

GAMBARAN PELAKSANAAN FUNGSI PERAWATAN KELUARGA PADA ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA TB PARU DIPUSKESMAS

Fahrudin¹, Darwin Karim², Sri Wahyuni³
Fakultas Keperawatan Universitas Riau, Puskesmas Rejosari
Email : fahrudinbbara@gmail.com

Abstract

Pulmonary TB is a contagious infectious disease (acute or chronic) caused by Mycobacterium Tuberculosis and is characterized by pulmonary infiltration, granulation formation and preparation, fibrosis, and cavitation on infected tissue, and hypersensitivity accompanied cell mediated (cell-mediated hypersensitivity). In 2016 there are 10,4 million pulmonary TB cases in the world, 56% pulmonary TB cases is located in India, Indonesia, China, Philippines and Pakistan. About 1,3 million people in the world passed away because pulmonary TB. Health care and maintenance function is to maintain the health condition of family members in order to still have high productivity. This function was developed into a family task in the health sector. This research functions to find out the description of the implementation family care function for family members who suffer from pulmonary TB. This research using descriptive research design. Research sample is 56 responses taken based on inclusion criteria using Purposive sampling technique. Measuring instrument used is questionnaire. The analysis used is univariate analysis to know the frequency distribution of research results showed 28 people responses able to know, to decide, to take care, modify the environment, utilize health facilities (50,0%) and 28 people responses are not able (50,0%). The results of this research expected to family to implement the family care function to family members especially for family members who suffer pulmonary TB.

Keywords : Implementation Description, care function family, pulmonary TB

PENDAHULUAN

Tuberkulosis Paru saat ini masih menjadi masalah kesehatan global. Sepertiga dari populasi penduduk diseluruh dunia sudah tertular dengan Tuberkulosis paru. Hal ini menyebabkan kesehatan yang buruk diantara jutaan orang setiap tahun dan menjadi penyebab utama kedua kematian dari penyakit menular diseluruh dunia setelah *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) *World Health Organization* (WHO, 2017).

Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan bahwa tahun 2016 terdapat 10,4 juta kasus TB Paru didunia, 56% kasus TB Paru berada di India, Indonesia, Cina, Filipina, dan Pakistan. Tahun 2016, sekitar 1,3 juta orang didunia meninggal karena TB Paru (WHO, 2017). Sedangkan di Indonesia tahun 2016 terdapat 298 ribu penemuan kasus TB Paru dan 156 ribu penemuan kasus BTA Positif berdasarkan hasil cakupan penemuan kasus penyakit TB Paru. Penemuan kasus penyakit

TB Paru di Provinsi Riau sebanyak 5.737 kasus dan 3.738 kasus BTA Positif (Kemenkes RI, 2017). Tahun 2017 penemuan kasus TB Paru di Puskesmas se-Kota Pekanbaru didapatkan kasus terbanyak ada di Puskesmas Rejosari yaitu terdapat 155 orang penderita TB. Sedangkan pada tahun 2018 ditemukan sebanyak 65 orang penderita TB baru (Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, 2017). TB Paru adalah penyakit infeksi menular (akut atau kronis) yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* (Bilotta, 2012; Isselbacher, 2013; Price & Wilson, 2014). TB Paru ditandai dengan infiltrasi paru, pembentukan granulasi dengan perkijuan, fibrosis, dan kavitasi pada jaringan yang terinfeksi, serta hipersensitivitas yang diperantarai sel (*cell-mediated hypersensitivity*).

Keluarga merupakan unit pelayanan kesehatan yang terdepan dalam meningkatkan derajat kesehatan. Masalah kesehatan yang dialami oleh salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi anggota keluarga yang lain (Sudiharto, 2007).

Penelitian yang dilakukan oleh Kausar, dkk (2014) tentang gambaran tugas kesehatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB paru di wilayah kerja Puskesmas Astambul periode Februari-Agustus 2014 didapatkan hasil pelaksanaan tugas yang paling kurang adalah pelaksanaan tugas memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit dengan persentase hanya 7%. Sedangkan menurut Zulfitri, dkk, (2010) pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Rumbai Kecamatan Rumbai Pesisir Pekanbaru didapatkan 49% keluarga tidak mampu melaksanakan fungsi perawatan kesehatan keluarga.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 05 Desember 2018 di Puskesmas Rejosari dengan mewawancarai 8 orang keluarga pasien TB Paru, didapatkan 6 orang anggota keluarga mengatakan tidak mengetahui secara detail fungsi perawatan kesehatan keluarga, hanya tahu kalau TB Paru menular dan harus membawanya berobat. Sedangkan dua orang lainnya mengatakan telah mengetahui sebagian besar fungsi perawatan keluarga dan cara merawat anggota keluarga yang menderita TB Paru.

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “gambaran pelaksanaan fungsi perawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB paru”.

Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan fungsi perawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB paru di puskesmas rejosari.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pihak puskesmas pekanbaru untuk meningkatkan promosi. Konseling dan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pelaksanaan fungsi keluarga terhadap keluarga yang menderita penyakit TB Paru.

METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif. Desain penelitian deskriptif digunakan untuk

memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada situasi sekarang. Pada penelitian ini, peneliti akan menggambarkan pelaksanaan fungsi perawatan keluarga pada keluarga yang menderita TB Paru. Teknik pengambilan sampel ini dilakukan secara *Purposive*, yaitu dimana pemilihan sample yang diambil berdasarkan pasien TB Paru dan anggota keluarganya yang sesuai dengan kriteria inklusi ditemui pada saat melakukan penelitian, yang diambil di Puskesmas Rejosari Pekanbaru.

Alat pengumpul data yang digunakan adalah kuesioner tentang karakteristik responden yang terdiri dari 7 pertanyaan yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, hubungan dengan penderita, lama menderita TB Paru. Bagian kedua (kuesioner 2) digunakan untuk mengukur pelaksanaan fungsi perawatan keluarga yang dimiliki oleh subjek yaitu dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner ini terdiri dari 50 pertanyaan yaitu terdiri dari beberapa butir pernyataan untuk masing-masing komponen pelaksanaan fungsi perawatan keluarga. Pernyataan-pernyataan tersebut terdiri dari pernyataan positif dan pernyataan negatif.

Analisa data pada penelitian ini menggunakan Analisa univariat. Analisa ini digunakan untuk melihat gambaran masing-masing variabel, dengan menggunakan distribusi frekuensi dalam bentuk persentase yang diantaranya adalah karakteristik pasien TB Paru yaitu jenis kelamin, umur, pekerjaan dan pendidikan terakhir serta memperoleh gambaran dari variabel yang diteliti yaitu variabel pelaksanaan fungsi perawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB Paru.

HASIL PENELITIAN

1. Analisa Univarit

Distribusi berdasarkan karakteristik responden dijelaskan pada table 1 dibawah ini.

Tabel 1
Distribusi karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, hubungan keluarga dan lama menderita TB Paru

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
	F	%
Umur (tahun)		
Remaja Akhir	4	7,1
Dewasa Awal	15	26,8
Dewasa Akhir	24	42,9
Lansia Awal	11	19,6
Lansia Akhir	2	3,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	20	35,7
Perempuan	36	64,3
Pendidikan		
SD	2	3,6
SMP	4	7,1
SMA	42	75,0
Perguruan Tinggi	8	14,3
Pekerjaan		
IRT	26	46,4
PNS	2	3,6
Swasta	9	16,1
Wiraswasta	13	23,3
lainnya	6	10,7
Penghasilan		
< 2.600.000	35	62,5
> 2.600.000	21	37,5
Hubungan Keluarga		
Ayah/ibu	12	21,4
Suami/istri	24	42,9
Anak	15	26,8
Kakak/adek	5	8,9
Lain-lain	0	0
Lama Menderita		
> 6 bulan	19	33,9
< 6 bulan	37	66,1
Jumlah	56	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 56 keluarga pasien TB Paru yang menjadi responden mayoritas berusia 36-45 tahun (dewasa akhir) yaitu sebanyak 24 orang (42,9%). Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin diketahui bahwa dari 56 keluarga pasien TB Paru yang menjadi responden mayoritas perempuan yaitu berjumlah 36 orang (64,3%). Karakteristik berdasarkan pendidikan

diketahui bahwa dari 56 keluarga pasien TB Paru yang menjadi responden mayoritas SMA yaitu berjumlah 42 orang (75,0%). Karakteristik berdasarkan pekerjaan diketahui bahwa dari 56 keluarga pasien TB Paru yang menjadi responden mayoritas bekerja sebagai IRT yaitu berjumlah 26 orang (46,4%). Karakteristik responden berdasarkan penghasilan diketahui bahwa dari 56 keluarga pasien TB Paru yang menjadi responden mayoritas berpenghasilan < 2.600.000 kurang dari UMR yaitu berjumlah 36 orang (62,5%). Karakteristik responden berdasarkan hubungan keluarga diketahui bahwa dari 56 keluarga pasien TB Paru yang menjadi responden mayoritas suami/istri yaitu berjumlah 24 orang (42,9%). Karakteristik responden berdasarkan lama menderita TB Paru diketahui bahwa dari 56 keluarga pasien TB Paru yang menjadi responden mayoritas < 6 bulan (kurang dari 6 bulan) yaitu berjumlah 37 orang (66,1%).

Tabel 2
Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah TB paru

Kategori	Frekuensi	Persentase
	F	%
Mampu	32	57,1
Tidak Mampu	24	42,9

Tabel 2 menunjukkan bahwa pelaksanaan fungsi perawatan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru mayoritas adalah mampu, yaitu sebanyak 32 orang (57,1%).

Tabel 3
Kemampuan memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga TB paru

Kategori	Frekuensi	Persentase
	F	%
Mampu	37	60,0
Tidak Mampu	19	40,0

Tabel 3 menunjukkan bahwa pelaksanaan fungsi perawatan keluarga dalam memutuskan tindakan yang tepat bagi keluarga TB Paru mayoritas adalah mampu, yaitu sebanyak 37 orang (66,1%).

Tabel 4
Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga TB paru

Kategori	Frekuensi	Persentase
	F	%
Mampu	33	58,9
Tidak Mampu	23	41,1

Tabel 4, bahwa pelaksanaan fungsi perawatan keluarga dalam merawat anggota keluarga TB Paru mayoritas adalah mampu, yaitu sebanyak 33 orang (58,9%).

Tabel 5
Kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan pada anggota keluarga TB

Kategori	Frekuensi	Persentase
	F	%
Mampu	31	55,4
Tidak Mampu	25	44,4

Tabel 5 menunjukkan bahwa pelaksanaan fungsi perawatan keluarga dalam memodifikasi lingkungan pada anggota keluarga TB Paru mayoritas adalah mampu, yaitu sebanyak 31 orang (55,4%).

Tabel 6
Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan TB paru

Kategori	Frekuensi	Persentase
	F	%
Mampu	28	50,0
Tidak Mampu	28	50,0

Tabel 6 menunjukkan bahwa pelaksanaan fungsi perawatan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan TB Paru mayoritas adalah mampu, yaitu sebanyak 28 orang (50,0%).

Tabel 7
Gambaran Pelaksanaan fungsi perawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB Paru

Kategori	Frekuensi	Persentase
	F	%
Mampu	28	50,0
Tidak Mampu	28	50,0

Hasil penelitian pada tabel 7 menunjukkan bahwa Adapun pelaksanaan fungsi perawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB Paru menunjukan bahwa kemampuan keluarga TB Paru di

Wilayah kerja puskesmas Rejosari sebanyak 28 responden (50,0%).

PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Menurut Depkes RI (2009) umur dikategorikan menjadi 9 yaitu: Masa balita usia 0-5 tahun, masa kanak-kanak 5-11 tahun, masa remaja awal 12-16 tahun, masa remaja akhir 17-25 tahun, masa dewasa awal 26-35 tahun, masa dewasa akhir 36-45 tahun, masa lansia awal 46-55 tahun, masa lansia akhir 56-65 tahun, masa menula lebih dari 65 tahun. Hasil penelitian didapatkan bahwa mayoritas keluarga penderita TB Paru di wilayah kerja Puskesmas Rejosari Kota Pekanbaru berusia 36-45 tahun (dewasa akhir) yaitu sejumlah 24 responden (42,9%). Potter & Perry (dalam Hidayati, 2013) menjelaskan tentang perkembangan Erikson. Dalam teori perkembangan Erikson menerangkan bahwa perkembangan psikososial manusia sejalan dengan pertambahan usianya. Makin matang usia seseorang diharapkan perkembangannya juga semakin matang.

Usia 36-45 tahun (dewasa akhir) merupakan tahapan usia yang cukup matang, yang seharusnya mampu mengenal maupun memutuskan suatu masalah, termasuk masalah kesehatan dengan baik. Swanson dan Nies (dalam Hidayati, 2013) mengatakan bahwa faktor usia juga berkontribusi terhadap kondisi kesehatan dan kematian. Kontribusi usia terhadap kesehatan dapat ditunjukkan melalui cara individu memberikan perawatan kepada orang lain, misalnya kepada anggota keluarga yang sakit, Seseorang yang berusia dewasa, kemungkinan besar akan melakukan perawatan yang lebih baik dibandingkan dengan anak-anak dan lansia.

b. Jenis Kelamin

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap 56 orang responden diperoleh sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 36 orang responden (64,3%) sedangkan responden laki-laki hanya berjumlah 20 orang responden (35,7%). Hal ini sejalan dengan penelitian Farida (2013) jenis kelamin tertinggi

responden adalah perempuan yaitu sebanyak 26 responden (59,1%) sedangkan laki-laki sebanyak 18 responden (40,9%). Hasil penelitian ini memberikan gambaran bahwa responden perempuan lebih banyak dari responden laki-laki. Jenis kelamin mempengaruhi cara bertindak seseorang sebagai pria atau sebagai wanita.

Banyaknya responden wanita juga dikarenakan mayoritas penderita TB Paru adalah laki-laki, hal ini disebabkan oleh faktor gaya hidup laki-laki yang merokok dan minum alkohol.

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan mayoritas adalah SMA yakni sebanyak 42 responden (75,0%). Berdasarkan data tersebut dapat dilihat bahwa tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi kemampuan. Notoadmojo, (2010) mengatakan tingkat pendidikan yang akan mempengaruhi pemahaman seseorang terhadap suatu pengetahuan dan kemampuan, dalam hal ini pengetahuan dan kemampuan melaksanakan fungsi perawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB paru. Keluarga yang mampu melaksanakan fungsi perawatan keluarga akan lebih mudah mengenal, memutuskan tindakan, merawat, dan memodifikasi lingkungan dan semua tindakan pengobatan yang dianjurkan oleh petugas kesehatan, karena dari setiap tujuan pengobatan yang diberikan kepada penderita TB Paru adalah untuk mempercepat kesembuhan suatu penyakit itu sendiri. Pendidikan keluarga pasien TB Paru yang pada umumnya SMA mempengaruhi pemahaman mereka akan pelaksanaan fungsi perawatan TB Paru sehingga mereka lebih mampu melaksanakan pengobatan dan menerima kondisi keluarga mereka.

d. Pekerjaan

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah IRT sebanyak 26 orang (46,4%) responden, Hal ini sejalan dengan penelitian Farida (2013) jenis pekerjaan tertinggi responden keluarga penderita TB Paru adalah IRT yaitu sebanyak 17 responden (38,6%). Hal ini sesuai dengan teori Friedman (1998, dalam Efendi dan

Makhfadli, 2009) bahwa ibu berperan sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik anak, pelindung keluarga, dan juga sebagai pencari nafkah tambahan, serta sebagai anggota masyarakat. Peran ibu terkait pelaksanaan fungsi perawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB Paru antara mengenal, memutuskan, merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan pada anggota keluarga yang menderita TB Paru.

e. Penghasilan

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah berpenghasilan di bawah UMR (< 2.600.000) sebanyak 35 orang (62,5%) responden, sedangkan yang berpenghasilan di atas UMR (> 2.600.000) sebanyak 21 orang (37,5%) responden. Hal ini sejalan dengan penelitian Kausar (2015) penghasilan keluarga penderita TB Paru adalah kurang dari UMR yaitu sebanyak 28 responden (73,3%). Friedman (2010) mengemukakan fungsi keluarga salah satunya adalah fungsi ekonomi. Fungsi ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan ekonomi individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga. Faktor-faktor ekonomi yang mempengaruhi keluarga adalah salah satunya kemiskinan dan kesulitan finansial, yang dihadapi kelompok sosioekonomi rendah. Dengan penghasilan terbatas, keluarga hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar.

Center for Disease Control and Prevention (1997, dalam Wong, 2009) menyatakan bahwa pengaruh yang sangat merugikan pada kesehatan adalah status social ekonomi. Presentase individu kelas bawah untuk mengalami masalah kesehatan lebih tinggi dibandingkan kelompok lainnya. Semua aspek situasi mereka menyebabkan dan memperumit masalah kesehatan, yang terdiri dari : kondisi tempat tinggal yang padat dan sanitasi yang buruk, yang memudahkan penularan penyakit seperti Tuberkulosis. Selain itu, sumber keuangan yang memadai diperlukan oleh keluarga

untuk memudahkan keluarga memberikan dukungan keluarga kepada keluarga yang sakit. Kesulitan keuangan berdampak pada kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan, pemenuhan kebutuhan sandang, pangan dan papan. Kondisi tersebut menyebabkan meningkatnya masalah kesehatan.

f. Hubungan keluarga

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa mayoritas hubungan keluarga dengan pasien adalah suami/istri sebanyak 24 orang (42,9%) responden, sedangkan persentase terkecil responden adalah kakak/adek sebanyak 5 orang (8,9%) responden. Hal ini sejalan dengan Allen, Fine dan Demo (2000) dalam Friedman (2010) yang mengatakan bahwa Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh pernikahan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Suami adalah orang yang paling dekat dan bertanggung jawab terhadap istrinya dan istri orang yang paling bertanggung jawab terhadap suaminya terutama dalam hal kesehatan, maka ketika suami/istri yang yang sakit maka pasangan merera yang paling bertanggung jawab untuk merawat. Pasangan suami-istri adalah inti dari keluarga yang paling bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarganya. Jumlah keluarga inti terdiri dari ayah yang mencari nafkah dan ibu yang mengurus rumah tangga, dan anak (Friedman, 2010).

g. Lama menderita TB Paru

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa mayoritas lama anggota keluarga menderita TB Paru adalah di bawah 6 bulan (< 6 bulan) sebanyak 37 orang (66,1%) responden, sedangkan persentase di atas 6 bulan (> 6 bulan) sebanyak 19 orang (33,9%) responden. Waktu yang diperlukan penderita TB Paru dalam menjalani pengobatan sampai dikatakan sembuh 6-9 bulan. Jika penderita TB Paru tidak teratur minum obat, maka kuman TB Paru kan kebal sehingga penyakitnya lebih sulit diobati, penderita akan membutuhkan waktu yang lebih lama untuk sembuh, dan masa pengobatan akan semakin panjang (Angraini, 2011). Semakin lama pasien

menjalani pengobatan TB Paru tentunya akan berpengaruh terhadap fisik dan psikologis yang dialami oleh penderita.

Pelaksanaan fungsi perawatan keluarga

a. Mengenal masalah

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 32 orang responden (57,1%) adalah mampu mengenal masalah kesehatan. Hal ini sejalan dengan teori Baylon & maglaya (1998) dalam Efendi & Makhfudli (2009) menerangkan bahwa kesehatan merupakan sesuatu yang penting. Oleh karena itu, keluarga tidak boleh mengabaikan masalah kesehatan anggota keluarganya. Pelaksanaan fungsi perawatan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru adalah kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatannya, meliputi pengertian, etiologi, tanda dan gejala dan persepsi keluarga tentang masalah yang terjadi pada anggota keluarganya. Kondisi tersebut kemungkinan dikarenakan sebagian besar keluarga memiliki pendidikan tingkat menengah yaitu SMA. Hal ini sejalan dengan teori Bauman (1961, dalam Friedman 2010), yang menyatakan bahwa semakin terdidik keluarga, semakin baik pengetahuan keluarga tentang kesehatan. Kurangnya kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru selama masa pengobatan sangat mengkhawatirkan, karena lamanya pengobatan TB Paru ditambah adanya efek samping obat bisa mengakibatkan penderita TB Paru putus minum obat.

b. Memutuskan tindakan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 37 orang responden (66,1%) adalah mampu memutuskan tindakan kesehatan untuk anggota keluarga yang menderita TB Paru. Maglaya et, al (1998) dalam Hidayati (2013) menjelaskan bahwa tugas memutuskan tindakan merupakan tugas utama. Tugas ini berkaitan dengan upaya mencari pertolongan kesehatan bagi anggota keluarganya yang mengalami sakit. Selain itu, masalah anggota keluarga saling berkaitan,

apabila ada anggota keluarga yang sakit, akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain.

Dalam perawatan anggota keluarganya yang sakit, keluarga merupakan pengambil keputusan bagi perawatan anggota keluarganya (Efendi & Makhfudli, 2009). Tindakan yang diputuskan keluarga hendaknya tepat, agar dapat mengurangi bahkan menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi. Ketidakmampuan keluarga untuk memutuskan tindakan yang tepat bisa diatasi dengan melihat di media sosial, meminta bantuan kepada sanak saudara atau lingkungan terdekatnya, termasuk ke Puskesmas. Peneliti berpendapat bahwa kemampuan sebagian keluarga dalam memutuskan masalah disebabkan oleh fasilitas kesehatan (Puskesmas) yang mudah dijangkau oleh keluarga. Mereka cenderung untuk melakukan tindakan kuratif atau pengobatan saat merasakan adanya gangguan kesehatan pada tubuhnya. Dengan kata lain, keluarga memiliki tingkat ketergantungan yang tinggi terhadap Puskesmas. Di samping itu, kemungkinan keluarga merasa takut atau khawatir akan penyakit TB Paru yang terjadi pada keluarganya.

c. Merawat

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 33 orang responden (58,9%) adalah mampu merawat anggota keluarga yang sakit. Baylon & maglaya (1998) dalam Efendi & Makhfudli (2009) menjelaskan bahwa keluarga harus mengetahui beberapa hal ketika merawat anggota keluarganya yang sakit. Beberapa hal yang harus diketahui oleh keluarga antara lain : jenis efek samping obat TB Paru yang dialami penderita, perawatan yang dibutuhkan oleh penderita selama berobat, sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, sumber keuangan/finansial, fasilitas fisik, psikososial), sikap keluarga terhadap yang sakit.

Kesehatan keluarga juga dapat tergambar dari kemampuan keluarga

memberikan bantuan kepada anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri dan kemampuan keluarga memenuhi fungsi keluarga serta mencapai tugas perkembangan yang sesuai bagi keluarganya (Friedman, 2010). Kemampuan merawat anggota keluarga yang menderita TB Paru antara lain menyiapkan obat, memberikan obat TB Paru, Mendampingi penderita saat minum obat TB Paru, mengontrol jumlah, serta selalu selalu mengingatkan dan memotivasi penderita untuk rutin meminum obatnya, meskipun adanya efek samping obat yang membuat penderita tidak nyaman. Tugas-tugas tersebut dilakukan oleh pengawas minum obat yang bisa berasal dari keluarga penderita TB paru. Hal ini sejalan dengan penelitian Darmawan (2012) yang menyimpulkan bahwa penderita yang tidak mempunyai PMO sewaktu minum obat, mempunyai resiko tidak teratur minum obat 2,68 kali lebih dibandingkan dengan mereka yang mempunyai PMO.

d. Memodifikasi lingkungan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 31 orang responden (55,4%) adalah mampu memodifikasi lingkungan bagi anggota keluarga yang sakit. Memodifikasi lingkungan dapat dilakukan dengan cara membuat lingkungan menjadi tempat yang baik bagi kesembuhan pasien. Lingkungan fisik, lingkungan yang mendukung psikologis anggota keluarga juga perlu diperhatikan Baylon & maglaya (1998) dalam Efendi & Makhfudli (2009) menjelaskan bahwa sebuah keluarga keluarga berfungsi dengan baik jika saling memberikan motivasi memberikan kebebasan serta memberikan perlindungan dan keamanan untuk mencapai potensi diri.

Carter for Disease Control and Privention (1997, dalam wong, 2009) menyatakan bahwa pengaruh yang sangat merugikan pada kesehatan adalah status sosial ekonomi. Persentase individu kelas bawah untuk mengalami masalah kesehatan lebih tinggi dibandingkan kelompok lainnya. Semua aspek stuasi mereka

menyebabkan dan memperumit masalah kesehatan, yang terdiri dari : kondisi tempat tinggal yang padat dan sanitasi yang buruk, yang memudahkan penularan penyakit (misalnya TB Paru). Faktor lain yang memicu kemampuan memodifikasi lingkungan adalah dukungan psikologis, seperti : motivasi, perhatian, komunikasi, suasana rumah yang nyaman dan tingkat pendidikan. Pendidikan berdampak pada pengetahuan mereka untuk memperoleh informasi dari berbagai media tentang cara memodifikasi lingkungan.

e. Memanfaatkan fasilitas kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebanyak 29 orang responden (51,8%) adalah mampu memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan bagi anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan adalah keluarga dapat menggunakan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya. Fasilitas kesehatan yang dimaksud berupa klinik, Puskesmas, Rumah sakit, dan Balai pengobatan. Yang harus diketahui oleh keluarga saat hendak merujuk anggota keluarganya yang sakit adalah : keberadaan fasilitas kesehatan, manfaat fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas maupun fasilitas kesehatan yang ada, pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan, dan terjangkau atau tidaknya fasilitas kesehatan tersebut oleh keluarganya (Baylon & maglaya ,1998 dalam Efendi & Makhfudli, 2009).

Persepsi keluarga terhadap sehat atau sakit erat kaitannya dengan mencari pengobatan. Respon keluarga apabila anggota keluarga mengalami gangguan kesehatan, termasuk adanya gangguan kesehatan akibat efek samping OAT, adalah bervariasi. Ada keluarga yang membiarkan saja karena mereka menganggap tidak mengganggu, dan ada yang melakukan pengobatan sendiri, seperti mencari fasilitas kesehatan tradisional, mencari pengobatan di warung obat, mencari fasilitas di pelayanan kesehatan moderen yang diselenggarakan oleh pemerintah atau lembaga swasta, seperti balai pengobatan, Puskesmas,

Rumah Sakit, sampai mencari pengobatan moderen yang diselenggarakan oleh dokter praktik (Notoadmodjo, 2010).

SIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden paling banyak berusia 36-45 tahun yaitu dewasa akhir sebanyak 24 orang dengan persentase 42,9%, berjenis kelamin perempuan sebanyak 36 orang dengan persentase 70,6%, pendidikan terakhir yaitu SMA sebanyak 42 orang dengan persentase 75,0%, jenis pekerjaan yaitu IRT sebanyak 26 orang dengan persentase 46,4%, penghasilan di bawah UMR 35 orang dengan persentase 62,5 %, hubungan keluarga dengan pasien suami/istri 24 orang dengan persentase 42,9%, lama menderita TB Paru di bawah 6 Bulan 37 orang dengan persentase 66,1%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden sebanyak 32 orang (57,1%) memiliki kemampuan dalam mengenal masalah kesehatan TB Paru, dan sebanyak 37 orang responden (66,1%) memiliki kemampuan dalam memutuskan masalah TB Paru, dan sebanyak 33 orang responden (58,9) memiliki kemampuan dalam merawat anggota keluarga TB Paru, 31 orang responden (55,4%) Memiliki kemampuan untuk memodifikasi lingkungan untuk anggota keluarga yang menderita TB Paru, 29 orang responden (51,8%) mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan bagi anggota keluarga yang menderita TB Paru. Gambaran pelaksanaan fungsi perawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB Paru adalah mampu yaitu 35 Responden (62,5%).

SARAN

1. Bagi ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi mahasiswa keperawatan untuk mengembangkan asuhan keperawatan keluarga secara komprehensif dengan pendekatan tugas perawatan keluarga, khususnya keluarga dengan penderita TB Paru, mengembangkan materi promosi kesehatan tentang tugas perawatan kesehatan keluarga, sehingga keluarga mampu melaksanakan fungsi perawatan keluarga sebagaimana mestinya.

2. Bagi tempat penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi petugas kesehatan, untuk tetap memperhatikan dan mengoptimalkan pemberian informasi kepada penderita dan keluarga tentang fungsi perawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB Paru sejak awal penderita memulai fase pengobatan dan setiap kali kunjungan ulang ke Puskesmas, Menganjurkan penderita TB Paru membawa seorang anggota keluarganya saat berobat ke Puskesmas, agar keluarga juga bisa mendapatkan informasi tentang penyakit TB paru dan cara penanganannya dari petugas.

3. Bagi keluarga atau masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi bagi keluarga untuk melaksanakan lima fungsi perawatan keluarga khususnya penderita TB Paru, bagi masyarakat bagaimana seharusnya membantu dan bersikap baik bagi keluarga yang mempunyai anggota penderita TB Paru.

4. Bagi peneliti berikutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan tambahan informasi atau sumber data bagi peneliti lain yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut mengenai pelaksanaan fungsi perawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB paru.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih yang tidak terhingga atas bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dalam penyelesaian laporan penelitian ini

¹**Fahrudin:** Mahasiswa Fakultas Keperawatan Unuversitas Riau, Indonesia

²**Darwin Karim:** Dosen Departemen Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Keperawatan Unuversitas Riau, Indonesia

³**Sri Wahyuni:** Dosen Deparrtemen Keperawatan Jiwa Fakultas Keperawatan Unuversitas Riau, Indonesia

DAFTAR PUSTAKA

Anggraeni, D. S. (2011). *Stop tuberkulosis*. Bogor: Bogor Publishing House.

Bilotta, K. A. J. (2012). *Kapita selekta penyakit: dengan implikasi keperawatan*, alih Bahasa, Dwi Widiarti, dkk; Edisi 2. Jakarta: EGC.

Depkes RI. (2009). *Pedoman penanggulangan nasional TBC*. Jakarta: Depkes RI.

Dinkes Kota Pekanbaru. (2017). *Profil data kesehatan kota Pekanbaru tahun 2017*. Pekanbaru: Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru.

Dharma, K (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Edisi 3. Salemba Medika

Effendi, F., & Makhfudli. (2009). *Keperawatan kesehatan komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.

Friedman, M. M., Bowden, R. V., & Jones, G. E. (2010). *Keperawatan keluarga riset, teori, & praktek*. Jakarta: EGC.

Gordon, D. (2011). *Studi kasus kontrol pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh penderit5a TB Paru BTA (+) dipuskesmas kapuas hulu tahun 2010*. Depok : FKM-UI

Hidayat, A. A. A. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan dan teknik analisa data*. Jakarta: Salemba Medika.

Hidayati W. (2014). *Gambaran tugas kesehatan keluarga terhadap epek samping minum obat TB Paru*. Diperoleh pada tanggal 29 November 2018 dari <https://anzdoc.com/tugas-perawatan-kesehatan-keluarga-terhadap-efek-samping-pen.html>.

Isselbacher, K. J., dkk. (2013). *Harrison prinsip-prinsip ilmu penyakit dalam*, alih Bahasa, Andry Hartono, dkk; Edisi 13. Jakarta: EGC.

Kausar L., Herawati., Pertiwati E (2014). *Gambaran tugas kesehatan keluarga yang menderita TB Paru*. Diperoleh pada tanggal 29 November 2018 dari <https://ppjp.ulm.ac.id/journal/index.php/JDK/article/view/718>.

Kemenkes RI. (2012). *Modul pelatihan pemeriksaan mikroskopis tb*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Diperoleh tanggal 11 Oktober 2018 dari <http://www.tbindonesia.or.id/>

Kemenkes RI. (2014). *Pedoman nasional pengendalian tuberkulosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Diperoleh tanggal 11 Oktober 2018 dari <http://www.spiritia.or.id/>

- Kemenkes RI. (2017). *Data dan informasi profil kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Diperoleh tanggal 11 Oktober 2018 dari <http://www.depkes.go.id/>
- Kunoli, F. J. (2013). *Pengantar epidemiologi penyakit menular*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Mubarak, W. I., & Chayatin, N. (2007). *Buku ajar kebutuhan dasar manusia: teori dan aplikasi dalam praktik*. Jakarta: EGC.
- Naga, S. S. (2012). *Ilmu Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Diva Press.
- Ningsih, G. Z, (2011). *Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya putus obat pada pasien TB Paru*. Skripsi PSIK UR. Tidak dipublikasikan
- Notoatmodjo, S. (2010). *Konsep perilaku kesehatan dalam: promosi kesehatan tori aplikasi*. Edisi revisi 2010. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2011). *Manajemen keperawatan: aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamentals of nursing*. (5thed). (Adrina Ferderika Nggie & Marina Albar, Penerjemah). Jakarta: Salemba Medika.
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2014). *Harrison prinsip-prinsip ilmu penyakit dalam*, alih Bahasa, Andry Hartono, dkk; Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Setiadi. (2008). *Konsep dan proses keperawatan keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiadi.(2013). *Konsep dan praktek penulisan riset keperawatan*. Edisi 2. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Somantri, I. (2012). *Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system pernafasan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Sudiharto. (2007). *Asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan transcultural*. Jakarta: EGC.
- Saryono. (2011). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan kombinasi (mixed methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2014). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan kombinasi (mixed methods)*. Bandung: Alfabeta
- Sujarweni, W. (2014). *Metode penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Grava Media
- Suryana. (2015). *Perbedaan konsep diri remaja yang tinggal bersama orang tua dengan remaja yang tinggal dipanti asuhan*. Pekanbaru: Universitas Riau
- World Health Organization. (2017). *Global tuberculosis report*. Diperoleh tanggal 04 September 2018.
- Widoyono. (2008). *Penyakit tropis epidemiologi, penularan, pencegahan, dan pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga.
- Wong, et al. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik*, Ed.6, Vol. 1. Jakarta: EGC.
- Zulfitri R., Agrina & Herlina (2010). *Gambaran pelaksanaan fungsi perawatan keluarga di wilayah puskesmas rumbai*. Diperoleh pada tanggal 29 November 2018 dari <https://ejournal.unri.ac.id/index.php/JNI/article/view/2020/1985>