**Kode/Nama Rumpun Ilmu: 371/ Ilmu Keperawatan**

**LAPORAN AKHIR**

**PENELITIAN KERJASAMA ANTAR PERGURUAN TINGGI (PKPT)**

****

PENGARUH MODUL MPK SILA TILU

TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN KADER

DALAM PEMBERDAYAAN KELUARGA DENGAN PENDERITA TB. PARU

DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GARUDA KOTA BANDUNG

**Disusun oleh :**

**Peneliti Utama : Achmad Husni, SKM, M.Kep**

**Peneliti Anggota : Dr. Anah Sasmita, S.Kp, M.Kes**

**Dr. Omo Sutomo, S.Pd, SKM, M.Kes**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG**

**TAHUN 2021**

**Lampiran 4.2**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**PENELITIAN PEMULA KERJA SAMA ANTAR PERGURUAN TINGGI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Judul Penelitian | | : | Pengaruh Modul MPK Silatilu Terhadap Peningkatan Pengetahuan Kader Dalam Pemberdayaan Keluarga dengan Penderita TB. Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung |
|  | |  |
|  |  |  |  |
| Peneliti | | : |  |
| a. | Nama Lengkap | : | Achmad Husni |
| b. | NIDN | : | 4029086501 |
| c. | Jabatan Fungsional | : | Lektor |
| d. | Program Studi | : | Jurusan Keperawatan |
| e. | Nomor Hp | : | 082120419264 |
| f. | Alamat Surel (email) | : | Achmadhusni1965@gmail.com |
| Anggota Peneliti (1) | |  |  |
| a. | Nama Lengkap | : | Dr. Anah Sasmita, S.Kp, M.Kes |
| b. | NIDN | : |  |
| c. | Program Studi | : | Jurusan Keperawatan |
| d. | Perguruan Tinggi | : | Poltekkes Kemenkes Bandung |
| Anggota Peneliti (2) | | : |  |
| a. | Nama Lengkap | : | Dr. Omo Sutomo, S.Pd, SKM, M.Kes |
| b. | NIDN | : | 041127601 |
| c. | Program Studi | : | Jurusan Keperawatan |
| d. | Perguruan Tinggi | : | Poltekkes Kemenkes Banten |
| Tahun Pelaksanaan | | : |  |
| Biaya keseluiruhan | | : | Rp 27.350.000,- |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mengetahui  Kepala Pusat PPM Poltekkes Kemenkes Bandung  Dr. Rr. Nur Fauziyah, SKM, MKM  NIP. 197007281993032002 |  | Bandung, Desember 2021  Ketua,    Achmad Husni, SKM, M.Kep  NIP. 196508291986031002 |

|  |
| --- |
| Mengesahkan,  Direktur Poltekkes Kemenkes Bandung    Dr. Ir. H. Osman Syarief, MKM  NIP. 196008061983121002 |

PRAKATA

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat ilmu dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan akhir penelitian dengan judul “Pengaruh Modul MPK Silatilu Terhadap Peningkatan Pengetahuan Kader Dalam Pemberdayaan Keluarga dengan Penderita TB. Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung”

Dalam penyelesaian penelitian ini penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesemapatan ini menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan dan kerjasama baik moril maupun material, semoga amal baiknya dijadikan amal pahala

Bandung, Desember 2021

Ketua

**ABSTRAK**

Indonesia merupakan negara berkembang dengan pasien TB paru terbanyak ke-3 di dunia setelah India Dan Cina, perkiraan jumlah pasien TB paru sekitar 10% dari seluruh pasien TB di dunia (The Indonesian Association Againt Tuberculosis, 2012). Menurut laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 menunjukkan bahwa Prevalensi TB paru berdasarkan diagnosis sebanyak 0,63% dari seluruh masyarakat di Indonesia . Jumlah kasus tertinggi yang di laporkan terdapat di provinsi Jawa Barat dengan 52.328 kasus (Depkes.go.id, 2016). Penemuan kasus TB paru di Kota Bandung menurut Dinas Kesehatan Kota Bandung (2013) secara klinis dan laboratoris yang dapat dirunut ke dalam wilayah administrasi pada tahun 2013 Dari 30.047 BTA + yang diobati yang dinyatakan sembuh sebanyak 25.974 sekitar (18,07%) dan jika dibandingkan dengan tahun 2015 turun 2,77 point yang pada saat itu ada dalam angka 21,3% dari seluruh penderita TB paru di Kota Bandung (Profil Kesehatan Kota Bandung, 2016. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh modul MPK Silatilu terhadap peningkatan pengetahuan kader kesehatan dalam pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung. Metode penelitian yang digunakan adalah *Quasi Eksperiment*, dengan rancangan penelitian yang digunakan yaitu rancangan *pre-post test one grup design.* Hasil penelitian menunjukan terdapat peningkatan pengetahuan kader yang signifikan antara sebelum dan sesudah pelatihan dari hasil uji statistic dapat dismpulkan bahwa ada pengaruh modul MPK Silatilu secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan kader kesehatan dalam pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung. dengan nilai p<0,000, sehingga rekomendasi yang bisa disampaikan perlunya perluasan pelatihan Kader MPK Silatilu pada beberapa RW yang ada diwilayah kerja Puskesmas Garuda

**DAFTAR ISI**

**Hal**

LEMBAR PENGESAHAN i

PRAKATA ii

ABSTRAK iii

BAB I PENDAHULUAN 1

1. Latar Belakan 1
2. Rumusan Masalah 5
3. Tujuan Penelitian 5
4. Manfaat Penelitian 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7

2.1. Kosnep dasar Kader 7

2.2. Konsep Pengembangan MPK Silatilu 9

2.3. Konsep Keperawatan Tarnscultural Nursing 11

2.4. Landasan Konsep MPK Sila Tilu 12

2.5. Model Hasil Pengembangan MPK Silatilu 13

2.6. Luaran Kegiatan Aplikasi MPK Silatilu 15

BAB III METODA PENELITIAN 16

3.1. Desain Penelitian 16

3.2. Kerangka Konsep 16

3.3. Hipotesa dan Definisi Operasional 16

3.4. Populasi dan Sampel 18

3.5. Cara Pengumpulan Data 18

3.6. Instrument Penelitian 19

3.7. Pengolahan Data 21

3.8. Etika Penelitian 24

2.9. Tempat dan Waktu Penelitian 25

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 26

* 1. Hasil Penelitian 26
  2. Pembahasan 26
  3. Keterbatasan Penelitian 31

BAB V KESIMPULAN DAN REKOMENDASI 33

5.1. Kesimpulan 33

5.2. Rekomendasi 33

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Tuberkulosis (TB) paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycrobacterium Tuberculosis* yang menyerang paru dan menular secara langsung melalui udara, TB paru masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia terutama negara-negara yang sedang berkembang (Kemekes RI, 2016).*World Health Organisation* (WHO) (2013) melaporkan terdapat 8,6 juta kasus TB paru pada tahun 2012 dimana 1,1 juta orang (13%) dari seluruh penduduk dunia. Sekitar 45% dari pasien tersebut berada di wilayah Asia, diperkirakan terdapat 450.000 orang yang menderita TB paru dan 170.000 di antaranya meninggal dunia (Kemenkes RI, 2016)

Indonesia merupakan negara berkembang dengan pasien TB paru terbanyak ke-3 di dunia setelah India Dan Cina, perkiraan jumlah pasien TB paru sekitar 10% dari seluruh pasien TB di dunia (The Indonesian Association Againt Tuberculosis, 2012). Menurut laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 menunjukkan bahwa Prevalensi TB paru berdasarkan diagnosis sebanyak 0,63% dari seluruh masyarakat di Indonesia . Jumlah kasus tertinggi yang di laporkan terdapat di provinsi Jawa Barat dengan 52.328 kasus (Depkes.go.id, 2016). Penemuan kasus TB paru di Kota Bandung menurut Dinas Kesehatan Kota Bandung (2013) secara klinis dan laboratoris yang dapat dirunut ke dalam wilayah administrasi pada tahun 2013 Dari 30.047 BTA + yang diobati yang dinyatakan sembuh sebanyak 25.974 sekitar (18,07%) dan jika dibandingkan dengan tahun 2015 turun 2,77 point yang pada saat itu ada dalam angka 21,3% dari seluruh penderita TB paru di Kota Bandung (Profil Kesehatan Kota Bandung, 2016).

Besarnya tantangan dalam penanggulangan penyakit TB dapat dilihat dari hasil survey prevalensi Tuberkulosis Kemenkes RI tahun 2013-2014, angka insiden TB adalah 399 per 100.000 penduduk, dan angka prevalensi TB sebesar 647 per 100.000 penduduk. Jika jumlah penduduk Indonesia berkisar 250 juta orang, maka diperkirakan ada sekitar 1 juta pasien TB baru dan ada sekitar 1,6 juta pasien TB setiap tahunnya. Sedangkan jumlah kematian karena TB 100.000 orang per tahun, atau 273 orang per hari. Situasi tersebut menyebabkan Indonesia menempati peringkat ke-2 negara yang memiliki beban TB tinggi di dunia, setelah India (Puspitha et al., 2020)

1

Berdasarkan data yang di dapatkan bahwa di Kota Bandung angka kejadian pasien TB masih tinggi 18,07% yang diantarnya berusia 25-34 tahun, usia tersebut merupakan usia yang produktif yang di haruskan melakukan pekerjaan seperti biasanya yang akan berakibat pada kualitas hidup pasien TB paru. Kualitas hidup di Indonesia masih tergolong kurang baik, Indonesia menempati urutan 108 dari 177 negara dengan kualitas hidup rendah secara umum (Human Development Report, 2006) dalam (Arifah,2015) . kualitas hidup memeiliki 4 domain yang harus diperhatikan seperti diantaranya fisik,psikologi,sosial,serta lingkungan sangat berperan dalam proses terjadinya gangguan pada Kualitas Hidup seseorang, termasuk gangguan kesehatan berupa penyakit TB paru (Yunikawati, 2013) . Peningkatan kualitas hidup merupakan hal yang penting sebagai tujuan kunci untuk kesembuhan pasien TB paru.

2

Lamanya proses pengobatan tuberkulosis membutuhkan waktu minimal 6 bulan hasil penelitian Wahyunanrni (2013) disimpulkan bahwa 38,1 % pasien TB Paru menjalani pengobatan tidak teratur, 64,3 % kurang mendapat penyuluhan oleh petugas kesehatan. Menurut WHO (2013) seorang pasien TB paru dewasa akan kehilangan waktu kerjanya 3 sampai 4 bulan karena proses pengobatan yang dilakukannya, hal akan berdampak pada adanya penurunan fisik, psikologis, sosial maupun lingkungan sehingga hal tersebut akan menyebabkan adanya penurunan pada kualitas hidup.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Guo Carla (2013) didapatkan hasil bahwa penyakit TB paru memiliki dampak negatif pada diri pasien yang mencakup status kesehatan dalam aspek fisik,psikologis,sosial dan lingkungan. Kesehatan fisik tampaknya lebih dipengaruhi oleh penyakit namun mebaik lebih cepat setelah perawatan,sedangkan penurunan nilai atas kesejahteraan mental cenderung bertahan jangka panjang, bahkan setelah pasien TB paru berhasil menyelesaikan pengobatan dan dianggap sembuh, kualitas hidup mereka tetap kurang di bandingkan dengan populasi yang umumnya. Penurunan kualitas hidup berkelanjutan mungkin sebagian disebabkan oleh gejala fisik dan kerusakan fisiologis sisa dari penyakit dan pengobatan.

Saat ini dunia keperawatan semakin berkembang. Perawat dianggap sebagai salah satu profesi kesehatan yang harus dilibatkan dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan baik di dunia maupun di Indonesia. Seiring dengan berjalannya waktu dan bertambahnya kebutuhan pelayanan kesehatan menuntut perawat agar memiliki pengetahuan dan keterampilan di berbagai bidang. Perawat harus memiliki peran yang lebih luas dengan penekanan pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit melalui peningkatan pemberdayaan Kader dan keluarga, dengan memandang klien secara komprehensif. Perawat menjalankan fungsi dalam kaitannya dengan berbagai peran pemberi perawatan, pembuat keputusan klinik dan etika, pelindung dan advokat bagi klien, manajer kasus, rehabilitator, komunikator dan pendidik (Almizra,2016).

3

Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan. Perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan klien secara holistic, meliputi upaya untuk mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial (Amperaningsih, 2013). Pemberi asuhan memberikan bantuan kepada klien dan keluarga klien dengan menggunakan segala potensi yang dimiliki oleh keluarga dan masyarakat. Selain itu, dalam perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat memberikan perawatan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat dan sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatannya dilakukan dari yang sederhana sampai yang kompleks (Erwing, 2015).

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya pendekatan keluarga yang dimaksud merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh perawat perkesmas dalam perluasan upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), yang meliputi kegiatan berikut: kunjungan keluarga bertujuan untuk pengumpulan data Prokesga dan peremajaan (*updating*), kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif, kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung, dan pemanfaatan data dan informasi dari prokesga untuk pengorganisasian atau pemberdayaan masyarakat dan manajemen puskesmas. Pelaksanaan perkesmas sebagai upaya deteksi/penjaringan penyakit TB. Paru dirasakan masih kurang optimal karena menurut hasil wawancara dengan perawat perkesmas di puskesmas Garuda bahwa program tersebut tidak termasuk program esensial puskesmas sehingga kegiatan lebih banyak dilakukan didalam Gedung puskesmas, oleh karena itu dibutuhkan peran kader TB. Paru dalam meningkatkan pemberdayaan keluarga.

Peran keluarga dalam memberikan perawatan dan dukungan psikososial kepada penderita TB sangat penting. Dukungan dan perawatan yang diberikan oleh anggota keluarga memberikan kontribusi yang cukup besar terhadap pengendalian TB. Walaupun anggota keluarga mungkin tidak bisa menggantikan keahlian profesional petugas kesehatan, namun kehadirannya sangat membantu dalam merawat dan mengawasi kepatuhan meminum obat, sehingga mampu mengurangi tingkat kesalahan dan kegagalan pengobatan. Selain itu, keluarga juga sangat berperan dalam hal dukungan sosial dan emosional, serta memotivasi untuk menyelesaikan pengobatan. Dukungan keluarga bisa dalam bentuk pendampingan perawatan, mengingatkan untuk minum obat-obatan, menyediakan makanan yang bergizi, memotivasi untuk sembuh, dan dukungan psikososial lainnya, oleh karena itu, perlu dilakukan pemberdayaan orang terdekat (keluarga) dalam membantu mengendalikan TB.

4

Berdasarkan uraian sebelumnya bahwa pasien TB paru mengalami penurunan terhadap kualitas hidupnya baik itu aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan dan pasien TB Paru memerlukan komitmen untuk patuh makan obat untuk dapat sembuh kembali. Maka dari itu dipandang perlu adanya pendekatan asuhan keperawatan paien TB paru sebagai upaya untuk meningkatkan kualitashidup dan kepatuhan minum obat. Pemilihan di Wilayah Kerja Puskesmas Garuda sebagai tempat pengabdian masyarakat Ibm dengan menerapkan model perawatan keluarga berdasarkan silih asih, silih asah dan silih asuh (MPK Sila Tilu) karena berdasarkan studi pendahuluan banyak pasien TB paru yang berobat ke Puskesmas Garuda, untuk lebih jelasnya gambaran distribusi penyakit TB. Paru di wilayah kerja puskesmas Garuda dapat dijelaskan pada tabel sebagai berikut :

Tabel 1

DATA PASIEN TB. PARU DI WILAYAH UPT PUSKESMAS GARUDA

PERIODE JANUARI – SEPTEMBER 2021

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KELURAHAN** | **RW** | | | | | | | | | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **TOTAL** |
| **GARUDA** | 1 | 1 | 3 | 5 | - | 1 | - | - | - | - | - | 11 |
| **MALEBER** | - | - | - | 3 | - | 6 | 1 | 5 | 3 | 1 | 1 | 20 |
| **DUNGUS CARIANG** | 4 | 1 | 2 | - | 1 | 2 | 3 | - | - | 1 | 1 | 15 |
| **CAMPAKA** | - | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | - | - | - | - | - | 7 |
| **TOTAL** |  | | | | | | | | | | | 53 |

Pada tabel di atas kasus TB. Paru terbanyak terdapat di kelurahan Maleber yaitu sebanyak 20 orang kasus (38%), sedangkan kasus TB. Paru terendah terdapat pada kelurahan Campaka sebanyak 7 orang kasus (13.2%) berdasarkan data di atas maka peneliti dalam memilih dan menentuka n sampel penelitian diambil dari sebaran wilayah atau kantung TB. Paru terbanyak.

MPK Sila Tilu, hasil akhir pengembangan Sasmita, dll (2017), terdiri dat tujuh langkah, yaitu: 1) Keluarga mampu mengenali masalah dan penyebab masalah kesehatan setiap anggota keluarga.; 2) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ; 3) Keluarga mampu menggunakan sarana pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan perawatan; 4) Keluarga mampu menata sarana rumah yang menunjang tindakan perawatan; 5) keluarga mampu memberikan tindakan perawatan di rumah; 6) keluarga mampu melakukan penilaian terhadap hasil perawatan dan dapat melakukan tindak lanjut, dan 7) keluarga mau berbagi pengalaman sila tilu kepada keluarga/masyarakat tentang upaya perawatan kesehatan. Apabila digambarkan model MPK Sila Tilu hasil pengembangan, sebagai berikut:

5

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sasmita, Waluya, Dwidasmara dan Hikmah (2017), terbukti bahwa: 1) MPK Sila Tilu efektif meningkatkan kepatuhan minum ODHA minum obat. 2) MPK Sila Tilu efektif meningkatkan dukungan keluarga kepada ODHA. 3) MPK Sila Tilu efektif dalam menurunkan kecemasan OHIDHA. 4) MPK Sila Tilu efektif meningkatkan kemauan OHIDHA merawat ODHA. 5) MPK Sila Tilu efektif meningkatkan pemberdayaan keluarga: ODHA dan OHIDHA.

1. **Rumusan Masalah**

Merujuk kepada latar belakang di atas maka perlu adanya suatu penelitian mengenai bagaimana pengaruh modul MPK Silatilu terhadap peningkatan pengetahuan kader kesehatan dalam pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung.

1. **Tujuan Penelitian**
   1. **Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh modul MPK Silatilu terhadap peningkatan pengetahuan kader kesehatan dalam pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung.

* 1. **Tujuan Khusus**
     1. Mengidentiifikasi pengetahuan kader kesehatan tentang MPK Silatilu sebelum perlakuan
     2. Mengetahui pengetahuan kader kesehatan tentang MPK Silatilu sesudah perlakuan
     3. Mengetahui pengaruh modul MPK Silatilu terhadap peningkatan pengetahuan kader kesehatan dalam pembinaan keluarga dengan TB. Paru di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung

6

1. **Manfaat Penelitian**
   1. Sebagai bahan masukan bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas dalam meningkatkan kemampuan Kader pada pembinaan keluarga dengan penderita TB. paru
   2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar untuk penelitian selanjutnya untuk melakukan penelitian yang berkaitan dengan pemberdayaan keluarga dan masyarakat
   3. Diharapkan menjadi bahan bacaan dan rujukan bagi tenaga kependidikan dan mahasiswa keperawatan dalam upaya pelatihan Kader kesehatan dan pembinaan keluarga dengan TB. Paru

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

2.1. Konsep Kader

Peran adalah suatu konsep perihal apa yang dapat dilakukan individu dalam masyarakat sebagai organisasi, peran juga dapat diartikan sebagai perikelakuan individu yang penting bagi struktur sosial masyarakat

Peran merupakan aspek yang dinamis dari kedudukan seseorang, apabila seseorang melaksanakan hak-hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya maka orang yang bersangkutan menjalankan suatu peranan

Peran juga dapat diartikan seperangkat tingkat yang diperankan oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat (Pusat Pembinaan Pengembangan Bahasa, 1984). Menurut Balai Pustaka (1992) peran adalah suatu tindakan yang dilakukan oleh seseorang atau lembaga dalam suatu peristiwa.

Peran menunjuk pada organisasi tindakan dalam suatu tipe hubungan interaksi khusus. Dua dimensi peran adalah: kewajiban dan hak. Tindakan yang diharapkan akan dilaksanakan oleh seseorang merupakan kewajiban suatu peran, tindakan atau respon orang lain merupakan hak. Konsep peran dihubungkan dengan konsep status. Dalam pengunaan ini status hanya menunjuk pada posisi seseorang dalam suatu hubungan interaksi, bukan pada prestise yang terdapat pada seseorang. Sehingga peran-status adalah satuan struktural yang paling mendasar sebagai syarat fungsional yang harus dipenuhi

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa peran adalah suatu rangkaian tugas yang dilakukan seseorang berdasarkan kedudukannya di dalam masyarakat.

Peran serta merupakan suatu bentuk perilaku nyata. Oleh karena itu kajian mengenai faktor yang mempengaruhi peran sama dengan faktor yang mempengaruhi perilaku. Dengan demikian peran dipengaruhi oleh faktor pengetahuan dan sikap, pengalaman, keyakinan, sosial, budaya dan sarana fisik. Pengaruh atau rangsangan itu bersifat internal dan eksternal dan diklasifikasikan menjadi faktor yang mempengaruhi perilaku. Menurut Lawrence Green meliputi faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor pendorong (*reinforcing factors*). Faktor predisposisi merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku seperti pengetahuan, sikap, nilai, persepsi, dan keyakinan.

7

Kader adalah istilah umum yang dipergunakan untuk tenaga-tenaga yang berasal dari masyarakat, dipilih oleh masyarakat dan bekerja bersama masyarakat dan untuk masyarakat secara sukarela (Zulkifli, 2003).

8

Kader posyandu adalah seorang yang karena kecakapannya atau kemampuannya diangkat, dipilih dan atau ditunjuk untuk memimpin pengembangan posyandu disuatu tempat atau desa (Depkes, 2008). Setiap warga keluarahan setempat laki-laki maupun perempuan yang bisa membaca dan menulis huruf latin, mempunyai waktu luang, memiliki kemampuan dan mau bekerja sukarela dengan tulus ikhlas bisa menajdi kader

Persyaratan menjadi kader posyandu menurut Zulkifli (2003) adalah dapat membaca dan menulis dengan bahasa Indonesia, secara fisik dapat melaksanakan tugas-tugas sebagai kader, berwibawa, mempunyai penghasilan sendiri dan tinggal tetap di desa yang bersangkutan. Selain itu kader yang dipilih adalah orang-orang yang aktif dalam kegiatan – kegiatan sosial maupun pembangunan desanya, serta dikenal masyarakat dan dapat bekerjasama dengan masyarakat calon kader lainnya.

Dari persyaratan-persyaratan yang diutamakan oleh beberapa ahli diatas dapatlah disimpulkan bahwa kriteria pemilihan kader kesehatan antara lain, sanggup bekerja secara sukarela, mendapat kepercayaan dari masyarakat dimana perilakunya menjadi panutan masyarakat, memiliki jiwa pengabdian yang tinggi, mempunyai penghasilan tetap, pandai baca tulis, sanggup membina masayrakat sekitarnya.

Peran serta atau keikutsertaan kader Pos Pelayanan Terpadu melalui berbagai organisasi dalam upaya mewujudkan dan meningkatkan pembangunan kesehatan masyarakat desa harus dapat terorganisir dan terencana dengan tepat dan jelas. Beberapa hal yang dapat atau perlu dipersiapkan oleh kader seharusnya sudah dimengerti dan dipahami sejak awal oleh kader posyandu. Karena disadari atau tidak keberadaan posyandu adalah sebuah usaha untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Upaya posyandu yang telah ada dan telah berjalan selama ini mampu lebih ditingkatkan dan dilestarikan

Tugas kegiatan kader akan ditentukan, mengingat bahwa pada umumnya kader bukanlah tenaga profesional melainkan hanya membantu dalam pelayanan kesehatan. Dalam hal ini perlu adanya pembatasan tugas yang diemban, baik menyangkut jumlah maupun jenis pelayanan

Kader posyandu seyogyanya membantu pemerintah daerah setempat dan masyarakat setempat untuk mengambil inisiatif dan harus memperlihatkan adanya kemauan untuk setiap kegiatan yang berkaitan dengan upaya membangun masyarakat. Seyogyanya para kader kesehatan posyandu itu selalu mempertimbangkan tentang apa yang dapat diselesaikan di wilayah tersebut dengan menggunakan sumber daya lokal milik masyarakat setempat, dan tentu saja dalam batas biaya yang masih dapat dicapai oleh masyarakat

9

2.2. Pengembangan Model Pemberdayaan Keluarga Berdasarkan Silih Asih, Silih Asah dan Silih Asuh( MPK SILA TILU)

Silih asih, silih asah, dan silih asuh merupakan budaya lokal “urang Sunda” yang menunjukan karakter yang khas dari budaya religious urang Sunda sebagai konsekuensi dari pandangan hidup nilai-nilai dan keagamaannya. Silih asih, silih asah dan silih asuh merupakan satu kesatuan nilai yang saling memperkuat satu sama lain, sehingga kalau ketiganya dilakukan secara terintegrasi akan menciptakan suatu perilaku yang harmonis.

**2.2.1. Makna Silih Asih**

Silih asih adalah wujud komunikasi dan interaksi religious-sosial yang menekankan sapaan cinta kasih Tuhan dan merespons cinta kasih Tuhan tersebut melalui cinta kasih kepada sesama manusia. Dengan ungkapan lain, silih asih merupakan kualitas interaksi yang memegang teguh nilai-nilai ketuhanan dan nilai-nilai kemanusiaan. Semangat ketuhanan dan kemanusiaan inilah yang melahirkan moralitas egaliter (persamaan) dalam masyarakat. Dalam tradisi masyarakat yang menerapkan nilai silih asih, manusia saling menghormati, tidak ada manusia yang dipandang superior maupun imperior, sebab menentang semangat ketuhanan dan kemanusiaan. Mendudukan manusia pada kedudukan superior atau imperior merupakan perilaku yang merendahkan nilai kemanusiaan. Ketika ada manusia yang dianggap superior (tinggi), berarti mendudukan manusia sejajar dengan Tuhan, dan jika mendudukan manusia pada kedudukan yang imperior (rendah), berarti mengangkat dirinya sejajar dengan Tuhan. Dalam masyarakat silih asih manusia didudukkan secara sejajar atau egaliter (Rakep dendeng papak sarua) satu sama lainnya.

Prinsip egaliter ini kemudian melahirkan etos musyawarah, kerjasama, dan sikap untuk senantiasa bertindak adil. Etos dan moralitas inilah yang menjadikan masyarakat Sunda teratur, dinamis, dan harmonis. Tradisi silih asih sangat berperan dalam menyegarkan kembali manusia dari keterasingan dirinya dalam masyarakat sehingga citra dirinya terangkat dan menemukan ketenangan. Ini merupakan sumber keteraturan, kedinamisan, dan keharmonisan masyarakat, sebab manusia yang terasing dari masyarakatnya cenderung mengalami kegelisahan yang sering diikuti dengan kebingungan, penderitaan, dan ketegangan etis serta mendesak manusia untuk melakukan pelanggaran hak dan tanggung jawab social. Dengan demikian sikap silih asih mempunyai makna yang baik untuk pribadi dan orang lain yang ada disekitarnya

10

**2.2.2. Makna Silih Asah**

Masyarakat silih asah adalah masyarakat yang saling mengembangkan diri untuk memperkaya khazanah pengetahuan dan tekhnologi. Tradisi silih asah melahirkan etos dan semangat ilmiah dalam masyarakat religious merupakan upaya untuk menciptakan otonomi dan kedisiplinan sehingga tidak memiliki ketergantungan terhadap yang lain, sebab tanpa tradisi ilmu pengetahuan dan tekhnologi dan semangat ilmiah, suatu masyarakat akan mengalami ketergantungan sehingga mudah tereksploitasi, tertindas, dan terjajah. Silih asah adalah semangat interaksi untuk saling mengembangkan diri kearah penguasaan dan penciptaan ilmu pengetahuan dan tekhnologi sehingga masyarakat memiliki tingkat otonomi dan disiplin yang tinggi.Dalam masyarakat Sunda yang silih asah, ilmu pengetahuan dan tekhnologi mendapat bimbingan etis sehingga ilmu pengetahuan dan tekhnologi tidak lagi angkuh, tetapi tampak anggun, bahkan memperkuat ketauhidan. Integrasi ilmu pengetahuan dan tekhnologi dan etika ini merupakan terobosan baru dalam kedinamisan ilmu pengetahuan dan tekhnologi dengan membuka dimensi transenden, dimensi harapan, evaluasi kritis, dan tanggung jawab.

**2.2.3. Makna Silih Asuh**

Masyarakat silih asuh, saling mengasuh satu sama lain, memandang kepentingan kolektif maupun pribadi mendapat perhatian serius melalui saling kontrol, tegur sapa, dan saling menasehati. Budaya silih asuh inilah yang kemudian memperkuat ikatan emosional yang telah dikembangkan dalam tradisi silih asih dan silih asah dalam masyarakat Sunda. Oleh karena itu, dalam masyarakat Sunda sangat jarang terjadi konflik dan kericuhan, tetapi ketika ada kelompok lain yang mencoba mengusik ketenangannya, maka mereka bangkit melawan secara serempak (simultan).

Mengingat makna budaya lokal silih asih, silih asah, dan silih asuh, begitu luhur maka dipandang perlu untuk dipertahankan dan dikembangkan dalam masyarakat untuk menata nilai-nilai kehidupan bermasyarakat, termasuk dalam menciptakan kondisi kesehatan dalam berbagai situasi. Ditinjau dari aspek kesehatan dan fungsi keluarga maka makna silih asih, silih asah dan silih asuh yang disingkat menjadi “sila tilu” dipergunakan sebagai kompenen pengembangan model untuk memberdayakan keluarga.

Makna sila tilu selaras dengan makna keperawatan, dimana keperawatan dimaknai sebagai berikut: Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan menunju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri. (UU Nomor 34 tahun 2014 tentang Keperawatan).

11

Dengan demikian, nilai budaya lokal silih asih, silih asah dan silih asuh (Sila Tilu) yang terdapat dalam masyarakat Jawa Barat dapat dijadikan nilai tambah dalam mengembangkan ilmu keperawatan yang dapat dipergunakan dalam upaya pelayanan keperawatan dalam bentuk pemberdayaan keluarga.

* 1. Keperawatan Transkultural

Keperawatan transkultural dimaknai sebagai asuhan keperawatan yang memperhatikan aspek sosial budaya klien. Perawat mempelajari dan mempergunakan nilai-nilai budaya yang spesifik dari klien dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan latar belakang budaya klien (Sudhiharto, 2007). Keperawatan transkultural dikembangkan oleh Madeleine Leninger, dengan memperhatikan perilaku sehat sakit yang sangat dipengaruhi oleh latar belakang budaya klien. Kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan berdasarkan ilmu dan kiat yang humanis yang difokuskan pada perilaku individu atau kelompok serta proses untuk mempertahankan atau meningkatkan perilaku sehat atau sakit secara fisik dan psikokultural klien (Leininger, 1984). Terdapat tiga strategi dalam memberikan asuhan keperawatan, yaitu: 1) Upaya mempertahankan budaya klien jika budaya klien tidak bertentangan dengan kesehatan; 2) Upaya negosiasi, yaitu intervensi keperawatan untuk membantu klien beradaptasi dengan budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatan; dan 3) Upaya Restrukturisasi budaya klien karena budaya yang dimiliki bertentangan dengan kesehatan.

* 1. Landasan Konsep Pengembangan Model Pemberdayaan Keluarga

12

Pengembangan model sila tilu dalam pemberdayaan keluarga didasarkan pada beberapa konsep yang membahas tentang tugas keluarga dalam perawatan kesehatan:

Fungsi kesehatan keluarga menurut Stanhope dan Lancaster (1998)

a. Penyediaan sandang, pangan dan papan,

b. Pemeliharaan penunjang kesehatan fisik, lingkungan rumah,

c. Pemeliharaan penunjang kesehatan psikososial dan lingkungan rumah,

d. Penyediaan sumber untuk pemeliharaan higiene orang,

e. Penyediaan untuk memenuhi kebutuhan spiritual

f. Penyuluhan kesehatan

g. Peningkatan kesehatan (nutrisi, gerak badan, dst)

h. Pengambilan keputusan sehat sakit

i. Memperhatikan pemutus perkembangan

j. Memperhatikan yang memutuskan kesehatan,

k. Mencari pelayanan kesehatan,

l. Mencari pelayanan penyakit,

m. Mencari pelayanan gigi,

n. Pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K)

o. Pengawasan pengobatan

p. Perawatan yang sakit,

q. Perawatan rehabilitasi

r. Keterlibatan dengan kesehatan masyarakat.

Fungsi kesehatan keluarga menurut Hitchcock, Schubert dan Thomas (2003)

Keluarga mempunyai tugas untuk:

a. Menyediakan makanan dan minuman yang diperlukan oleh anggota keluarga (*Food*),

b. Menyediakan pakaian (*Clothing*),

c. Menyediakan tempat tinggal (*Shelter*),

d. Melindungi anggota keluarga dari segala bahaya (*Protection against danger*),

e. Memelihara kesehatan dan berusaha untuk hidup sehat (*Health care and health practices*)

3. Tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan menurut Freeman dalam Bailin dan Maglaya (1978) dan dalam Ridwan (2006)

a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga. Ini ada hubungannya dengan kesanggupan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan pada setiap anggota keluarga.

13

b. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat.

c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, yang tidak dapat membantu diri karena cacad atau usianya terlalu muda.

d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembagan kepribadian anggota keluarga.

e. Mempertahankan hubungan timbal balik keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan. Ini menunjukkan pemanfaatan dengan baik akan fasilitas-fasilitas kesehatan.

* 1. Model Hasil Pengembangan

Berdasarkan sintesa terhadap tiga konsep tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan, dihasilkan model pengembangan mengenai tugas keluarga dalam perawatan kesehatan sebagai bentuk pemberdayaan keluarga yang disebut sebgaia “Model Sila Tilu”.

Keluarga yang berdaya dalam memelihara kesehatan keluarganya mempunyai kemampuan sebagai berikut:

1. Mengenal masalah kesehatan keluarga

2. Mengambil keputusan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan memberikan pertolongan pertama pada anggota keluarga yang sakit.

3. Menggunakan sarana kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan,

4. Menata sarana rumah yang menunjang tindakan perawatan

5. Memberikan tindakan perawatan di rumah

6. Melakukan penilaian terhadap hasil perawatan dan dapat melakukan tindak lanjut,

7. Berbagi pengalaman sila tilu dengan keluarga/masyarakat tentang upaya perawatan kesehatan.

* 1. Uraian Kegiatan Aplikasi Model Sila Tilu dalam Pemberdayaan Keluarga

MPK Sila Tilu sebagai tanggung jawab keluarga dalam pemeliharaan kesehatan, secara rinci upaya yang dapat dilakukan oleh perawat dalam membantu pemberdayaan keluarga diuraikan sebagai berikut :

Tabel. Kegiatan Keluarga dalam MPK Sila Tilu

14

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | | Langkah-langkah | | | | | Kegiatan | | | | | | |
| 1. | | Mengenal | | | masalah | | Keluarga dapat: | | |  |  |  | |
|  | | kesehatan | | | keluarga | | 1. | | Menjelaskan gangguan kesehatan yang dihadapi, | | | | |
|  | |  | |  |  | | 2. | | Mengenali penyebab gangguan kesehatan, | | |  | |
|  | |  | |  |  | | 3. | | Mengenali dampak gangguan kesehatan terhadap | | | | |
|  | |  | |  |  | |  | | kegiatan sehari-hari | | (terhadap aspek biopsikososio | | |
|  | |  | |  |  | |  | | dan spiritual) | |  |  | |
| 2. | | Mengambil | | | | | Keluarga dapat: | | |  |  |  | |
|  | | keputusan | | | untuk | | 1. | | Menyadari adanya gangguan kesehatan yang sedang | | | | |
|  | | mendapatkan | | | | |  | | terjadi. |  |  |  | |
|  | | pelayanan | | | kesehatan | | 2. | | Melakukan | tindakan | pertolongan pertama untuk | | |
|  | | dan | | memberikan | | |  | | mengatasi gangguan kesehatan yang sedang terjadi, | | | | |
|  | | pertolongan pertama | | | | | 3. | | Menyadari pentingnya mencari pertolongan dari | | | | |
|  | | pada | |  | anggota | |  | | fasilitas pelayanan kesehatan. | | |  | |
|  | | keluarga yang sakit. | | | | |  | |  |  |  |  | |
| 3. | | Menggunakan sarana | | | | | Keluarga dapat: | | |  |  |  | |
|  | | kesehatan | | | untuk | | 1. | | Memeriksakan kesehatan ke sarana pelayanan | | | | |
|  | | mendapatkan | | | | |  | | kesehatan, |  |  |  | |
|  | | pelayanan kesehatan | | | | | 2. | | Memahami | tindakan pengobatan dan | | perawatan | |
|  | |  | |  |  | |  | | yang perlu dilakukan sesuai saran tenaga kesehatan. | | | | |
|  | |  | |  |  | | 3. | | Kontrol kesehatan secara rutin | | |  | |
| 4. | | Menata | |  | sarana | | Keluarga dapat : | | |  |  |  | |
|  | | rumah | |  | yang | | 1. | | Menata rumah yang menunjang untuk | | | melakukan | |
|  | | menunjang tindakan | | | | |  | | tindakan perawatan, | |  |  | |
|  | | perawatan | | |  | | 2. | | Melengkapi sarana perawatan yang diperlukan untuk | | | | |
|  | |  | |  |  | |  | | perawatan di rumah, | |  |  | |
|  | |  | | | | |  | | |  |  |  | |
| 5. | | Memberikan | | | | | Keluarga dapat: | | |  |  |  | |
|  | | tindakan | |  | perawatan | | 1. | | Mencegah infeksi, | |  |  | |
|  | | di rumah | | |  | | 2. | | Mengurangi komplikasi, | | |  | |
|  | |  | |  |  | | 3. | | Mengurangi rasa sakit/ tidak nyaman, | | |  | |
|  | |  | |  |  | | 4. | | Meningkatkan penerimaan diri terhadap situasi, | | | | |
|  | |  | |  |  | | 5. | | Memahami diagnosis, prognosis, dan pengobatan, | | | | |
|  | |  | |  |  | | 6. | | Meningkatkan kemandirian untuk mencapai hidup | | | | |
|  | |  | |  |  | |  | | yang berkualitas | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |  | | Memberi obat dengan benar. | | |  | |
| 6. | | Melakukan penilaian | | | | | Keluarga dapat: | | |  |  |  | |
|  | | terhadap | |  | hasil | | 1. | | Melakukan penilaian terhadap keberhasilan tindakan | | | | |
|  | | perawatan dan dapat | | | | |  | | keperawatan, | |  |  | |
|  | | melakukan | | | tindak | | 2. | | Konsultasi bila mengalami hambatan dalam | | | | |
|  | | lanjut, | |  |  | |  | | melakukan perawatan di rumah, | | |  | |
|  | |  | |  |  | | 3. | | Kontrol ke sarana pelayanan kesehatan secara teratur. | | | | |
|  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | |
|  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | |
| 7. | | Berbagi | | pengalaman | | | Keluarga dapat: | | | | | | |
|  | | silatilu | | dengan | | | 1. | | Mengungkapkan pengalaman melakukan perawatan | | | | |
|  | | keluarga/ masyarakat | | | | |  | | kesehatan di rumah | | | | |
|  | | tentang | | upaya | | | 2. | | Memberi dukungan kepada keluarga lain yang | | | | |
|  | | perawatan | | | | |  | | mengalami masalah kesehatan yang sama | | | | |
|  | | kesehatan. | | | | | 3. | | Mengunjungi keluarga yang mengalami masalah | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | kesehatan yang sama | | | | |
|  | |  | |  | | | 4. | | Menjadi kader kesehatan pada lingkungannya | | | | |
|  | |  | |  | | | 5. | | Menjadi mitra tenaga kesehatan. | | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | | |

15

**BAB III**

**METODOLOGI PENELITIAN**

16

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. Desain Penelitian   Penilitian ini merupakan penelitian *Quasi Eksperiment*, yaitu penelitian dengan melakukan intervensi (perlakuan) pada subjek penelitian untuk mengetahui hasil perubahannya setelah dilakukan intervensi tersebut. Penelitian eksperimen bertujuan untuk mengetahui gejala atau pengaruh yang timbul sebagai akibat dari adanya perlakuan tertentu atau eksperimen tersebut. Rancangan penelitian yang digunakan yaitu rancangan *pre-post test one grup design*. dengan tidak ada kelompok pembanding (kontrol) tetapi telah dilakukan observasi pertama (*pre-test*) yang memungkinkan menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen (Notoatmodjo, 2018). Berikut bentuk rancangan ini :  Pretest Perlakuan Post test  01 Xn 02    Keterangan :  01 = Pre tes pengetahuan keluarga tentang deteksi dini gangguan jiwa sebelum  perlakuan  02 = Post tes pengetahuan keluarga tentang deteksi dini gangguan jiwa setelah  perlakuan  Xn =Perlakuan terhadap keluarga diberikan modul oleh peneliti dan penkes tentang  deteksi gangguan jiwa  03 = Pre tes pengetahuan awal keluarga tentang gangguan jiwa  04 = Post tes akhir keluarga tentang gangguan jiwa   * 1. **Kerangka Konsep**   MPK Sila Tilu, adalah hasil akhir pengembangan Sasmita, dll (2017), terdiri dari tujuh langkah, yaitu: 1) Keluarga mampu mengenali masalah dan penyebab masalah kesehatan setiap anggota keluarga.; 2) Keluarga mampu mengambil keputusan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ; 3) Keluarga mampu menggunakan sarana pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan perawatan; 4) Keluarga mampu menata sarana rumah yang menunjang tindakan perawatan; 5) keluarga mampu memberikan tindakan perawatan di rumah; 6) keluarga mampu melakukan penilaian terhadap hasil perawatan dan dapat melakukan tindak lanjut, dan 7) keluarga mau berbagi pengalaman sila tilu kepada keluarga/masyarakat tentang upaya perawatan kesehatan.  17  **Bagan 3.1 kerangka konsep penelitian**    Gambar 1: Model Perawatan Keluarga Berdasarkan Silih Asih, Silih Asah dan Silih asuh (MPK Sila Tilu) hasil pengembangan model (Sasmita, dkk, 2017).   * 1. Hipotesa dan Definisi Operasional      1. Hipotesis Penelitian   Ada pengaruh penggunaan modul MPK silatilu terhadap peningkatan pengetahuan kader TB. di wilayah kerja puskesmas Garuda Kota Bandung.   * + 1. Variabel Penelitian   Variabel independent pada penelitian ini adalah modul pemberdyaan keluarga silatilu, sedangkan variabel dependen yaitu pengetahuan kader TB. Paru   * + 1. Definisi Operasional   Definisi operasional yaitu seperangkat petunjuk yang lengkap tentang yang harus diamati dan bagaiman mengukur suatu variabel atau konsep.  **Tabel 3.1 : Definisi Operasional**  18   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | No | Variabel | Definisi | Alat Ukur | Hasil Ukur | Skala | | Variabel Independen | | | | | | | 1. | Modul MPK Silatilu | Bahan ajar yang digunakan pada pelatihan kader TB Paru berisikan teatang model pemberdayaan keluarga silatilu | - | - | - | | Variabel Dependen | | | | | | | 2. | Pengetahuan Kader TB. Paru | 1. Segala sesuatu yang diketahui oleh Kader setelah mengikuti pelatihan Kader | Kuesioner | Skor Nilai 0-100 | Interval |  * 1. Populasi dan Sampel.   Populasi dalam penelitian ini dimana semua kader yang ada di wilayah kerja puskesmas Garuda Kota Bandung. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive*  *sampling,*  dengan kriterian inklusif kader diambil dari wilayah dengan kantung TB. Paru, Kader aktif investigasi kontak   * 1. Cara pengumpulan data  1. Tahap pertama :   Pada tahap ini peneliti mengidentifikasi populasi yang akan dijadikan sampel dengan cara menemui petugas puskesmas dan selanjutnya bersama-sama mengidentifikasi subyek yang akan di jadikan sampel penelitian, yaitu   1. Tahap kedua :   Melakukan pelatihan kader TB> Paru, melalui pengembangan keilmuan dan kemampuan kader yang sudah ada,. Adapun materi yang akan disampaikan berupa materi tentang model pemberdayaan keluarga silatilu.   1. Tahap ketiga:   Melakukanpre test terhadap kemampuan kader tentang pemahaman penatalaksanaan TB. Paru di keluarga   1. Tahap keempat   19  Melakukan pelatihan kader TB. Paru tentang pemberdayaan keluarga dengan model silatilu   1. Tahap kelima   Peneliti melakukan pengukuran kembali (pos test) terhadap kemampuan kader TB. Paru.   * 1. Instrumen Penelitian   Instrumen penelitian adalah alat–alat yang akan digunakan untuk pengumpulan data. Instrumen penelitian ini dapat berupa: kuesioner (daftar pertanyaan), formulir observasi, formulir – formulir lain yang berkaitan dengan pencatatan data dan sebagainya (Notoatmodjo, 2018). Instrumen yang dipakai pada penelitian ini yaitu kuesioner Kuesioner merupakan alat pengumpul data untuk memperoleh data yang sesuai dengan tujuan penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018).  Intrumen pengukuran tingkat pengetahuan kader menggunakan kuisioner yang disusun peneliti berdasarkan materi yang telah diajarkan pada kader kuesioner ini terdiri dari 20 pertanyaan*.*  Uji validitas instrument dilakukan pada kader keluarahan Pamoyanan di wilayah kerja puskesmas Pasirkaliki dengan mengambil sampel minimal sebanyak 20 orang   * + 1. Uji Validitas dan Realibilitas  1. Uji Validitas   Validitas merupakan alat ukur yang mampu memenuhi aspek validitas. Validitas adalah kemampuan sebuah tes untuk mengukur apa yang seharusnya di ukur (Swarjana, 2010). Hasil uji validitas yang ditetapkan adalah 0.4441 dengan jumlah sampel 20 orang, uji statistik yang digunakan adalah menggunakan korelasi *Product Moment* dengan rumus :    20  **Keterangan :**  *rxy* = Koefisien korelasi suatu butir atau item  *n* = Jjumlah subyek  *x* = Skor suatu butir atau item  *y* = Skor total   1. Uji Realibilitas   Uji realibilitas merupakan sesuatu instrument dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpulan data karena instrumen tersebut sudah baik (Arikunto, 2010). Rumus yang digunakan untuk menguji realibilitas instrumen dalam penelitian ini adalah rumus *Alpha Cronbach* sebagi berikut yang dijelaskan dalam (Swarjana, 2016).  **Keterangan :**  *r11 = Reliabilitas instrumen*  *K = Banyaknya butir*  *= Jumlah varians butir*  *= Varians total*  Kriteria suatu instrumen penelitian dikatakan realibel dengan menggunakan teknik ini bila koefisien realibilitas (ra) > 0,6 (Swarjana, 2016). Hasil uji validitas dan reliabilitas yang didapatkan dapat dilihat pada tabel di bawah ini :  Tabel 3.1.  Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | |  | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted | | P1 | 43,30 | 17,379 | ,440 | ,671 | | P2 | 44,15 | 17,818 | -,485 | ,690 | | P3 | 43,30 | 17,379 | ,440 | ,671 | | P4 | 43,40 | 17,411 | -,449 | ,678 | | P5 | 44,15 | 16,976 | ,489 | ,668 | | P6 | 43,35 | 17,187 | ,477 | ,669 | | P7 | 43,40 | 17,411 | -,449 | ,678 | | P8 | 43,35 | 16,766 | ,448 | ,657 | | P9 | 43,70 | 17,589 | -,450 | ,692 | | P10 | 43,35 | 16,345 | ,544 | ,745 | | P11 | 44,10 | 16,621 | ,446 | ,760 | | P12 | 44,00 | 16,737 | ,449 | ,767 | | P13 | 43,35 | 17,187 | ,477 | ,769 | | P14 | 43,35 | 17,187 | ,477 | ,669  21 | | P15 | 43,35 | 17,187 | ,477 | ,769 | | P16 | 43,45 | 18,050 | -,459 | ,796 | | P17 | 44,15 | 15,713 | ,527 | ,731 | | P18 | 43,45 | 16,155 | ,470 | ,745 | | P19 | 43,35 | 16,345 | ,544 | ,745 | | P20 | 43,35 | 16,345 | ,544 | ,745 | | score | 22,15 | 4,345 | 1,000 | ,216 |   Pada tabel 3.1. dapat disimpulkan setelah melakukan uji validitas didapatkan sebanyak 20 item pertanyaan yang valid dan reliabel sehingga angket yang dibuat oleh peneliti bisa dijadikan sebagai alat ukur penelitian, uji validitas dan reliabilitas dilaksanakan pada Kelurahan Pamoyanan wilayah kerja puskesmas Pasirkaliki dengan mengambil sample sebanyak 20 orang.   * 1. Pengolahan dan Analisa Data      1. Teknik Pengolahan Data         1. *Editing*   Pada tahap editing peneliti melakukan pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner tersebut :   1. Apakah lengkap, dalam arti semua pertanyaan sudah terisi. 2. Apakah jawaban atau tulisan masing – masing pertanyaan cukup jelas dan terbaca. 3. Apakah jawabanya relevan dengan pertanyaanya. 4. Apakah jawaban – jawaban pertanyaan konsisten dengan jawaban pertanyaan yang lainya ( (Notoatmodjo, 2018)    * + 1. *Coding*   Pada tahap coding peneliti merubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Misalnya jenis kelamin: 1 = laki – laki. 2 = perempuan.   * + - 1. *Data* *Entry*   Tahap entri datayakni meng input jawaban – jawaban dari masing – masing responden yang dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukan ke dalam program atau “software” komputer. dalam proses ini juga dituntut ketelitian dari orang yang melakukan “data *entry*” ini. apabila tidak maka akan terjadi bias, meskipun hanya memasukan data saja (Notoatmodjo, 2018).   * + - 1. *Cleaning*   22  Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukan, perlu di cek kembali untuk melibatkan kemungkinan adanya kesalahan. Kesalahan kode, ketidak lengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi (Notoatmodjo, 2018).   * + 1. Teknik Analisi Data        1. Uji Normalitas   Uji normalitas data digunakan untuk mengetahui apakah data tersebut terdistribusi normal ataukah tidak normal.Selain itu, dalam analisis secara statistik terutama statistik parametrik, seorang peneliti diharuskan melakukan uji normalitas data, karena salah satu syarat menggunakan parametrik test adalah data harus terdistribusi normal. Salah satu uji statistik yang dapat digunakan adalah *kolmogorove smirnove* dan *Shapiro wilk*. Bila n ≤ 50 lihat *Shapiro wilk* dan bila n > 50 lihat *kolmogorove-smirnov.*  Jika nilai P-value untuk *kolmogrove smirnove* ≥ α 0,05 maka dapat disimpulkan data terdistribusi normal dan jika P-value < α 0,05 maka data tidak terdistribusi normal. Sedangkan untuk P-value *Shapiro Wilk* ≥ α 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal dan jika P-value < α 0,05 maka dapat disimpukan data tidak terdistribusi normal.   * + - 1. Univariat   Analisis univariat adalah data yang terkait dengan pengukuran suatu variabel pada waktu tertentu (Swarjana, 2016). Analisis tersebut bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo,2010).  Hasil analisa univariat disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan prosentase dari setiap variabel. Rumus univariat:  Keterangan:  P = Persentase  F = Frekuensi  N = Jumlah responden  Dalam (Swarjana, 2016) hasil univariat dipresentasikan dengan menggunakan kriteria berikut :  23  0% : Tidak seorang pun dari responden.  1%-19% : Sangat sedikit dari responden.  20%-39% : Sebagian kecil dari responden.  40%-49% : Hampir setengah dari responden.  50% : Setengahnya dari responden.  51%-79% : Sebagian besar dari responden.  80%-99% : Hampir seluruh responden.  100% : Seluruh responden.   * + - 1. Bivariat   Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkordinasi (Notoatmodjo, 2010). Analisis bivariat dilakukan untuk melihat perbedaan sebelum dan sesudah diberikan pelatihan modul MPK Silatilu dalam meningkatkan pengetahuan kader TB. Paru serta untuk melihat efektivitas modul MKP Silatilu  Uji T-Test Dependent  Untuk melihat perbedaan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan melalui Media Video Scribe dalam meningkatkan pengetahuan siswa digunakan uji *T-Test Dependent,* dengan rumus sebagai berikut (Ibnu Fajar dkk, 2009) :  **Keterangan :**  *=* rata-rata deviasi  *=* Standar deviasi dari selisih sampel sebelum dan sesudah  *=* banyaknya sampel  Apabila distribusi data normal, maka digunakan statistik uji *Uji T-Test Dependent* dan jika data data berdistribusi tidak normal dapat menggunakan *uji Wilcoxon.*   * 1. Etika Penelitian   24  Secara garis besar menurut Milton dalam (Notoatmodjo, 2014) dalam melaksanakan sebuah penelitian ada empat prinsip yang harus dipegang teguh, yakni   1. Menghormati Harkat dan Martabat Manusia *(Respect For Human Dignity)*   Peneliti mempertimbangkan hak-hak subjek penelitian untuk mendapatkan informasi tentang tujuan peneliti melakukan penelitian tersebut. Disamping itu, peneliti juga memberikan kebebasan kepada subjek untuk memberikan informasi atau tidak (berpartisipasi). Sebagai ungkapan, peneliti harus menghormati harkat dan martabat subjek penelitian, peneliti seyogianya mempersiapkan formulis persetujuan *(inform concent)* yang mencakup:   1. Memberikan penjelasan manfaat penelitian. 2. Memberikan penjelasan kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan. 3. Memberikan penjelasan manfaat yang akan didapatkan. 4. Menjelaskan prosedur penelitian yang berkaitan dengan pelaksanaan penelitian. 5. Peneliti memberikan lembar persetujuan kepada subjek dan menjelaskan dimana subyek dapat mengundurkan diri sebagai objek penelitian kapan saja. 6. Memberikan jaminan anonimitas dan kerahasiaan terhadap identitas dan informasi yang diberikan oleh responden, dimana subyek tidak perlu mencantumkan nama atau identitas 7. Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Subjek Penelitian *(Respect For Privacy and Confidentiality)*   Peneliti menghormati dan menghargai hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu dalam memberikan informasi. Setiap orang berhak untuk dan tidak memberikan apa yang diketahuinya kepada orang lain. Oleh sebab itu, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subjek. Peneliti seyogianya cukupmenggunakan *coding* sebagai pengganti identitas responden.   1. Keadilan danInklusivitas*/*Keterbukaan *(Respect For Justice an Inclusiveness)*   Prinsip keterbukaan dan adil perlu juga dijaga oleh peneliti dengna kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Untuk itu, lingkungan penelitian perlu dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan jender, agama, etnis dan lain sebagainya.   1. Memperhitungkan Manfaat dan Kerugian yang Ditimbulkan *(Balancing Harms and Benefits)*   Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya, dan subjek penelitian pada khususnya. Penelitia hendaknya berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi subjek. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak dapat mengurang rasa sakit, cidera, stress, maupun kematian subjek penelitian.  Mengacu pada prinsip dasar penelitian tersebut, maka setiap penelitian yang dilakukan oleh siapa saja, termasuk para peneliti kesehatan hendaknya:   1. Memenuhi kaidah keilmuan dan dilakukan berdasarkan hati nurani, moral, kejujuran, kebebasan, dan tanggung jawab. 2. Merupakan upaya untuk mewujudkan ilmu pengetahuan, kesejahteraan, martabat, dan peradaban mnausia, serta terhindar dari segala sesuatu yang menimbulkan kerugian atau membahayakan subjek penelitian atau masyarakat pada umumnya.    1. Tempat dan waktu penelitian   Penelitian ini akan dilaksanakan di RW 5 kelurahan Garuda, RW 6 Maleber, RW 4 Dungus Cariang dan RW 4 keluarahan Campaka wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung. Penenlitan dilaksanakan dari bulan Agustus sampai dengan Nopember 2021 |

25

**BAB IV**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

* 1. Hasil Penelitian

Pada bagian ini disajikan hasil penelitian mengenai pengaruh modul MPK Silatilu terhadap peningkatan pengetahuan kader kesehatan dalam pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung. Hasil penelitian ini ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi sebagai pendukung dalam melakukan pembahasan serta menjelaskan hasil analisis pengaruh sebelum dan sesudah pelatihan kader kesehatan TB. Paru dengan menggunakan modul.MPK Silatilu

* + 1. Analisa Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai rata-rata pengetahuan sebelum dan sesudah mendapatkan pelatihan model pemberdayaan keluarga silatilu sehingga hasil analisa tersebut dapat digunakan untuk membantu dalam menjelaskan hasil penelitian, untuk lebih jelasmya dapat dilihat pada table di bawah ini :

TABEL 4.1.

NILAI RATA-RATA PENGETAHUAN KADER

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NILAI | PRE | POST |
| Mean | 48.75 | 64.25 |
| Std. Deviation | 6.463 | 6.935 |
| Minimum | 40 | 50 |
| Maximum | 65 | 75 |
| Sum | 975 | 1285 |

Pada tabel 4.1. dapat dijelaskan bahwa nilai mean sebelum mendapatkan pelatihan sebesar 48.75 dan setelah mendapatkan materi pelatihan dari modul MPK Silatilu naik menjadi 64.25 sehingga selisih mean pre dan post sebesar -15.500, demikian juga untuk nilai selisih standar deviasi pre dan post sebesar 5.356.

TABEL 4.2

PENGARUH MODUL MPK SILATILU TERHADAP PENINGKTAN PENEGATAHUAN

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mean | Std. Deviation | Sig. (2-tailed) |
| -15.500 | 5.356 | 0.000 |

26

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa pemberian pelatihan kader dengan menggunakan modul MPK Silatilu memberikan pengaruh secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan kader dalam pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung dengan nilai pv = 0.000 < 0.05.

27

* 1. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukan terdapat peningkatan pengetahuan kader yang signifikan antara sebelum dan sesudah pelatihan dari hasil uji statistic dapat dismpulkan bahwa ada pengaruh modul MPK Silatilu secara signifikan terhadap peningkatan pengetahuan kader kesehatan dalam pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung. dengan nilai p<0,000

Hasil penelitian tentang “Efektivitas MPK Sila Tilu Dalam Pemberdayaan Keluarga Odha Dan Ohidha Di Kota Bandung Dan Tangerang” dilaksanakan pada tahun 2017, dengan surat rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bandung Nomor 070/3318/Bakesbangpol. Penelitian didampingi tim pakar penelitian Poltekkes Kemenkes Bandung, yaitu: Prof. Dr. dr. A. Purba, M.Sc., AIFO dan Prof. Dr. dr. Emiliana. 1) MPK SilaTilu berpengaruh terhadap kepatuhan minumobat ODHA; 2) MPK SilaTilu berpengaruh terhadap dukungan keluargapada ODHA; 3) MPK SilaTilu tidak berpengaruh terhadap kecemasan OHIDA; 4) MPK SilaTilu berpengaruh terhadap kemauan penerapan SilaTilu OHIDA; 5) MPK SilaTilu efektif dalammeningkatkan kepatuhan minum obat ODHA; 6) MPK SilaTilu efektif dalam meningkatkan dukungan keluargapada ODHA; 7) MPK SilaTilu efektif dalam menurunkan kecemasan OHIDA, 8) MPK SilaTilu efektif dalam meningkatkan kemauan penerapan silatilu OHIDA; 9) MPK Sila Tilu efektif dalam meningkatkan pemberdayaan ODHA dan OHIDHA (Anah dkk, 2017)

Sejalan dengan hasil penelitian membuktikan bahwa pelatihan menggunakan modul memberikan hasil yang efektif untuk meningkatkan skor pengetahuan Kader dengan nilai selisih mean pre dan post sebesar 15.500. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Kecamatan Mangarabombang Kabupaten Takalar Sulawesi Selatan terjadi peningkatan pengetahuan gizi ibu sebesar 25,5 poin setelah pendampingan.20 Keadaan ini memberikan gambaran bahwa pelatihan dengan menggunakan modul sangat bermanfaat bagi peningkatan pengetahuan, meskipun masa evaluasi terhadap pengetahuan ada yang dilakukan satu bulan setelah pelatihan dan dua bulan setelah pelatihan. Modul merupakan bahan ajar cetak yang dirancang untuk dapat dipelajari secara mandiri oleh peserta pembelajaran. Modul disebut juga media untuk belajar mandiri karena di dalamnya telah dilengkapi petunjuk untuk belajar sendiri. Pembelajaran yang memberi kesempatan kepada pembelajar untuk meniru satu kegiatan yang dituntut dalam pekerjaan sehari- hari atau yang berkaitan dengan tanggung jawabnya, sehingga ketika dilakukan evaluasi pengetahuan kembali terjadi peningkatan

28

Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti tentang pemahaman kader dan keluarga tentang pemberdayaan keluarga menunjukan ada pengaruh yang signifikan. Pelatihan kader dengan menggunakan media modul memberikan dampak terhadap peningkatan pengetahuan kader dan keluarga, dengan merujuk kepada hasil penelitian maka kader kesehatan TB. Paru perlu diberikan pelatihan terlebih dahulu, sehingga diharapkan terjadi peningkatan kemampuan kader dalam melakukan peran, tugas dan fungsinya sebagai kader TB. Paru. Tugas kegiatan kader akan ditentukan, mengingat bahwa pada umumnya kader bukanlah tenaga profesional melainkan hanya membantu dalam pelayanan kesehatan. Dalam hal ini perlu adanya pembatasan tugas yang diemban, baik menyangkut jumlah maupun jenis pelayanan

Penelititan kualitatif di London yang dilakukan dengan wawancara terstruktur terhadap 15 orang stakeholder internasional yang dipilih, karena mereka mempunyai pengalaman tentang implementasi program kader, menunjukan bahwa sebagian besar mereka berpendapat bahwa intervensi yang dikemas sesuai dengan harapan kader merupakan strategi yang baik dalam meningkatkan motivasi kader (Greenspan, 2013). Motivasi adalah semua hal verbal, fisik atau psikologis yang membuat seseorang melakukan sesuatu dengan respon dan juga merupakan proses psikologis yang mencerminkan interaksi antara sikap, kebutuhan, persepsi dan keputusan yang terjadi pada seseorang. Peningkatan sikap positif responden, merupakan dasar untuk membentuk konsistensi menjadi kader posyandu yang aktif (Iswarawanti, 2010). Dari beberapa hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa jika motivasi tinggi maka konsistesni peran dan tugas kader akan baik dalam menijgkatkan pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru

Pendampingan minum obat pada penderita TB Paru dengan melibatkan keluarga sangat penting bagi penderita, mengingat keluarga adalah orang yang setiap hari ada didekatnya dan turut berisiko terkena penularan TB. Paru. Selain itu, penyakit TB. Paru merupakan penyakit infeksi kronis dengan lama minum obat selama 6 bulan secara berturut-turut, sehingga keluarga perlu dilibatkan karena penderita akan merasakan dukungan yang kuat dari keluarga dalam menjalani proses penyembuhan selama minum obat. Dengan demikian peran keluarga sangat menentukan dalam keberhasilan pengobatan penderita TB. Paru

Untuk mendapatkan anggota keluarga sebagai pendamping minum obat maka diperlukan pelatihan kader kesehatan TB. Paru yang mampu meningkatkan pengetahuan dalam pemberdayaan keluarga Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yani, D (2019) bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan mengenai bahaya dan penularan TB. Pengetahuan keluarga mengenai TB sangat diperlukan dalam membantu keluarga untuk mendampingi pasien. Keluarga yang memiliki pengetahuan yang cukup baik mengenai TB akan memiliki kesadaran yang lebih tinggi dalam pengawasan minum obat dibandingkan yang memiliki pengetahuan kurang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nesi A, et al (2017) bahwa ada hubungan dukungan dan pengetahuan keluarga dengan tingkat kepatuhan berobat. Pemberdayaan masyarakat adalah proses pemberian informasi secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan sasaran serta proses membantu sasaran, agar sasaran tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu/sadar (aspek pengetahuan), dari tahu menjadi mau (aspek sikap*)* dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan

29

Sasaran utama pemberdayaan adalah individu dan keluarga serta kelompok masyarakat. Dalam mengupayakan agar seseorang tahu dan sadar, kuncinya terletak pada keberhasilan membuat orang tersebut memahami bahwa sesuatu adalah masalah baginya dan bagi masyarakat. Sepanjang orang tersebut belum mengetahui dan menyadari bahwa sesuatu itu merupakan masalah, maka orang tersebut tidak akan bersedia menerima informasi apapun lebih lanjut, manakala ia telah menyadari masalah yang dihadapinya maka kepadanya harus diberikan informasi umum lebih lanjut tentang masalah yang bersangkutan. Berdasarkan pada panduan pemberdayaan masyarakat menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang terdiri dari 7 komponen potensi masyarakat yaitu (1) keberadaan tokoh masyarakat dan kader kesehatan, (2) keberadaan organisasi masyarakat termasuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM), (3) kesediaan dana masyarakat, (4) kesediaan sarana dan materi dari masyarakat, (5) tingkat pengetahuan masyarakat, (6) kesediaan teknologi dari masyarakat, dan (7) pembuatan keputusan oleh masyarakat.

Selanjutnya, peran kader tersebut dapat memberdayakan keluarga dalam pengawasan minum obat pasien TB. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Muhtar (2013) bahwa pemberdayaan keluarga mempengaruhi pengetahuan dan keterampilan keluarga dalam perawatan penderita Tb Paru. Peran keluarga sangat penting dalam meningkatkan self efficacy dan self care activity. Pengembangan Model Pemberdayaan Keluarga Berdasarkan Silih Asih, Silih Asah dan Silih Asuh( MPK SILA TILU). Silih asih, silih asah, dan silih asuh merupakan budaya lokal “urang Sunda” yang menunjukan karakter yang khas dari budaya religious urang Sunda sebagai konsekuensi dari pandangan hidup nilai-nilai dan keagamaannya. Silih asih, silih asah dan silih asuh merupakan satu kesatuan nilai yang saling memperkuat satu sama lain, sehingga kalau ketiganya dilakukan secara terintegrasi akan menciptakan suatu perilaku yang harmonis

30

Makna Silih asih adalah wujud komunikasi dan interaksi religious-sosial yang menekankan sapaan cinta kasih Tuhan dan merespons cinta kasih Tuhan tersebut melalui cinta kasih kepada sesama manusia. Dengan ungkapan lain, silih asih merupakan kualitas interaksi yang memegang teguh nilai-nilai ketuhanan dan nilai-nilai kemanusiaan. Semangat ketuhanan dan kemanusiaan inilah yang melahirkan moralitas egaliter (persamaan) dalam masyarakat. Dalam tradisi masyarakat yang menerapkan nilai silih asih, manusia saling menghormati, tidak ada manusia yang dipandang superior maupun imperior, sebab menentang semangat ketuhanan dan kemanusiaan. Mendudukan manusia pada kedudukan superior atau imperior merupakan perilaku yang merendahkan nilai kemanusiaan. Ketika ada manusia yang dianggap superior (tinggi), berarti mendudukan manusia sejajar dengan Tuhan, dan jika mendudukan manusia pada kedudukan yang imperior (rendah), berarti mengangkat dirinya sejajar dengan Tuhan. Dalam masyarakat silih asih manusia didudukkan secara sejajar atau egaliter (Rakep dendeng papak sarua) satu sama lainnya.

Prinsip egaliter ini kemudian melahirkan etos musyawarah, kerjasama, dan sikap untuk senantiasa bertindak adil. Etos dan moralitas inilah yang menjadikan masyarakat Sunda teratur, dinamis, dan harmonis. Tradisi silih asih sangat berperan dalam menyegarkan kembali manusia dari keterasingan dirinya dalam masyarakat sehingga citra dirinya terangkat dan menemukan ketenangan. Ini merupakan sumber keteraturan, kedinamisan, dan keharmonisan masyarakat, sebab manusia yang terasing dari masyarakatnya cenderung mengalami kegelisahan yang sering diikuti dengan kebingungan, penderitaan, dan ketegangan etis serta mendesak manusia untuk melakukan pelanggaran hak dan tanggung jawab social. Dengan demikian sikap silih asih mempunyai makna yang baik untuk pribadi dan orang lain yang ada disekitarnya

Keperawatan transkultural dimaknai sebagai asuhan keperawatan yang memperhatikan aspek sosial budaya klien. Perawat mempelajari dan mempergunakan nilai-nilai budaya yang spesifik dari klien dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan latar belakang budaya klien (Sudhiharto, 2007) Keperawatan transkultural dikembangkan oleh Madeleine Leninger, dengan memperhatikan perilaku sehat sakit yang sangat dipengaruhi oleh latar belakang budaya klien. Kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan berdasarkan ilmu dan kiat yang humanis yang difokuskan pada perilaku individu atau kelompok serta proses untuk mempertahankan atau meningkatkan perilaku sehat atau sakit secara fisik dan psikokultural klien (Leininger, 1984). Terdapat tiga strategi dalam memberikan asuhan keperawatan, yaitu: 1) Upaya mempertahankan budaya klien jika budaya klien tidak bertentangan dengan kesehatan; 2) Upaya negosiasi, yaitu intervensi keperawatan untuk membantu klien beradaptasi dengan budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatan; dan 3) Upaya Restrukturisasi budaya klien karena budaya yang dimiliki bertentangan dengan kesehatan.

31

Kader kesehatan TB. Paru adalah kader yang mampu mengenali adanya masalah kader mampu menjelaskan tentang konsep sederhana penyakit TB. paru dan cara penanganannya, mampu melakukan skrining dan melakukan investigasi lokal, menggerakkan masyarakat untuk ikut serta dalam penyuluhan keluarga dan kelompok sehat, resiko dan gangguan penyakit TB. Paru. Upaya untuk pemberdayaan masyarakat terhadap penyakit TB. paru dapat dicapai dengan suatu manajemen pelayanan kesehatan khususnya pelayanan dan pencegahan penyakit TB. Paru berbasis komunitas. Bentuk pendekatan manajemen pelayanan penyakit TB. Paru komunitas ini salah satunya dengan pengenalan deteksi dini investigasi lokal yang dapat dilakukan sendiri oleh kader.

Dengan adanya kader kesehatan TB. Paru diharapkan dapat menjadi ujung tombak untuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitasi pasien TB. Paru di lingkungan keluarganya dan masyarakat. Upaya pelatihan kader dapat ditindak lanjuti untuk pembentukan RW siaga TB. Paru. Kader kesehatan diharapakan mampu menjalankan kegaiatan secara rutin minimal satu bulan satu kali dibawah arahan, binaan dan monitoring dari penanggungjawab program TB. Paru atau program perkesmas puskesmas Garuda

Program berkelanjutan dalam pemberdayaan kader TB. Paru dalam deteksi dini dan mengenal masalah penyakit TB. Paru oleh stake holder terkait dan aparat setempat sangat diperlukan. Hal ini dapat dilakukan dengan bekerjasama dengan perguruan tinggi setempat yang dapat berkontribusi dalam pengembangan wilayahnya. Perlu adanya pendampingan khusus pelaksanaan kegiatan perberdayaan masyarakat dalam deteksi dini masalah penyakit TB. Paru, khususnya oleh tenaga kesehatan seetempat, dan perlu pelatihan perluasan pelatihan MPK Silatilu untuk persiapan pembentukan RW atau desa siaga TB. Paru

* 1. Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan pada pengalaman langsung peneliti dalam proses penelitian ini, ada beberapa keterbatasan yang dialami dan dapat menjadi beberapa faktor yang agar dapat untuk lebih diperhatikan bagi peneliti-peneliti yang akan dating pada keterbatasan penelitian akan memaparkan hal-hal atau variabel yang sebenarnya tercakup di dalam keluasan lingkup penelitian tapi karena kesulitan-kesulitan metodologis atau prosedural tertentu sehingga tidak dapat dicakup di dalam penelitian dan di luar kendalikan peneliti. Beberapa keterbatasan dalam penelitian tersebut, antara lain :

32

1. Waktu dan proses penelitian dimasa pandemic sehingga kesulitan untuk mendapatkan perijinan baik dari Kesbangpol maupun dari Dinas Kesehatan
2. Tehnik pengambilan sampel, karena keterbatasa jumlah sampel maka peneliti menggunakan tehin purposive sampling dalam hal ini kader yang menjadi kantoong paru di daerahnya
3. Rancangan penelitian yang digunakan oleh peneliti menggunakan pre-post one group without control, sehingga peneliti tidak bisa membandingkan hasil yang sebenarnya tentang keefektifan dari modul MPK Silatilui

**BAB V**

**KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan tentang pengaruh modul MPK Silatilu terhadap peningkatan pengetahuan kader kesehatan dalam pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung dapat disimpulkan beberapa hal :

1. Sebelum dilakukan pelatihan Kader MPK Silatilu pengetahuan awal kader tengtang pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru seebsar 48.75
2. Setelah dilakukan pelatihan Kader MPK Silatilu pengetahuan akhir kader tengtang pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru seebsar 64.25
3. Ada pengaruh secara bermakna pemberian pelatihan kader dengan menggunakan modul MPK Silatilu terhadap peningkatan pengetahuan kader kesehatan dalam pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru di wilayah kerja Puskesmas Garuda Kota Bandung dengan nilai sebesar p : 0.000

5.2. Rekomendasi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan dampak bagi keseluruhan elemen yang menjadi objek penelitian, maka peneliti memberikan dapat memberikan rekomendasi sebagai berikut :

1. Perlu adanya pendampingan khusus pelaksanaan kegiatan perberdayaan masyarakat dalam deteksi dini masalah TB. Paru, khususnya oleh tenaga kesehatan seetempat, serta perlunya pelatihan kader di setiap RW untuk persiapan pembentukan desa siaga TB. Paru
2. MPK Sila Tilu dapat dipergunakan sebagai metoda pemberdayaan keluarga khususnya untuk meningkatkan pemberdayaan keluarga dengan TB. paru.
3. MPK Sila Tilu dapat dipergunakan sebagai model dalam pengabdian kepada masyarakat.

33

**DAFTAR PUSTAKA**

Adrian, Kevin (2019), Proses terjadinya Penularan TB. Paru, <http://www.alodokter.com/proses-terjadinya-tbc>

Bailon, SG dan Maglaya, ASM. (1978). *Perawatan Kesehatan Keluarga: suatu Proses*. Published by SG Bailon and AS.Maglaya, UP College of Nursing, Diliman, Quezon City Philippines.

Greenspan et al, 2013. Sources of community health worker motivation: a qualitative study in Morogoro Region, Tanzania. Human Resources for Health 2013, 11:52

Istiawan, R., Sahar, J., & Bachtiar, A. (2006). Hubungan Peran Pengawas Minum Obat Oleh Keluarga Dengan Petugas Kesehatan Terhadap Pengetahuan, Perilaku Pencegahan, Dan Kepatuhan Klien TBC Dalam Konteks Keperawatan Komunitas Di Kabupaten Wonosobo. *Soedirman Journal of Nursing*, *1*(2), 96–104.

Jufrizal, H. M. (2016). Peran Keluarga Sebagai Pengawas Minum Obat (Pmo) Dengan Tingkat Keberhasilan Pengobatan Penderita Tuberkulosis Paru. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, *4*(1).

Kementerian Kesehatan RI. (2016). Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.*

Kementerian Kesehatan RI. (2016). Tuberkulosis Temukan Obati Sampai Sembuh. Jakarta: *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.*

Kementerian Kesehatan. (2017). Juknis Penemuan Aktif TBC Integrasi Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga (PISPK). *Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan.*

Muhtar. (2013). Pemberdayaan Keluarga Dalam Peningkatan Self Efficacy Dan Self Care Activity Keluarga Dan Penderita Tb Paru (Family Empowerment in Increasing Self-Effi cacy and Self-Care Activity of Family and Patients with Pulmonary Tb). *Jurnal Ners*, *8*(Oktober), 229–239.

Nesi, A., Subekti, I., & Putri, R. M. (2017). the Relationship Between the Family Support and Awareness (Knowledge) and the Lung Tb Patient’S Faithfulness in Undergoing Treatment At Maubesi Health Centre Mid-North Timor District. *Nursing News*, *2*(2), 371–379. https://doi.org/10.1021/BC049898Y.

PUSDATIN. (2015). Tuberkulosis, Temukan Obati Sampai Sembuh. In *PUSDATIN* (Vol. 112). Jakarta.

34

Puspitha, A., Erika, K. A., & Saleh, U. (2020). Pemberdayaan Keluarga dalam Perawatan Tuberkulosis. *Media Karya Kesehatan*, *3*(1), 50–58.

35

Santyasa W. I. 2009. Metode Penelitian Pengembangan dan Teori Pengembangan Modul. Fakultas Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Pendidikan Ganesha.

**Lampiran 1**

**SOAL PRE TEST**

1. Penyakit TB. Paru adalah penyakit yang menyerang :
2. Paru-paru
3. Kerongkongan
4. Selaput Lendir hidung
5. Saluran Pencernaan
6. Penyebab penyakit TB. Paru :
7. Keturunan
8. Mycrobacterium Tuberculosis
9. Kurang Gizi
10. Rumah kurang sinar matahari
11. Tanda dan gejala penyakit TB. Paru :
12. Nyeri kepala
13. Pusing
14. Batuk lebih dari 3 minggu
15. Kurang nafsu makan
16. Cara penularan penyakit TB. Paru melalui :
17. Berjabat tangan
18. Makanan dan minuman
19. Jarum suntik
20. Percikan dahak penderita
21. Cara pencegahan Penyakit TB. Paru :
22. Memakai masker
23. Sering cuci tangan
24. Istirahat yang cukup
25. Makanan yang cukup
26. Langkah pertama dalam model pemberdayaan keluarga dengan TB. Paru dengan pendekatan silatilu yaitu :
27. Mengambil keputusan
28. Mengenal masalah Kesehatan
29. Merawat angota yang keluarga yang sakit TB. Paru
30. Membawa ke puskesmas
31. Pada tahapan mengenaal masalah Kesehatan seorang Kader/ anggota keluarga harus mampu :
32. Mengenali penyebab, dan cara penularan penyalit TB. Paru
33. Membantu keluarga dalam mengambil keputusan
34. Merawat anggota keluarga yang sakit TB. Paru
35. Merujuk ke puskesmas terdekat
36. Upaya yang perlu dilakukan oleh Kader agar keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat dengan anggota keluarga yang sakit TB. Paru adalah :
37. Lapor kepada Ketua RT/RW
38. Menjelaskan dampak penyakit TB, paru jika tidak mendapatkan pengobatan
39. Menyarankan kepada keluarga untuk sesegera mungkin membawa ke puskesmas
40. Menganjurkan untuk membuat surat keterangan tidak mampu agar mendapatkan pengobatan gratis
41. Beberapa hal penyebab keluarga tidak dapat mengambil keputusan yang tepat untuk penderita TB. Paru, diantaranya :
42. Penderita TB. Paru tidak mau terbuka
43. Penderita TB. Paru merasa takut dan malu
44. Ketidak tahuan keluarga dalam mengenali penyakit TB. Paru
45. Keluarga menganggap sebagai penyakit yang biasa
46. Peran Kader pada tahap ketiga dari model pemberdayaan keluarga dengan penyakit TB. Paru adalah :
47. Melakukan pengkajian awal
48. Membawa penderita ke puskesmas
49. Mendokumentasikan kegiatan yang telah dilakukan
50. Membantu menjelaskan rencana pengobatan
51. Tugas keluarga dalam menata lingkungan rumah yang mendukung Kesehatan adalah :
52. Menyediakan tempat penampung dahak
53. Memberikan asupan makan yang cukup
54. Membuka ventilasi udara setiap pagi
55. Menunjuk pengawas minum obat pada salah satu anggota keluarga
56. Tugas keluarga dalam membantu Tindakan pengobatan di rumah yaitu :
57. Menjelaskan minum obat yang teratur dan benar selama 6 bulan berturut-turut
58. Memberikan asupan makan yang cukup
59. Menganjurkan untuk olah raga sesuai kemampuan pasien
60. Menyiapkan tempat penampung dahak
61. Tugas Kader pada tahap membantu Tindakan pengobatan pasien di rumah yaitu :
62. Memberikan penyuluhan tentang bahaya penyakit TB. Paru
63. Mengajarkan tehnik etika batuk yang benar
64. Membawa pasien ke puskesmas
65. Lapor ke puskesmas tentang temuan penderita TB, paru
66. Tugas dan peran Kader ada fase penularan aktif penderita TB. Paruadalah :
67. Menyarankan kepada penderita TB. Paru untuk memakai masker
68. Cuci tangan sesering mungkin
69. Menjaga jarak agar tidak menularkan kepada orang lain
70. Menganjurkan sering makan dalam porsi kecil
71. Tugas keluarga pada tahap penilaian kondisi Kesehatan pasien adalah :
72. Mengawasi pasien minum obat
73. Menerapkan pola perilaku hidup sehat
74. Membawa control ke puskesmas
75. Memberikan asupan nutrisi yang adekuat
76. Peran dan tugas Kader pada tahap penilaian kondisi Kesehatan pasien yaitu :
77. Mengawasi pasien minum obat
78. Menerapkan pola perilaku hidup sehat
79. Mengingatkan pasien untuk control ke puskesmas
80. Memberikan asupan nutrisi yang adekuat
81. Langkah ketujuh pada model pemberdayaan keluraga dengan TB. Paru yaitu :
82. Berbagi pengalaman tentang perawatan dan pengobatan penyakit TB. Paru
83. Setelah sembuh pasien disarankan untuk melakukan vaksinasi BCG
84. Menganjurkan kepada pasien untuk control ulang
85. Membawa pasien ke puskesmas
86. Tugas kader pada tahap berbagi pengalaman klien adalah :
87. Memberikan penyuluhan agar pasien untuk menerapkan pola hidup bersih dan sehat
88. Pada kegiatan posyandu/posbindu psien disuruh bercerita tentang pengalaman mendapatkan perawatan dan pengobatan TB. Paru
89. Melakukan kunjungan rumah kepada penderita TB. Paru
90. Memberikan dukungan agar pasien tuntas melakukan pengobatan
91. Tugas Kader setelah selesai melaksanakan pemberdayaan keluarga TB. Paru selanjutnya
92. Membuat laporan ke puskesmas
93. Membuat laporan ke RT/RW
94. Membuat laporan ke Ketua Kader
95. Membuat laporan Kepada Lurah/Kepala Desa
96. Tugas Kader pada tahap akhir dari pembinaan keluarga dengan TB. Paru yaitu
97. Melakukan survey untuk menjaring kasus baru
98. Memberikan penyuluhan tentang pola hidup bersih dan sehat
99. Melakukan kunjungan rumah
100. Monitoring dan evaluasi

**Lampiran 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descriptives** | | | | |
|  | | | Statistic | Std. Error |
| Skor\_pre | Mean | | 48.75 | 1.445 |
| 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 45.73 |  |
| Upper Bound | 51.77 |  |
| 5% Trimmed Mean | | 48.33 |  |
| Median | | 50.00 |  |
| Variance | | 41.776 |  |
| Std. Deviation | | 6.463 |  |
| Minimum | | 40 |  |
| Maximum | | 65 |  |
| Range | | 25 |  |
| Interquartile Range | | 5 |  |
| Skewness | | .843 | .512 |
| Kurtosis | | .914 | .992 |
| Skor\_post | Mean | | 64.25 | 1.551 |
| 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 61.00 |  |
| Upper Bound | 67.50 |  |
| 5% Trimmed Mean | | 64.44 |  |
| Median | | 60.00 |  |
| Variance | | 48.092 |  |
| Std. Deviation | | 6.935 |  |
| Minimum | | 50 |  |
| Maximum | | 75 |  |
| Range | | 25 |  |
| Interquartile Range | | 10 |  |
| Skewness | | .296 | .512 |
| Kurtosis | | -.413 | .992 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tests of Normality** | | | | | | |
|  | Kolmogorov-Smirnova | | | Shapiro-Wilk | | |
| Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Skor\_pre | .223 | 20 | .010 | .903 | 20 | .147 |
| Skor\_post | .280 | 20 | .000 | .841 | 20 | .104 |
| a. Lilliefors Significance Correction | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
|  | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
| P1 | 43,30 | 17,379 | ,440 | ,671 |
| P2 | 44,15 | 17,818 | -,485 | ,690 |
| P3 | 43,30 | 17,379 | ,440 | ,671 |
| P4 | 43,40 | 17,411 | -,449 | ,678 |
| P5 | 44,15 | 16,976 | ,489 | ,668 |
| P6 | 43,35 | 17,187 | ,477 | ,669 |
| P7 | 43,40 | 17,411 | -,449 | ,678 |
| P8 | 43,35 | 16,766 | ,448 | ,657 |
| P9 | 43,70 | 17,589 | -,450 | ,692 |
| P10 | 43,35 | 16,345 | ,544 | ,745 |
| P11 | 44,10 | 16,621 | ,446 | ,760 |
| P12 | 44,00 | 16,737 | ,449 | ,767 |
| P13 | 43,35 | 17,187 | ,477 | ,769 |
| P14 | 43,35 | 17,187 | ,477 | ,669 |
| P15 | 43,35 | 17,187 | ,477 | ,769 |
| P16 | 43,45 | 18,050 | -,459 | ,796 |
| P17 | 44,15 | 15,713 | ,527 | ,731 |
| P18 | 43,45 | 16,155 | ,470 | ,745 |
| P19 | 43,35 | 16,345 | ,544 | ,745 |
| P20 | 43,35 | 16,345 | ,544 | ,745 |
| score | 22,15 | 4,345 | 1,000 | ,216 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Statistics** | | | |
|  | | Skor\_pre | Skor\_post |
| N | Valid | 20 | 20 |
| Missing | 0 | 0 |
| Mean | | 48.75 | 64.25 |
| Std. Deviation | | 6.463 | 6.935 |
| Minimum | | 40 | 50 |
| Maximum | | 65 | 75 |
| Sum | | 975 | 1285 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paired Samples Statistics** | | | | | |
|  | | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
| Pair 1 | Skor\_pre | 48.75 | 20 | 6.463 | 1.445 |
| Skor\_post | 64.25 | 20 | 6.935 | 1.551 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Paired Samples Test** | | | | | | | | | |
|  | | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
| Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| Lower | Upper |
| Pair 1 | Skor\_pre - Skor\_post | -15.500 | 5.356 | 1.198 | -18.007 | -12.993 | -12.943 | 19 | .000 |

**Lampiran kegiatan :**





