



Research article



Implementation of Family-Based Disease Management Model through Community Empowerment

Murniati Muchtar¹, Lola Felnanda Amri¹, Tasman Tasman¹, Syafrisar Meri Agritubella²

¹ Poltekkes Kemenkes Padang, Indonesia

² Poltekkes Kemenkes Riau, Indonesia

Article Info

Article History:

Submitted: Oct 3rd, 2021

Accepted: Jan 26th, 2022

Published: Feb 25th, 2022

Keywords:

Community Empowerment;
Healthy Family

Abstract

Efforts to improve the degree of public health are carried out by applying various approaches, including involving the potential of the community in disease management with a family approach. The purpose of this study was to analyse the effect of implementing family empowerment models on increasing family knowledge about healthy families in Nanggalo Padang. The research design was Quasy Experiment research, one group pretest and posttest design. The sample in the study was 30 people using the purposive sample technique in their families who visited Posyandu in 3 villages, namely, Gurun Laweh, Kuraog Pagang and Surau Gadang Villages. The community empowerment model used is the Family-Based Disease Management Model developed by Mardikanto. The result showed that there was an effect of the application of the community empowerment model on family knowledge about healthy families (p-value = 0.000). The recommendation of this study is that it is necessary to periodically evaluate the understanding and knowledge of health and family cadres for indicators of healthy families in the community.

PENDAHULUAN

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama yaitu penerapan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) [1]. Penerapan paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan upaya promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan

peningkatan mutu menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan. Sedangkan pelaksanaan JKN dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan manfaat, serta kendali mutu dan biaya. Kesemuanya itu ditujukan kepada tercapainya keluarga – keluarga sehat [1].

Keluarga sehat merupakan upaya dalam pembangunan kesehatan dimulai dari unit terkecil di masyarakat. Pembangunan ini tertuang dalam Undang-Undang No. 52 Tahun 2009 tentang perkembangan Kependudukan dan pembangunan keluarga

Corresponding author:
Syafrisar Meri Agritubella
meri@pkr.ac.id

Media Keperawatan Indonesia, Vol 5 No 1, February 2022

e-ISSN: 2615-1669

ISSN: 2722-2802

DOI: 10.26714/mki.5.1.2022.49-57

[2]. Salah satu program pembangunan kesehatan adalah Program Indonesia Sehat. Keberhasilan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga diukur dengan Indeks Keluarga Sehat, yang merupakan komposit dari 12 indikator [3]. Menurut Kemenkes (2016) dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 39 Tahun 2016 terdapat 12 indikator keluarga sehat dan dikelompokkan menjadi 5 kategori yaitu: 1) Program Gizi, Kesehatan Ibu dan Anak, 2) Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular, 3) Perilaku Sehat, 4) Rumah atau lingkungan Sehat, dan 5) Kesehatan Jiwa [4]. Semakin banyak indikator yang dipenuhi keluarga, maka status keluarga mengarah kepada Keluarga Sehat. Semakin banyak keluarga yang mencapai status Keluarga Sehat, maka semakin dekat tercapainya Indonesia Sehat. Untuk mencapai Indonesia Sehat perlu peran seluruh puskesmas dengan pendekatan keluarga di Indonesia.

Pendekatan Keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan akses pelayanan kesehatan. Pendekatan keluarga tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerja untuk mendukung pencapaian program Keluarga Sehat dan Indonesia sehat [5]. Marsanti (2017) menjelaskan kunci keberhasilan program ini adalah pemberdayaan masyarakat dan sinergi lintas sektor. Adapun peran petugas kesehatan adalah sebagai pendamping[6].

Tidak hanya petugas kesehatan, partisipasi masyarakat berperan penting dalam pencapaian Keluarga Sehat. Masyarakat diharapkan dapat melakukan perubahan secara bersama-sama dan mandiri melalui Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM)[6]. Forum komunikasi yang digunakan meliputi: 1) kunjungan rumah, 2) Diskusi kelompok terarah (DKT) atau *Focus Group Discussion* (FGD) melalui Dasawisma PKK, 3) Kesempatan Konseling di UKBM (Posyandu, Posbindu, UKK), 4)

Forum dimasyarakat seperti majelis taklim, rembug desa, selapanan dan lain-lain. Sedangkan keterlibatan tenaga masyarakat sebagai mitra dapat berasal dari kader – kader kesehatan seperti Kader Posyandu, Kader Posbindu, Kader Poskestren, Kader PKK dan lain-lain.

Identifikasi masalah dilakukan untuk pengumpulan dan analisis kebutuhan dengan melakukan *focus group discussion* (FGD) kepada kader Program Pengembangan Kecamatan (PKK), Posyandu, dan Posbindu. Peran Posyandu dan Posbindu ditentukan oleh kualitas kadernya. Kader yang memiliki motivasi tinggi dalam mengelola posyandu dan posbindu sehingga kader perlu mendapatkan pembekalan pelatihan kesehatan. Hasil penelitian Fitri Yanti (2018) tentang pengetahuan petugas kesehatan tentang program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga di Puskesmas Kota Banda Aceh didapatkan hasil bahwa 58% memiliki pengetahuan tinggi sedangkan 42% memiliki pengetahuan rendah[7]. Sehingga dibutuhkan pelatihan dasar bagi petugas yang baru dan pelatihan lanjutan kepada petugas lama[7].

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat Tahun 2016, Kota Padang memiliki kasus Balita Gizi Buruk urutan ke 2 setelah Kabupaten Mentawai yaitu 68 kasus. Angka kasus baru Penyakit menular di Sumatera Barat seperti Penyakit TB terdapat 5.258 kasus baru TB Paru BTA Positif. Sedangkan Kasus DBD sebanyak 3952 kasus dan Kota Padang dengan urutan DBD pertama sebanyak 911 kasus. Jumlah penderita pneumonia balita ditemukan dan ditangani tahun 2016 adalah sebanyak 30% dan mengalami peningkatan dibanding tahun 2015 yang hanya 25%. Jumlah kasus diare yang ditemukan dan ditangani sebanyak 115.442 orang[8].

Berdasarkan data profil Dinas Kesehatan Kota Padang Tahun 2015, angka kematian ibu berjumlah 17 orang dari 111 orang kematian ibu di Provinsi Sumatera Barat. 10

orang diantaranya merupakan kematian ibu pada masa nifas. Dari semua bayi yang ditimbang, ditemukan 2,17% BBLR dan meningkat dari tahun sebelumnya sebesar 1,7%. Adapun salah satu faktor yang mempengaruhinya adalah konsumsi gizi ibu saat hamil. Bayi mendapat ASI Eksklusif 0-6 bulan sebanyak 70,74%. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap sebanyak 89,61%. Prevalensi *stunting* di Padang sebesar 15%. Angka tertinggi berada di Kecamatan Nanggalo (24,33%).

Puskesmas Nanggalo terdiri dari 3 wilayah kerja yaitu kelurahan surau Gadang, Kelurahan Kurao Pagang dan Kelurahan Gurun Laweh. Angka kelahiran pada tahun 2015 di Puskesmas Nanggalo adalah 699 kelahiran hidup dan 1 kelahiran mati. Dengan angka BBLR sebanyak 1,19% dari kelahiran hidup. Jumlah Bayi (0-6 bulan) sebanyak 517 orang, hanya 59,38% bayi yang diberikan ASI Eksklusif 6 bulan. Angka kematian neonatal sebanyak 3 orang. Bayi 5 orang dan Balita 5 orang. Dari 7.515 PUS, yang mengikuti KB 35,62% terdiri dari 10,9% KB baru, 24,72% peserta KB aktif. Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dilakukan dengan menerapkan berbagai pendekatan, termasuk melibatkan potensi masyarakat melalui UKBM Kota Padang adalah Pos Kesehatan Kelurahan (Poskeskel) sebanyak 29 buah. Posbindu 21 buah dan meningkat menjadi 92 buah. Upaya kesehatan bersumber masyarakat tersebar di 104 kelurahan di Kota Padang. UKBM yang telah lama dikembangkan dan berakar adalah Posyandu. Jumlah Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo sebanyak 44, hanya 29 (65,91%) yang aktif, 3 buah Poskeskel, 1 buah Posbindu dan tidak memiliki Polindes.

Pemberdayaan masyarakat oleh kader posyandu yang diberikan kepada keluarga penerima program manfaat dapat mendukung program Keluarga Sehat di wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang. Sehingga perlunya model pemberdayaan berbasis keluarga yang tepat dalam peningkatan pengetahuan keluarga

terhadap program keluarga sehat. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh penerapan salah satu model pemberdayaan keluarga terhadap peningkatan pengetahuan keluarga tentang keluarga sehat di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo.

METODE

Metode penelitian dalam penelitian ini adalah *Quasy Eksperiment* dengan pendekatan *One Group Pre Test – Post Test Design*. Model pemberdayaan yang digunakan dalam penelitian ini adalah Model Penanggulangan Penyakit berbasis Keluarga yang dikembangkan oleh Mardikanto (2010) yaitu pemeliharaan kesehatan melalui penumbuhan kesadaran, peningkatan pengetahuan dan keterampilan memelihara kesehatan. [9]. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga dengan PUS, Ibu Hamil, ibu balita berdomisili di 3 kelurahan yaitu Kelurahan Gurun Laweh, Kelurahan Kurao Pagang dan Kelurahan Surau Gadang wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Nanggalo Padang, Teknik pengambilan sample adalah *purposive sample* dengan alasan pemilihan subjek sebagai penerima manfaat program Keluarga Sehat yang terdiri dari 40 responden yang mengikuti kegiatan posyandu dan mengetahui program Keluarga Sehat. Instrument penelitian berupa kuesioner berisi 5 Program terdiri dari 12 indikator program keluarga sehat (61 pertanyaan). Metode pengumpulan data dengan observasi, wawancara, pengisian lembar *pre test – post test* dan studi dokumentasi pada data penerima manfaat program keluarga sehat.

Adapun prosesnya dimulai dengan meminta rekomendasi persetujuan penelitian, *ethical clearance* dan pengurusan izin penelitian kepada Dinas Kesehatan Kota Padang, Menemui pimpinan Puskesmas dan kelurahan terkait serta menetapkan posyandu tempat penelitian. Pengambilan sample, menjelaskan dan mengisi lembar *inform consent* dan melakukan *pre-test*,

melakukan perlakuan Model Pemberdayaan oleh kader yang dilatih dan melakukan *post-test* sesudah perlakuan. Pengolahan data dengan uji statistik *Paired sample t-test* pada *pretest* dan *posttest* kelompok dengan tingkat kepercayaan 95% dan p (nilai signifikansi) $< 0,05$. Penelitian ini mendapat persetujuan etik oleh Komite Etika Penelitian Fakultas KEdokteran Universitas Andalas No. 338/KEP/FK/2018

HASIL

Karakteristik Responden

Hasil penelitian berdasarkan indikator keluarga sehat (KS) pada 40 responden didapatkan seluruh keluarga berada dalam kategori keluarga Pra Sehat, dengan umur responden paling rendah adalah 26 tahun dan tertinggi 56 tahun dengan pekerjaan lebih dari separuh bertani (57,5%), tingkat pendidikan SMA menempati posisi diatas yaitu 22 orang (40%). Untuk selanjutnya dapat dilihat pada tabel 1.

Implementasi Model Penanggulangan Penyakit Berbasis Keluarga melalui pemberdayaan masyarakat

Hasil Analisis Uji T - Berpasangan didapatkan nilai rerata perbedaan pengukuran pengetahuan keluarga pertama (*pre-test*) mengalami peningkatan setelah pengukuran kedua (*post-test*). Rerata pengetahuan keluarga tentang Program Keluarga Sehat sebelum dan sesudah dilakukan implementasi Model Penanggulangan Penyakit berbasis Keluarga melalui pemberdayaan masyarakat oleh kader Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang didapatkan hasil yang signifikan sehingga dapat disimpulkan secara komposit ada perbedaan yang signifikan antara pengukuran pengetahuan Program Keluarga Sehat (Program Gizi dan KIA, Program Pengendalian Penyakit Menular dan Penyakit tidak menular, Perilaku Sehat dikeluarga, Rumah dan Lingkungan Sehat, serta Program Kesehatan Jiwa yang

diberikan oleh kader sebelum dan setelah implementasi model pemberdayaan masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang.

Untuk Program Gizi dan KIA terdapat peningkatan pengetahuan keluarga dengan selisih rata-rata (*mean pretest-posttest*) sebesar 1,27. Untuk program pengendalian penyakit menular dan penyakit tidak menular terdapat peningkatan pengetahuan keluarga dengan selisih rata-rata (*mean pretest-posttest*) sebesar 0,75. Untuk Program Perilaku sehat terdapat peningkatan pengetahuan keluarga dengan selisih rata-rata (*mean pretest-posttest*) sebesar 1,02. Untuk program rumah dan lingkungan sehat terdapat peningkatan pengetahuan keluarga dengan selisih rata-rata (*mean pretest-posttest*) sebesar 1,17. Untuk program kesehatan jiwa terdapat peningkatan pengetahuan keluarga dengan selisih rata-rata (*mean pretest-posttest*) sebesar 0,25. Hasil penelitian secara rinci dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 1
Karakteristik Responden, n=40 responden

Indikator	f	%
Umur		
20 - 35 tahun	2	5
≥ 35 tahun	38	95
Pendidikan		
SMP	2	5
SMA	22	40
PT	16	55
Pekerjaan		
PNS	7	17,5
Petani	23	57,5
Pedagang	10	25

Tabel 2
Pengetahuan Keluarga tentang 5 Program Keluarga Sehat sebelum dan sesudah implementasi Model Penanggulangan Penyakit berbasis Keluarga, n=40 responden

Indikator	Rerata	p
Program Gizi dan KIA		
Pre Test	2,33 ($\pm 0,656$)	0,000
Post Test	3,60 ($\pm 0,810$)	
Program Pengendalian Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular		
Pre Test	1,03 ($\pm 0,158$)	0,000
Post Test	1,78 ($\pm 0,423$)	
Program Perilaku Sehat di Keluarga		
Pre Test	0,63 ($\pm 0,490$)	0,000
Post Test	1,65 ($\pm 0,483$)	
Rumah dan Lingkungan Sehat di Keluarga		
Pre Test	0,68 ($\pm 0,474$)	0,000
Post Test	1,85 ($\pm 0,362$)	
Program Kesehatan Jiwa		
Pre Test	0,33 ($\pm 0,474$)	0,001
Post Test	0,58 ($\pm 0,501$)	

PEMBAHASAN

Program Gizi, Kesehatan Ibu Dan Anak

Hasil penelitian ini diketahuinya rerata pengetahuan responden tentang **program gizi, kesehatan ibu dan anak** sebelum dan sesudah dilakukan implementasi model penanggulangan penyakit berbasis keluarga melalui pemberdayaan masyarakat oleh kader posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo terdapat perbedaan yang signifikan antara pengukuran pengetahuan awal dengan pengetahuan akhir pada program gizi dan KIA. Sesuai dengan program pemerintah tentang Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK), pada indikator program gizi dan kesehatan ibu dan anak maka setiap keluarga sasaran yang masih dalam pasangan usia subur akan dilihat keikutsertaan keluarga mengikuti program KB, ibu melakukan proses persalinan di fasilitas kesehatan, bayi mendapat imunisasi dasar lengkap, bayi diberi ASI eksklusif selama 6 bulan dan pertumbuhan balita dipantau setiap

bulannya[10]. Hal ini sejalan dengan program pemerintah dalam mengatasi permasalahan dan meningkatkan kelangsungan dan kualitas ibu dan anak salah satunya adalah penguatan keluarga pada pola asih, asah dan asuh, peningkatan pengetahuan dan keterampilan deteksi dini anak sakit dan bermasalah, dan pencarian pertolongan pelayanan kesehatan serta menghindari perkawinan dan kehamilan di usia remaja serta memperkuat peran keluarga, masyarakat, tokoh agama serta pendidik dalam kesehatan ibu dan anak[11].

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti lakukan pada aplikasi penerapan program **program gizi, kesehatan ibu dan anak** di ketiga kelurahan ditemukan tidak semua sasaran PIS-PK belum semua memenuhi indikator program dikarenakan keluarga kurang mengetahui tujuan dan manfaat dari program, sesuai dengan penelitian yang dilakukan Markus Gelar Kumara Agni dengan judul kesiapan daerah istimewa yogyakarta dalam penerapan program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Untuk memperlancar jalannya program sebenarnya dimungkinkan untuk melibatkan tenaga di luar puskesmas, dan agar masyarakat memahami dan bersedia bekerjasama perlu melibatkan pihak RT, RW, atau kader di kelurahan dengan melakukan pemberdayaan keluarga. Lebih ditekankan lagi bahwa dukungan pemerintah dalam program kesehatan ibu dan anak ini diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggungjawabkan[12]. Peraturan ini bertujuan untuk menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi mampu melahirkan generasi sehat, berkualitas dan mengurangi angka kematian ibu.

Program Gizi, kesehatan ibu dan anak ini merupakan kegiatan yang dapat meningkatkan kualitas ibu dan anak dan

menciptakan generasi sehat. Pemberian pendidikan kesehatan dengan melibatkan kader dan keluarga ini merupakan bentuk pemberdayaan. Hal ini sejalan dengan pendapat Minooei, et al (2016) pelaksanaan pemberdayaan yang berpusat pada keluarga dapat menentukan kebutuhan pasien terkait dengan pelatihan dan perawatan dengan efektif dan efisien, intervensi tersebut dapat membantu orang tua dalam Self-Efficacy pada anaknya[13].

Program Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak menular

Ada perbedaan pengetahuan keluarga secara signifikan tentang program pengendalian penyakit menular dan tidak menular yang diberikan oleh kader posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo. Adapun dalam pelaksanaan pengendalian penyakit menular dan tidak menular dilihat dari dua komponen yaitu penderita tuberkulosis atau TB paru berobat sesuai standar pada keluarga sasaran, jika di keluarga terdapat anggota keluarga usia > 15 tahun menderita batuk sudah 2 (dua) minggu berturut-turut belum sembuh atau didiagnosa penderita Tuberkulosis (TB) Paru penderita tersebut berobat sesuai dengan petunjuk dokter/petugas kesehatan. Penderita hipertensi berobat teratur, jika di keluarga terdapat anggota keluarga usia > 15 tahun yang berdasarkan pengukuran adalah penderita hipertensi berobat sesuai dengan petunjuk petugas kesehatan. Namun dalam penelitian ini ada satu keluarga yang penderita berobat sesuai dengan petunjuk dokter, ini didapat data keluarga masih kurang memahami tentang tujuan dan manfaat tentang pentingnya pengendalian penyakit menular dan tidak menular. Asumsi peneliti hal ini disebabkan oleh kurang terpaparnya keluarga dengan informasi terkait penyakit baik menular maupun tidak menular. Oleh sebab itu dibutuhkan peran serta keluarga sebagai bagian dari masyarakat itu sendiri. Salah satu strategi

pemerintah dalam pencegahan dan pengendalian penyakit ini dengan melakukan kegiatan *promotif* dan *Prevention* dengan model pemberdayaan masyarakat [14].

Program Perilaku Sehat

Perbedaan pengetahuan keluarga tentang Program Perilaku Sehat sebelum dan sesudah implementasi model pemberdayaan masyarakat yang diberikan oleh kader posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo dapat menjadi indikator bahwa dibutuhkan dukungan informasi kesehatan sehingga akan berdampak kepada perilaku sehat. Sebagai indikator PIS-PK untuk perilaku sehat dilihat dari tidak ada anggota keluarga yang merokok, Jika tidak ada seorang pun anggota keluarga yang sering atau kadang-kadang menghisap rokok atau produk lain dari tembakau. Atau bisa juga anggota keluarga yang merokok sudah berhenti merokok. Sekeluarga menjadi anggota JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) atau asuransi kesehatan, apabila seluruh anggota keluarga sudah mempunyai kartu keanggotaan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan dan atau kartu anggota asuransi kesehatan lainnya. Hasil penelitian ditemukan pelaksanaan perilaku sehat oleh keluarga masih ada anggota keluarga yang merokok dan belum semua anggota keluarga yang memiliki kartu JKN dikarenakan pengetahuan keluarga tentang bahaya merokok dan perlunya memiliki kartu jaminan kesehatan nasional sangat kurang sekali. Menurut Sucipto dan Suryanto (2015) perilaku hidup sehat merupakan upaya meningkatkan dan mempertahankan kesehatan, namun seiring perkembangan jaman menyebabkan perubahan gaya hidup atau *life style* dapat mempengaruhi perilaku sehat. Perilaku hidup sehat juga dapat dibentuk melalui pemberian pengertian dan pemahaman serta pembiasaan untuk perilaku sehat[15].

Program Rumah Atau Lingkungan Sehat

Hasil penelitian diketahuinya lingkup Rumah atau Lingkungan Sehat dilihat dari Keluarga mempunyai akses terhadap air bersih dimana jika keluarga memiliki akses air leding PDAM atau sumur pompa, atau sumur gali, atau mata air terlindung untuk keperluan sehari-hari. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat dimana jika keluarga memiliki atau menggunakan sarana untuk membuang air besar (kakus) berupa kloset atau leher angsa atau plengsengan. Pada pengetahuan awal sebelum dilakukan pemberdayaan keluarga sebagian besar sudah mengetahui pentingnya sarana air bersih dan ketersediaan jamban untuk menghindari resiko terjadinya penyakit.

Program Kesehatan Jiwa

Hasil penelitian diketahuinya peningkatan pengetahuan keluarga tentang Kesehatan Jiwa sebelum dan sesudah dilakukan implementasi model penanggulangan penyakit berbasis keluarga melalui pemberdayaan masyarakat oleh kader posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo. Terdapat keluarga terdapat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat, penderita tersebut diobati, tidak ditelantarkan dan atau dipasung, didapatkan data lebih dari separuh sasaran PIS-PK belum mengetahui dan memahami bagaimana penatalaksanaan gangguan jiwa dalam keluarga. Hal ini sangat diperlukan sekali keluarga mendapat informasi dan pendidikan kesehatan salah satunya melalui pemberdayaan keluarga oleh kader kesehatan yang sehari-harinya sangat dekat dengan keluarga. Hal ini sejalan dengan saran Lestari (2014) perlu adanya pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan pengetahuan tentang gangguan jiwa dan gangguan emosional pada level-level tertentu agar tidak menimbulkan stigma terhadap penderita

gangguan jiwa yang bisa disembuhkan[16]. Hasil penelitian Lestari (2014) menunjukkan penderita yang diduga menderita gangguan jiwa yang dipasung lebih banyak dilakukan oleh keluarga sebagai alternatif terakhir untuk penanganan gangguan jiwa, setelah segala upaya pengobatan medis dilakukan keluarga. Namun ketidaktahuan keluarga dan masyarakat sekitar atas deteksi dini dan penanganan paska pengobatan di Rumah Sakit Jiwa menyebabkan penderita tidak tertangani dengan baik. Selain itu penderita gangguan jiwa seringkali mendapat stigma dari lingkungan sekitarnya. Stigma karena menderita gangguan jiwa melekat pada penderita sendiri maupun keluarganya [17].

Pengaruh Model Penanggulangan Penyakit Berbasis Keluarga melalui Pemberdayaan

Masyarakat Oleh Kader Posyandu terhadap Peningkatkan Pengetahuan

Besar pengaruh pemberdayaan terhadap tingkat pengetahuan. Namun terdapat sedikitnya pengaruh variabel lain terhadap peningkatan pengetahuan tersebut. Jika pemberdayaan dengan peningkatan perlakuan dengan model maka pengetahuan akan meningkat. Hal ini sejalan dengan teori secara konseptual, pemberdayaan (*empowerment*) berasal dari kata *power* (kekuasaan atau keberdayaan). Karena ide utama pemberdayaan bersentuhan dengan kemampuan untuk membuat orang lain melakukan apa yang kita inginkan, terlepas dari keinginan dan minat mereka. Didukung oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Tati Ruhmawati tentang pengetahuan dan sikap kepala keluarga tentang pengelolaan sampah melalui pemberdayaan keluarga di kelurahan taman sari kota Bandung tahun 2017[16].

Hasil penelitian Deek, *et al* (2015) keterlibatan keluarga dalam perawatan diri telah menunjukkan hasil yang lebih baik

pada anggota keluarga dengan kondisi penyakit kronis. Keluarga dapat memfasilitasi dan terlibat dalam perawatan jangka panjang [18]. Pengetahuan terkait kesehatan jiwa di keluarga juga menjadi penyebab penatalaksanaan yang salah. Menurut Hidayat dan Mumpuningtyas (2018), salah satu permasalahan tentang terjadinya pasung di Lingkungan di Dusun Nangnangan Desa Soronggi dikarenakan kurangnya sistem pendukung dalam memberikan perawatan salah satu aspeknya adalah aspek keluarga. Keluarga masih beranggapan bahwa klien gangguan jiwa merupakan kutukan atau kerasukan roh jahat sehingga dilakukan tindakan pasung untuk mengurangi terjadinya perilaku kekerasan pada pasien dan keluarganya mencari solusi kepada tenaga non kesehatan (dukun). Kurangnya pemahaman keluarga tentang cara melakukan pendampingan dan perawatan orang dengan gangguan jiwa serta keluarga belum mengenal tanda dan gejala pada klien gangguan jiwa [19].

SIMPULAN

Terdapat peningkatan rata-rata pengetahuan keluarga tentang Program Keluarga Sehat setelah penerapan / Implementasi Model Penanggulangan Penyakit berbasis Keluarga melalui pemberdayaan Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo. Program gizi dan KIA mengalami peningkatan pengetahuan rata-rata sebesar 1,27, Program Pengendalian Penyakit sebesar 0,75, Program Perilaku Sehat sebesar 1,02, Program Rumah dan lingkungan sehat sebesar 1,17 dan Program Kesehatan Jiwa sebesar 0,25. Dapat disimpulkan bahwa Implementasi Model Penanggulangan Penyakit berbasis Keluarga melalui Pemberdayaan Masyarakat efektif meningkatkan Pengetahuan keluarga tentang program Keluarga Sehat.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih peneliti sampaikan kepada Kepala Puskesmas Nanggalo Padang dan pimpinan 3 kelurahan di wilayah kerja Puskesmas yang telah memberikan izin dalam pelaksanaan penelitian ini. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada kader-kader posyandu yang telah berpartisipasi aktif selama pelaksanaan penelitian.

REFERENSI

- [1] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga 2018:2-7.
- [2] Kementerian Kesekretariat Negara Republik Indonesia. Undang - Undang No. 52 Tahun 2009 2009;4.
- [3] Tjandra DH, Mubasyiroh R, Dharmayanti I. Pencapaian Indonesia Sehat Melalui Pendekatan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat Dan Indeks Keluarga Sehat. *Bul Penelit Sist Kesehat* 2018;21:90-6. <https://doi.org/10.22435/hsr.v21i2.314>.
- [4] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Permenkes No. 39 Tahun 2016 2016;147:11-40.
- [5] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. *Kemenkes RI* 2017;1:1-5.
- [6] Marsanti AS. Analisis Capaian Indikator Keluarga Sehat Menggunakan Metode Community Diagnosis. *War Bhakti Husada Mulia* 2017;4.
- [7] Yanti F, Fithria. Pengetahuan Petugas Kesehatan Tentang Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. *JIM FKep* 2018;3:1-7.
- [8] Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. *Profil Kesehatan Tahun 2016* 2016.
- [9] Sulaeman ES, Karsidi R, Murti B, Kartono DT, Waryana W, Hartanto R. Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, Studi Program Desa Siaga. *Kesmas Natl Public Heal J* 2012;7:186. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v7i4.54>.
- [10] Kementerian Kesehatan RI. *Ketahanan Keluarga dalam Menjaga Anak dari Dampak Buruk Lingkungan*. Kementerian Kesehat 2017.
- [11] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. 2015.
- [12] Pusat P. PP No.61 Tahun 2014. *J Chem Inf Model*

- 2013;53:1689-99.
- [13] Minooei MS, Ghazavi Z, Abdeyazdan Z, Gheissari A, Hemati Z. The effect of the family empowerment model on quality of life in children with chronic renal failure: Children's and parents' views. *Nephrourol Mon* 2016;8. <https://doi.org/10.5812/numonthly.36854>.
- [14] Kemenkes R. *NCD_Prevention_and_Control_in_Indonesia.pdf* 2016.
- [15] Suryanto ES dan. Perilaku Hidup Sehat Members Fitness Center Gor Fik Uny. *Medikora* 2015;14. <https://doi.org/10.21831/medikora.v14i1.4573>.
- [16] Ruhmawati T. Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Kepala Keluarga tentang Pengelolaan Sampah Melalui Pemberdayaan Keluarga di Kelurahan Tamansari Kota Bandung. *J Kesehat Lingkung Indones* 2017;16:1. <https://doi.org/10.14710/jkli.16.1.1-7>.
- [17] Lestari W, Wardhani YF. Stigma dan Penanganan Penderita Gangguan Jiwa Berat yang Dipasung. *Pus Hum Kebijakan Kesehat Dan Pemberdaya Masy* 2014;17:157-66.
- [18] Deek H, Hamilton S, Brown N, Inglis SC, Digiacomio M, Newton PJ, et al. Family-centred approaches to healthcare interventions in chronic diseases in adults: A quantitative systematic review. *J Adv Nurs* 2016;72:968-79. <https://doi.org/10.1111/jan.12885>.
- [19] Hidayat S, Mumpuningtias ED. Pendampingan Keluarga Dan Perawatan Orang Dengan Gangguan Jiwa Bebas Pasung. *JAPI (Jurnal Akses Pengabdian Indones* 2018;3:65. <https://doi.org/10.33366/japi.v3i2.990>.