < 0,05$.

D. SIMPULAN DAN SARAN

Tidak ada faktor yang berhubungan pada kemandirian fisik pasien TB Paru. Disarankan kepada peneliti lain untuk melanjutkan penelitian tentang faktor lain, sehingga dapat diketahui faktor apa saja yang bisa mempengaruhi kemandirian fisik pasien tuberculosis paru.

DAFTAR PUSTAKA

- BKPM Magelang. 2015. BKPM Magelang *.profile BKPM* kota Magelang. Magelang : BKPM Magelang
- Dwidiyanti Meidiana. (2014). Intervensi keperawatan holistik program sowan melalui target sehat mandiri pada pasien tb paru (pp. 14–22). Retrieved from [http://id.portalgaruda.org/?ref=browse&mod=viewjournal&journal=426&issue= Vol 2, No 1 \(2014\): Prosiding Konferensi Nasional PPNI Jawa Tengah](http://id.portalgaruda.org/?ref=browse&mod=viewjournal&journal=426&issue=Vol%202,%20No%201%20(2014):%20Prosiding%20Konferensi%20Nasional%20PPNI%20Jawa%20Tengah)
- Erni Erawatyningsih, dkk. 2009. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan Berobat pada Pasien Tuberculosis Paru*. Berita Kedokteran Masyarakat, Vol. 25, No. 3, September 2009
- Glasglow, R. E, et al. 2003. Increasing *diabetes self management education in community settings*. American Journal of Preventif Medicine.

Infodatin_tb.pdf. diakses 14 April 2016. www.kemendes.go.id/resources/download. pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI

LeeAnn Cardaciotto.2006. Department of Psychology, La Salle University, Box 268, 1900 W. Olney Avenue, Philadelphia, PA, 19141.

Orem, D. (2001). *nursing: concept of practice*. Michigan: Mosby.

Rinajumita, 2011. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemandirian lansia Di wilayah kerja puskesmas lampasi Kecamatan payakumbuh utara Tahun 2011. Jurnal Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.

Rukmini dan U.W Chatarina. (2014). Kejadian Tb Paru Dewasa Di Indonesia (Analisis Data Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*.

Rusadi, Matrisno, dkk. 2012. *Huungan Pengetahuan dengan Kegagalan Pengobatan Tuberculosis di Puskesmas Antang Kecamatan Manggala Kota Makassar*. Vol.1 No.1 Tahun 2012. ISSN : 2307 2531. Universitas Hasanudin Makasar.

Salmon. 2004. *Mindfulness Meditation In Clinical Practice*. Cognitive And Behavioral Practice 11,434-446, 2004. Association For Advancement Of Behavior Therapy.

WHO. Indonesia Tuberculosis Profile. 2011 diakses 27 September 2015. Available on:https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=ID&outtype=pdf

Zainuddin, M. *Metodologi Penelitian*. Surabaya: Impress.1998