



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DALAM PERAWATAN
KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA DENGAN PERILAKU
PENCEGAHAN PENULARAN OLEH KLIEN TB PARU
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PATRANG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Desy Rindra Puspita
NIM 092310101002**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DALAM PERAWATAN
KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA DENGAN PERILAKU
PENCEGAHAN PENULARAN OLEH KLIEN TB PARU
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PATRANG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan memenuhi gelar Sarjana Keperawatan

oleh

**Desy Rindra Puspita
NIM 092310101002**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Skripsi yang berjudul Hubungan Dukungan Keluarga dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember, saya persembahkan kepada:

1. Allah SWT. yang telah memberikan nikmat dan karuniaNya kepada saya sehingga sampai detik ini saya bisa bernafas untukNya;
2. Ibunda Endang Sasmiati dan Ayahanda Drs. Subagiyo yang selalu memberi semangat, doa dan dukungan serta telah menjadi motivasi terbesar dan semangat saya dalam menjalani hidup ini;
3. kakakku Yudi Eko Hariyanto dan Dyah Puspita, adikku tersayang Galuh Yulia Asmara Putri beserta keluarga besar yang ku sayangi;
4. seluruh guru dan karyawan TK. Theresia Muncar, SDK St. Ignatius Muncar, SMP Negeri 1 Srono dan SMA Negeri 1 Genteng;
5. seluruh dosen, karyawan, dan mahasiswa/mahasiswi PSIK UNEJ;
6. seluruh responden di wilayah kerja Puskesmas Patrang, seluruh karyawan dan staf pelaksana di Puskesmas Patrang, serta segenap instansi yang telah membantu dalam proses studi pendahuluan administrasi dan penelitian;
7. Almamater tercinta Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang ku banggakan.

MOTTO

Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap.
(terjemahan Surat *Al Insyirah* ayat 5-8)^{*)}

Pandanglah hari ini. Kemarin adalah mimpi. Dan esok hari hanyalah sebuah visi. Tetapi, hari ini yang sungguh nyata, menjadikan kemarin sebagai mimpi bahagia, dan setiap hari esok sebagai visi harapan.
(Alexander Pope)^{**)}

Kesehatan adalah kata yang besar. Ini mencakup tidak hanya tubuh, tetapi juga pikiran dan jiwa. Bukan sekedar tidak sakit hari ini atau kesenangan saja, tetapi seluruh keberadaan dan pandangan manusia.
(James H. West)^{***)}

*) Departemen Agama RI. 2011. *Al Qur'an dan Terjemahannya Edisi Ilmu Pengetahuan*. Bandung : PT. Mizan Bunaya Kreativa.

***) Kompasiana. 2012. Motivasi Hidup. [Serial Online] <http://filsafat.kompasiana.com/2012/12/24/motivasi-hidup-513501.html> [Diakses tanggal 7 Maret 2015].

****) Lintascinta. 2015. Kata Mutiara Kesehatan. [Serial Online]. <http://lintascinta.com/2014/12/kata-mutiara-kesehatan-2014.html> [Diakses tanggal 7 Maret 2015].

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Desy Rindra Puspita

NIM : 092310101002

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember” ini adalah benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, Maret 2015
Yang menyatakan,

Desy Rindra Puspita
NIM 092310101002

SKRIPSI

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DALAM PERAWATAN
KESEHATAN ANGGOTA KELUARGA DENGAN PERILAKU
PENCEGAHAN PENULARAN OLEH KLIEN
TUBERKULOSIS PARU DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS PATRANG
KABUPATEN JEMBER**

oleh

Desy Rindra Puspita
NIM 092310101002

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Hanny Rasni, S.Kep, M. Kep.
Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Wantiyah, M. Kep.

HALAMAN PENGESAHAN

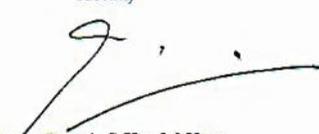
Skripsi yang berjudul Hubungan Dukungan Keluarga dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari : Rabu

tanggal : 8 April 2015

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji
Ketua,

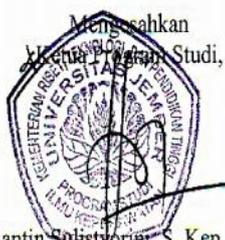

Hamny Rasni, S.Kp.,M.Kep.
NIP 19761219 200212 2 002

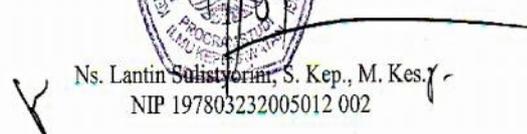
Anggota I,


Ns. Wantiyah, M. Kep.
NIP. 19810712 200604 2 001

Anggota II,


Ns. Latifa Aini S, M.Kep, Sp.Kom.
NIP 19710926 200912 2 000




Ns. Lantini Sulistyorini, S. Kep., M. Kes.
NIP 197803232005012 002

Hubungan Dukungan Keluarga dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (*The Correlation Between Family Support to Caring Patient TB and Behavioral Prevention of Pulmonary Tuberculosis Transmission in Work Area of Patrang Community Health Center at Jember Regency*).

Desy Rindra Puspita

Nursing Science Study Program, University of Jember

ABSTRACT

*Pulmonary TB caused by *Mycobacterium tuberculosis*. Pulmonary TB is one of infectious diseases which is still as public health problem. The mortality and morbidity of TB increase continuously every year. The support of family is the most important element in helping individuals resolve problems. Family support will increase the confidence and motivation of pulmonary TB patients in behave to prevent pulmonary TB between family support in caring TB patients and behavioral prevention of pulmonary TB. This research tends to analyze the relationship support families in the care of family health behavior prevention of pulmonary TB transmission patients in work area of Patrang community health center at Jember regency. This research was an observational approach using cross sectional. The population was all positive pulmonary TB patients in work area of Patrang community health center at Jember regency as many as 15 people. Sampling technique used total sampling. The data were analyzed by chi-square ($\alpha = 0,05$). The result showed that of 9 patients (60%) who got good family support, there are 7 patients (46,7%) were well behaved in the prevention of pulmonary TB transmission and 2 patients (13,3%) were behaving less in the prevention of pulmonary TB transmission. Futher more, (p value = 0,041, OR = 17,5) which means there is a significant correlation between family support in health care family members and behavioral prevention pulmonary TB transmission patients in work area of Patrang community health center at Jember regency. The conclusion is family support play an important role to care patients to help them in manage their health. The better family support is given, the better behavior prevention of pulmonary TB transmission.*

Key Word: *Pulmonary TB, Family support, Behavioral prevention of pulmonary TB transmission*

RINGKASAN

Hubungan Dukungan Keluarga dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember; Desy Rindra Puspita, 092310101002; 2015: xx + 124 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Tuberkulosis (TB) paru merupakan salah satu penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Angka mortalitas dan morbiditas TB paru setiap tahun terus meningkat. Menurut CDC (2014) lebih kurang 1/3 penduduk dunia terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan diperkirakan ada 9 juta pasien dengan kasus TB baru serta 3 juta kematian akibat TB di seluruh dunia. 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB di dunia terjadi pada negara-negara berkembang. Kompas (2014) menyebutkan Indonesia sebagai negara berkembang menempati urutan ke – 4 kasus TB paru di dunia setelah Cina, India, dan Afrika Selatan.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur jumlah kasus TB paru di Jawa Timur pada tahun 2012 sebanyak 41.440 orang dan mengalami peningkatan pada tahun 2013 sebanyak 43.725 orang. Tahun 2014 Dinkes Jawa Timur menetapkan jumlah kasus TB paru di Jawa Timur sebanyak 40.000 orang dan angka ini menurun 3.725 dari total kasus pasien TB paru tahun 2013. Daerah terbanyak pasien TB paru di daerah Jawa Timur yang pertama adalah Surabaya sebanyak 4.336 orang, Jember sebanyak 3.104 orang dan Banyuwangi sebanyak 1.689 orang. Data dari hasil studi pendahuluan di Dinkes Kabupaten Jember menyatakan bahwa salah satu wilayah dengan kejadian TB paru Triwulan I terbanyak pada tahun 2014 adalah Puskesmas Patrang dengan angka kejadian sebanyak 25 kasus.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga dengan perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi responden, bagi instansi pendidikan, bagi keluarga, serta bagi peneliti.

Desain dalam penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh klien TB paru positif di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember sebanyak 15 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Sampel diambil dengan menggunakan teknik *total sampling* dengan jumlah sampel adalah 15 klien.

Hasil penelitian menunjukkan dari 9 klien (60%) yang mendapatkan dukungan keluarga baik terdapat 7 klien (46,7%) berperilaku baik dalam pencegahan penularan TB paru dan 2 klien (13,3%) berperilaku kurang dalam pencegahan penularan TB paru. Hasil penelitian dianalisis menggunakan uji *chi-square* untuk menentukan pengambilan keputusan terhadap hipotesis yang diuji. Hipotesis kerja yang diangkat adalah berdasarkan H_a yaitu ada hubungan dukungan keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga dengan perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Hasil analisis statistik dengan menggunakan uji *chi-square* diperoleh nilai $p\text{ value} = 0,041$, maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak yang berarti ada hubungan dukungan keluarga pada perawatan kesehatan anggota keluarga dengan perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

Kesimpulan penelitian ini adalah ada hubungan dukungan keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga dengan perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Sehingga semakin besar dukungan keluarga yang diterima klien TB paru maka semakin besar perilaku pencegahan penularan yang dilakukan oleh klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Berdasarkan hasil penelitian ini, maka perlu adanya tindak lanjut dari yang dilakukan yaitu melalui penyuluhan pada keluarga dan klien TB paru tentang perlunya berperilaku dalam

mencegah penularan TB paru, sehingga keluarga mempunyai keinginan untuk memberikan dukungan (*support*) kepada klien TB paru agar berperilaku dalam mencegah penularan TB paru.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Hubungan Dukungan Keluarga dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember". Penulis menyampaikan terimakasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini, yaitu kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Hanny Rasni, S.Kp.,M.Kep., selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan dan motivasi dalam penyelesaian skripsi ini;
3. Ns. Wantiyah, M. Kep., selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam penyelesaian skripsi ini;
4. Ns. Latifa Aini S., M.Kep., Sp.Kom., selaku penguji yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam penyelesaian skripsi ini
5. Ns. Nurfika Asmaningrum, M. Kep., selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan dukungan dalam penyelesaian skripsi ini;
6. Seluruh dosen, staf dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan dukungan;
7. Seluruh responden yang bersedia mengikuti kegiatan penelitian dari awal hingga akhir beserta seluruh staf Puskesmas Patrang Kabupaten Jember yang telah membantu terlaksananya penelitian ini;
8. Kedua orang tua saya Ayah Drs. Subagiyo dan Ibu Endang Sasmiati yang selalu memberikan dukungan dan doa untuk kelancaran menyelesaikan skripsi ini;
9. Kakak saya Yudi Eko Hariyanto dan adik saya Galuh Yulia Asmara Putri yang memberikan dukungan kepada saya;

10. Jagad Aditya Dewantara yang selalu memberikan semangat, dukungan dan dorongan selama penyelesaian skripsi ini;
11. Sahabat-sahabatku tercinta Arfita, Asma'ul, Tias, Vely, Nita, Aridha, Rizky Aditya, Riski Indra yang selalu membangun motivasi bersama dan untuk bisa segera menyelesaikan skripsi ini dan keluarga besar Niswatu yang selalu memberikan dukungan kepada saya;
12. Teman-teman seperjuangan Allusia, Lielys, Anis, Yani, Wanda, Riski Indra, Eko Cahyono dan seluruh angkatan 2009 (ADUAN) yang telah memberikan dukungan dan motivasi dalam penyelesaian skripsi ini;
13. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menerima seluruh kritik dan saran yang membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, Maret 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA.....	xii
DATAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR.....	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan	9
1.3.1 Tujuan Umum	9
1.3.2 Tujuan Khusus	9
1.4 Manfaat	10
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti	10
1.4.2 Manfaat Bagi Keluarga	10
1.4.3 Manfaat Bagi Keperawatan.....	10
1.4.4 Manfaat Bagi Instansi Pendidikan.....	10
1.5 Keaslian Penelitian	10

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Dukungan Keluarga	12
2.1.1 Definisi Keluarga	12
2.1.2 Fungsi Keluarga	13
2.1.3 Definisi Dukungan Keluarga.....	18
2.1.4 Jenis Dukungan Keluarga.....	19
2.1.5 Sumber Dukungan Keluarga	20
2.1.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga ..	21
2.1.7 Manfaat Dukungan Keluarga	23
2.2 Konsep dan Teori Perilaku	24
2.2.1 Definisi Perilaku.....	24
2.2.2 Proses Pembentukan Perilaku	24
2.2.3 Bentuk Perilaku	25
2.2.4 Perilaku Kesehatan	27
2.2.5 Perilaku terhadap Kesehatan Lingkungan.....	28
2.2.6 Perilaku Orang Sakit dan Perilaku Orang Sehat	31
2.2.7 Perilaku Pencegahan (<i>preventif</i>) Penyakit TB.....	32
2.3 Konsep Penyakit TB Paru.....	35
2.3.1 Definisi TB Paru.....	35
2.3.2 Penyebab TB Paru	36
2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian TB Paru.....	36
2.3.4 Cara Penularan TB Paru	38
2.3.5 Risiko Penularan TB Paru	39
2.3.6 Tanda dan Gejala TB Paru	42
2.3.7 Klasifikasi penyakit TB Paru	44
2.3.8 Pencegahan TB Paru	47
2.4 Hasil Penelitian Terkait.....	49
2.5 Keterkaitan Hubungan Dukungan Keluarga dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien TB Paru	53
2.6 Kerangka Teori	55

BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL	57
3.1 Kerangka Konseptual.....	57
3.2 Hipotesis Penelitian.....	58
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	59
4.1 Desain Penelitian	59
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	60
4.2.1 Populasi Penelitian	60
4.2.2 Sampel Penelitian	60
4.2.3 Teknik Sampling	60
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian.....	61
4.3 Lokasi Penelitian	62
4.4 Waktu Penelitian	62
4.5 Definisi Operasional	62
4.6 Pengumpulan Data	63
4.6.1 Sumber Data	64
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	64
4.6.3 Alat Pengumpulan data	66
4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	68
4.7 Pengolahan Data	72
4.7.1 <i>Editing</i>	72
4.7.2 <i>Coding</i>	72
4.7.3 <i>Entry Data</i>	73
4.7.4 <i>Cleaning</i>	73
4.8 Analisa Data	74
4.8.1 Analisa Univariat.....	74
4.8.2 Analisa Bivariat.....	76
4.9 Etika Penelitian	77
4.9.1 Lembar persetujuan penelitian (<i>Informed consent</i>).....	77
4.9.2 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>).....	78
4.9.3 Tanpa Nama (<i>Anonimity</i>)	78
4.9.4 Keadilan (<i>Justice</i>).....	78

4.9.5 Kejujuran (<i>Veracity</i>)	79
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	80
5.1 Hasil Penelitian	80
5.1.1 Analisis Univariat	80
5.1.2 Analisis Bivariat	88
5.2 Pembahasan	90
5.2.1 Karakteristik Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	90
5.2.2 Dukungan Keluarga pada Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	97
5.2.3 Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember	103
5.2.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember...	106
5.3 Implikasi Keperawatan	111
5.4 Keterbatasan Penelitian	111
BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN	113
6.1 Simpulan	113
6.2 Saran	114
DAFTAR PUSTAKA	118
LAMPIRAN	125

DAFTAR TABEL

	Halaman
4.1 Definisi Operasional	63
4.2 <i>Blue Print</i> Kuesioner Dukungan Keluarga	67
4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner Instrumen Perilaku Pencegahan Penularan Klien TB paru	68
4.4 Perbedaan <i>Blue Print</i> Kuesioner Penelitian Sebelum dan Sesudah Uji Validitas	71
5.1 Distribusi Klien Menurut Usia dan Lama Menjalani Pengobatan TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember Bulan Januari Tahun 2015 (n=15).....	81
5.2 Distribusi Klien TB Paru Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Informasi Tentang TB Paru, dan Sumber Mendapatkan Informasi TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember Bulan Januari Tahun 2015 (n=15).....	82
5.3 Distribusi Klien Menurut Dukungan Keluarga pada Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember Bulan Januari Tahun 2015 (n=15)	84
5.4 Distribusi Klien TB Paru Menurut Indikator-Indikator Dukungan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember Bulan Januari Tahun 2015 (n=15).....	85
5.5 Distribusi Klien TB Paru Menurut Perilaku Pencegahan Penularan di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember Bulan Januari Tahun 2015 (n=15)	87
5.6 Distribusi Klien menurut Dukungan Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Penularan Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember Januari 2015 (n=15).....	88

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Faktor Risiko Kejadian TB paru	41
2.2 Kerangka Teori.....	56
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	57

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar Permohonan (<i>Informed</i>).....	125
B. Lembar Persetujuan (<i>Consent</i>).....	126
C. Lembar Kuesioner.....	127
D. Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas.....	135
E. Hasil Analisa Data	141
F. Dokumentasi	154
G. Surat Rekomendasi	156
H. Surat Ijin.....	159
I. Surat Keterangan.....	166
J. Master Tabel Hasil Penelitian	168

BAB 1. PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian yang terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus, manfaat penelitian bagi peneliti, instansi pendidikan, bagi profesi keperawatan, bagi masyarakat serta keaslian dari penelitian yang akan dilakukan terkait dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.

1.1 Latar Belakang Masalah

TB merupakan masalah kesehatan dunia yang penting, karena lebih kurang 1/3 penduduk dunia terinfeksi oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan diperkirakan ada 9 juta pasien dengan kasus TB baru serta 3 juta kematian akibat TB di seluruh dunia. 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB di dunia terjadi pada negara-negara berkembang (CDC, 2014). TB terjadi pada setiap wilayah di dunia. Tahun 2012 jumlah terbesar kasus TB terjadi di Asia, jumlahnya 60% dari kasus baru secara global. Negara-negara Afrika membawa proporsi terbesar dari kasus baru per penduduk dengan lebih dari 225 kasus per 100.000 penduduk. Tahun 2012, sebesar 80% dari kasus TB yang dilaporkan terjadi di 22 negara berasal dari negara-negara Afrika, Asia dan Amerika (WHO, 2014).

Tuberkulosis (TB) paru merupakan salah satu penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Angka mortalitas dan morbiditas TB paru setiap tahun terus meningkat. TB paru disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. *Mycobacterium tuberculosis* adalah jenis

bakteri basil yang berbentuk batang dan bersifat tahan asam yang tumbuh dengan lambat dan sensitif terhadap panas dan sinar ultraviolet. TB paru ditularkan melalui transmisi udara. Individu terinfeksi, melalui berbicara, batuk, bersin yang melepaskan droplet besar (lebih besar dari 100μ) dan droplet kecil (1 sampai 5μ). Droplet yang besar menetap, sementara droplet yang kecil tertahan di udara dan terhirup oleh individu yang rentan. TB paru berkaitan erat dengan tempat kumuh, kemiskinan, malnutrisi, perumahan di bawah standar dan kurangnya upaya dalam perawatan kesehatan (Smeltzer & Bare, 2001).

Negara-negara dengan jumlah terbesar kasus TB paru pada tahun 2010 adalah India, Cina, Afrika Selatan, Nigeria dan Indonesia (WHO, 2011). Indonesia sebagai negara berkembang menempati urutan ke – 4 kasus TB paru di dunia setelah Cina, India, dan Afrika Selatan (Kompas, 2014). Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu penyumbang terbanyak kedua penemuan kasus pasien TB paru setelah Provinsi Jawa Barat di tingkat Nasional. Tahun 2012, di Jawa Timur terdapat 18 kabupaten/kota yang telah mencapai target CDR (*Case Detection Rate*) sebesar 70%, sedangkan 20 kabupaten/kota lainnya masih belum mencapai target. Pasien TB paru dilihat dari jenis kelaminnya lebih banyak menyerang laki-laki (54%) dibandingkan perempuan (46%) dan dilihat berdasarkan usia, penderita TB paru yang lebih mendominasi adalah kelompok usia produktif yaitu usia 15 – 34 tahun dan 35 – 54 tahun (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2012).

Jumlah kasus TB paru di Jawa Timur pada tahun 2012 sebanyak 41.440 orang dan mengalami peningkatan pada tahun 2013 sebanyak 43.725 orang.

Tahun 2014 Dinkes Jawa Timur menetapkan jumlah kasus TB paru di Jawa Timur sebanyak 40.000 orang dan angka ini menurun 3.725 dari total kasus pasien TB paru tahun 2013 (Dinkes Jatim, 2014). Daerah terbanyak pasien TB paru di daerah Jawa Timur yang pertama adalah Surabaya sebanyak 4.336 orang, Jember sebanyak 3.104 orang dan Banyuwangi sebanyak 1.689 orang (Surya *online*, 2014). Data pencapaian program TB tahun 2012 di Kabupaten Jember terdapat 3300 kasus penemuan pasien TB. Tahun 2013 menurut data dari Dinkes Kabupaten Jember terdapat 3095 kasus penemuan pasien TB, pasien TB dengan BTA positif sebanyak 1996 pasien. Data pasien BTA positif di Kabupaten Jember tahun 2013 yaitu terdapat di wilayah kerja Puskesmas Umbulsari (92 pasien), Tanggul (86 pasien), Patrang (75 pasien), Kalisat (72 pasien), dan Sumbersari (71 pasien).

Melihat kejadian kasus TB paru yang semakin meningkat pada awal tahun 1990-an WHO dan IUATLD (*International Union Against TB and Lung Disease*) telah mengembangkan strategi penanggulangan TB yang dikenal dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short course*) dan telah terbukti sebagai salah satu intervensi kesehatan paling efektif (*cost-effective*). Integrasi strategi DOTS pada pelayanan kesehatan dasar sangat dianjurkan untuk efisiensi dan efektivitasnya (Depkes RI, 2006). Program DOTS di Indonesia memberikan angka kesembuhan yang tinggi dengan biaya efektif, hal ini dibuktikan dengan diraihnya penghargaan *Champion Award for Exceptional Work in the Fight Against TB* diberikan oleh *Global Health USAID* kepada pemerintah Indonesia

atas upaya dalam pengendalian TB dan dalam keberhasilan pencapaian MDGs pada hari peringatan TB tahun 2013 (*Newsletter* Sehat Negeriku, 2013).

Penularan TB paru dapat dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan tindakan. Faktor pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah individu melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Contoh, faktor pengetahuan yang mempengaruhi perilaku pencegahan TB paru yaitu pasien TB paru seharusnya mengetahui secara jelas tentang penyakit TB paru dan bagaimana cara penularan dan pencegahannya (Notoatmodjo, 2010a). Sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu. Pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting dalam menentukan sikap. Contoh: Seorang ibu mendengar (tahu) penyakit TB (penyebab, cara penularan, cara pencegahan dan lain-lain). Pengetahuan akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha supaya keluarganya tidak terkena penyakit TB. Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sehingga untuk terwujudnya tindakan diperlukan faktor pendukung antara lain adanya fasilitas serta faktor dukungan dari pihak lain (Notoatmodjo, 2010a).

Faktor pengetahuan, sikap dan tindakan memiliki pengaruh yang besar terhadap status kesehatan individu maupun masyarakat dan berperan penting dalam menentukan keberhasilan suatu program penanggulangan penyakit dan pencegahan penularan TB paru. Penularan kuman TB paru dipengaruhi oleh perilaku pasien TB paru, keluarga serta masyarakat dalam pencegahan penularan penyakit TB paru. Perilaku pencegahan penularan yang dapat dilakukan oleh pasien TB paru antara lain, menutup mulut pada waktu batuk dan bersin, meludah

pada tempat yang sudah diberi desinfektan, menghindari udara dingin, mengusahakan sinar matahari masuk ke tempat tidur dan makan makanan yang tinggi karbohidrat dan tinggi protein (Jaji, 2010).

Keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku dan perawatan kesehatan diatur, dilakukan dan dijalankan. Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam layanan kesehatan yaitu dengan memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan) dan perawatan kesehatan *preventif*, serta perawatan kesehatan lain bagi anggota keluarga yang sakit (Friedman, 2010). Keluarga mempunyai peran penting dalam penentuan keputusan untuk mencari dan mematuhi anjuran pengobatan. Keluarga juga menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta menentukan tentang program pengobatan yang diterima. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit. Dukungan keluarga berdampak terhadap kesehatan dan kesejahteraan individu, yang berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, meningkatnya fungsi kognitif dan kesehatan emosi individu (Setiadi, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Syam (2013), di Ajangale Kabupaten Bone tentang Dukungan Sosial Penderita Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Ajangale Kabupaten Bone mendapatkan hasil bahwa pada dukungan informasi ada perbedaan pendapat antara petugas kesehatan dan masyarakat. Dukungan emosional yang diterima oleh penderita TB paru berupa perhatian maupun rasa empati yang diberikan oleh lingkungan disekitarnya. Dukungan

instrumental yang diterima oleh penderita dalam pemenuhan kebutuhan penderita dapat dipenuhi oleh anggota keluarga baik dalam hal kebutuhan sehari-hari berupa penyediaan makanan, mencuci bahkan dalam hal memandikan maupun dalam hal penyediaan kebutuhan obat. Beberapa penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan penelitian hubungan dukungan keluarga dengan perilaku pencegahan penularan pasien TB paru yaitu penelitian yang dilakukan oleh Saragih pada tahun 2011. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan harga diri pasien TB Paru yang dirawat di RSUD Sidikalang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan harga diri pasien ($r = 0,05$) memiliki nilai hubungan positif dengan interpretasi sedang.

Penelitian yang dilakukan oleh Asiah (2014) tentang Gambaran Perilaku Pasien TB Paru Terhadap Upaya Pencegahan Penyebaran Penyakit TB Paru pada Pasien yang Berobat di Poli Paru RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 50 orang (43,5%), sikap yang baik sebanyak 81 orang (70,4%) dan tindakan yang baik sebanyak 53 orang (46,1%). Penelitian yang dilakukan oleh Sembiring (2012) tentang Perilaku penderita TB paru Positif dalam upaya pencegahan penularan tuberkulosis pada keluarga di Kecamatan Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah didapatkan hasil bahwa pengetahuan responden berada pada kategori baik yaitu 36 orang (62,1%), Sikap responden pada kategori baik yaitu 54 orang (93,1%). Tindakan responden sebagian besar pada kategori kurang yaitu 56 orang (96,6%).

Jember merupakan kabupaten di Provinsi Jawa Timur yang memiliki kasus TB paru tertinggi setelah Kodya Surabaya (Dinkes Jawa Timur, 2012). Hal ini dibuktikan dengan *Case Notification Rate* (CNR) Kabupaten Jember dari tiga tahun mengalami peningkatan, pada tahun 2011 sebesar 124,27% per 100.000 penduduk, tahun 2012 sebesar 126,9% per 100.000 penduduk, dan pada tahun 2013 sebesar 130,29% per 100.000 penduduk. Pada tahun 2011 kasus TB paru di Kabupaten Jember 2.598 kasus, pada tahun 2012 jumlah kasus TB paru Kabupaten Jember meningkat menjadi 3.300 kasus, sedangkan pada tahun 2013 jumlah kasus tuberkulosis paru sebanyak 3.095 kasus. Kasus TB paru di Kabupaten Jember tersebar di 49 puskesmas (Dinkes Jember, 2013).

Puskesmas Patrang merupakan salah satu puskesmas yang berada di Kecamatan Patrang Kabupaten Jember. Jumlah kasus TB Paru di wilayah kerja puskesmas Patrang pada tahun 2012 sebesar 91 kasus (86,6%), berada pada peringkat ke-3 setelah Puskesmas Tanggul (121 kasus) dan Sumbersari (93 kasus). Tahun 2013 sebesar 75 kasus (72,9%), berada di peringkat ke-3 setelah Puskesmas Umbulsari (92 kasus) dan Tanggul (86 kasus). Tahun 2014 triwulan I sebesar 25 kasus (24,2%) berada di peringkat pertama dan disusul oleh Puskesmas Tanggul sebesar 18 kasus dan Umbulsari sebesar 17 kasus. Jumlah kasus TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang dari tahun ke tahun memiliki peringkat yang stabil dibandingkan dengan 3 Puskesmas yang lain (Tanggul, Sumbersari dan Umbulsari) (Dinkes Jember, 2014).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Patrang berdasarkan wawancara dengan salah satu petugas kesehatan didapatkan

yaitu jumlah pasien TB paru dengan BTA positif yang terdaftar hingga bulan November tahun 2014 adalah sebanyak 11 pasien. Hasil wawancara dari 5 keluarga pasien TB paru diperoleh data bahwa 3 dari 5 pasien TB paru menyatakan perasaan malu karena terinfeksi TB paru, 3 dari 5 pasien TB paru tidak membuang dahak pada tempat khusus, 1 dari 5 pasien TB paru tidak melakukan pengobatan secara rutin, alasannya malu mengambil obat di Puskesmas karena sudah 2 hari terlambat untuk pengambilan obat, 1 dari 5 pasien TB paru jarang untuk menjemur peralatan tidur, 2 dari 3 pasien TB paru tidak menggunakan masker atau sapu tangan ketika batuk atau bersin. Kondisi rumah 1 dari 5 pasien TB paru terlalu rapat antara satu rumah dengan rumah yang lain sehingga sinar matahari tidak dapat langsung masuk ke dalam rumah.

Dukungan dari keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah, dukungan keluarga akan meningkatkan rasa percaya diri dan motivasi penderita TB paru dalam berperilaku untuk mencegah penularan TB paru (Subhakti, 2013). Peran perawat sangat dibutuhkan dalam menangani kasus TB paru salah satunya adalah memberikan asuhan keperawatan kepada klien TB paru dan keluarganya. Berdasarkan dari uraian tersebut, peneliti tertarik untuk mengidentifikasi apakah ada hubungan dukungan keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga dengan perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian ini yaitu “adakah hubungan dukungan keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga dengan perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga dengan perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah :

- a. mengidentifikasi karakteristik klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember;
- b. mengidentifikasi dukungan keluarga pada klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember;
- c. mengidentifikasi perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember;
- d. menganalisis hubungan dukungan keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga dengan perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan peneliti tentang dukungan keluarga pada perawatan kesehatan anggota keluarga paru dengan perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru, serta dapat digunakan sebagai penguat penelitian sebelumnya;

1.4.2 bagi keluarga

Mengetahui dan menerapkan tentang dukungan di dalam keluarga. Anggota keluarga dapat memberikan dukungan untuk berpartisipasi dalam perilaku pencegahan penularan TB paru;

1.4.3 bagi keperawatan

- a. dapat menjadi acuan bagi tenaga perawat dalam memberikan upaya pencegahan primer pada masyarakat yang berisiko tinggi terhadap penularan TB paru;
- b. dapat digunakan sebagai bahan penelitian keperawatan lebih lanjut;

1.4.4 bagi Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi dan dapat sebagai pedoman dalam menyusun langkah dan strategi pencegahan penularan penyakit TB paru.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu adalah penelitian yang dilakukan oleh Sedar Malem Sembiring pada tahun 2012 dengan judul “Perilaku Penderita TB Paru Positif

dalam Upaya Pencegahan Penularan Tuberkulosis pada Keluarga di Kecamatan Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah”. Penelitian tersebut menggunakan penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian desain metode survei deskriptif. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah melalui wawancara langsung dengan kuesioner. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien TB paru positif di wilayah Kecamatan Pandan sebanyak 138 orang. Teknik pengambilan sampel menggunakan *sistem random sampling* sebanyak 58 orang.

Perbedaan dengan penelitian sekarang yaitu dengan judul penelitian “Hubungan Dukungan Keluarga dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan dukungan keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga dengan perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru Kabupaten Jember. Desain penelitian yang digunakan adalah metode observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel diambil secara *total sampling*. Variabel pada penelitian sekarang adalah dukungan keluarga dalam perawatan kesehatan anggota keluarga sebagai variabel independen dan perilaku pencegahan penularan oleh klien TB Paru sebagai variabel dependen. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan analisis data menggunakan *Chi Square*.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menguraikan berbagai teori dan konsep tentang dukungan keluarga, konsep dan teori perilaku, konsep penyakit TB paru dan kerangka teori yang merupakan rangkuman teori dan konsep dari tinjauan pustaka yang telah dijabarkan.

2.1 Dukungan Keluarga

Teori dan konsep keluarga yang dijelaskan dalam bab ini terdiri dari definisi keluarga, fungsi keluarga, definisi dukungan keluarga, jenis dukungan keluarga, sumber dukungan keluarga, faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga dan manfaat dukungan keluarga.

2.1.1 Definisi Keluarga

Friedman (2010) mendefinisikan keluarga adalah kumpulan dari dua orang atau lebih yang tinggal bersama dengan keterikatan aturan dan emosional serta setiap anggota atau individu memiliki peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Keluarga adalah sekumpulan orang-orang yang tinggal di dalam satu rumah yang dihubungkan oleh suatu ikatan perkawinan, hubungan darah atau tidak memiliki hubungan darah yang bertujuan mempertahankan budaya yang umum dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari setiap anggota keluarga (Setiadi, 2008). WHO menyatakan bahwa keluarga merupakan anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Berdasarkan pengertian keluarga

tersebut, keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih yang dihubungkan melalui ikatan perkawinan, hubungan darah, adopsi dan saling berinteraksi satu dengan lainnya, mempunyai keunikan nilai dan norma hidup yang didasari oleh sistem kebudayaan keluarga yang terorganisasi dibawah kepala keluarga dalam menjalankan peran dan fungsi anggota keluarga serta mempunyai hak otonomi dalam mengatur keluarganya, misalnya dalam peningkatan kesehatan keluarga (Ali, 2009).

2.1.2 Fungsi Keluarga

Fungsi dasar dari keluarga adalah memenuhi kebutuhan anggota keluarga itu sendiri dan kebutuhan masyarakat yang lebih luas. Menurut Friedman (2010) fungsi keluarga terbagi menjadi lima dan saling berhubungan erat pada saat dilakukan pengkajian dan intervensi, lima fungsi keluarga tersebut yaitu :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting karena merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun keberlanjutan unit dari keluarga itu sendiri. Fungsi afektif bertujuan untuk memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga.

b. Fungsi Sosialisasi dan Status Sosial

Fungsi sosialisasi dan status sosial adalah fungsi yang memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan menjadikan anak sebagai anggota keluarga masyarakat yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi merupakan fungsi untuk mempertahankan dan menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga terhadap sumber daya yang cukup seperti finansial, ruang, dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi yang menyediakan kebutuhan fisik keluarga, kebutuhan fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yaitu dengan menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap bahaya.

Menurut UU No.10 tahun 1992 dan PP No.21 tahun 1994, fungsi keluarga yang dapat dilakukan oleh setiap keluarga terbagi menjadi delapan yaitu (Setiadi, 2008) :

a. Fungsi Keagamaan

- a) membina norma, ajaran-ajaran tentang agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga;
- b) menerjemahkan agama kedalam tingkah laku dalam kehidupan sehari-hari kepada seluruh anggota keluarga;
- c) memberikan contoh nyata dalam kehidupan sehari-hari dalam pengamalan dari ajaran agama;

- d) melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang kurang saat diperolehnya di sekolah atau masyarakat;
 - e) membina rasa, sikap, dan praktek kehidupan keluarga beragama sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.
- b. Fungsi Budaya
- a) membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan;
 - b) membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai;
 - c) membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif akibat globalisasi;
 - d) membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berpartisipasi dan berperilaku yang baik sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi;
 - e) membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menjunjung terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.
- c. Fungsi Cinta Kasih
- a) menumbuh kembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga ke dalam perilaku yang nyata secara optimal dan terus-menerus;

- b) membina tingkah laku saling menyayangi baik antar keluarga secara kuantitatif dan kualitatif;
 - c) membina praktik kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang;
 - d) membina rasa, sikap dan perilaku hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.
- d. Fungsi Perlindungan
- a) memenuhi kebutuhan rasa aman semua anggota keluarga, baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga;
 - b) membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar;
 - c) membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.
- e. Fungsi Reproduksi
- a) membina kehidupan keluarga sebagai sarana pendidikan reproduksi yang sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya;
 - b) memberikan contoh pengamalan dan kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental;
 - c) mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi yang sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara dua anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga;

d) mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

f. Fungsi Sosialisasi

a) menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai sarana pendidikan dan sosialisasi anak pertama dan utama;

b) menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpai baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat;

c) membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik dan mental) yang tidak atau kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat;

d) membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga, sehingga tidak hanya bermanfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua, yang bertujuan untuk perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

g. Fungsi Ekonomi

a) melakukan kegiatan ekonomi baik di luar maupun di dalam lingkungan keluarga untuk kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga;

b) mengelola ekonomi keluarga, sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga;

- c) mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan secara serasi, selaras dan seimbang;
 - d) membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.
- h. Fungsi Pelestarian Lingkungan
- a) membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan di dalam (*intern*) keluarga;
 - b) membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan di luar (*ekstern*) keluarga;
 - c) membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi, selaras dan seimbang antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya;
 - d) membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

2.1.3 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya yang dapat diakses oleh keluarga yang dapat bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada anggota keluarga (Friedman, 2010). Dukungan keluarga sebagai suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial (Setiadi, 2008).

2.1.4 Jenis Dukungan Keluarga

Kaplan (dalam Friedman, 1998) menjelaskan bahwa terdapat empat jenis dukungan keluarga, yaitu :

a. Dukungan informasional

Jenis dukungan informasional meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, usulan atau saran, petunjuk atau pengarahan dan pemberian informasi. Dukungan informasional berfungsi sebagai pengumpul informasi tentang segala sesuatu yang digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi dalam dukungan informasional ini. Keluarga dapat menyediakan informasi tentang perilaku pencegahan penularan penyakit TB.

b. Dukungan penilaian

Dukungan penilaian menekankan pada keluarga sebagai umpan balik, membimbing, menangani masalah, serta sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga. Dukungan penilaian dapat dilakukan dengan memberikan *support* atau dukungan, pengakuan, penghargaan, serta perhatian kepada anggota keluarga.

c. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental adalah dukungan yang memfokuskan keluarga sebagai sumber pertolongan praktis dan konkrit yaitu berupa bantuan langsung dari orang terdekat seperti materi, tenaga, dan sarana. Dukungan

instrumental memiliki manfaat untuk mengembalikan energi, semangat yang menurun, memberikan perhatian dan kepedulian pada seseorang yang sedang mengalami kesusahan.

d. Dukungan emosional

Dukungan emosional yaitu dukungan yang menempatkan keluarga sebagai tempat aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta dapat membantu penguasaan terhadap emosi. Dukungan emosional memiliki beberapa aspek meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

2.1.5 Sumber Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (1998) terdapat dua sumber dari dukungan sosial keluarga antara lain:

a. Sumber dukungan keluarga internal

Sumber dukungan sosial keluarga internal meliputi dukungan dari suami atau istri, atau dukungan dari saudara kandung dan keluarga besar.

b. Sumber dukungan sosial keluarga eksternal

Sumber dukungan sosial keluarga eksternal meliputi jaringan kerja sosial dari keluarga inti. Jaringan kerja sosial merupakan struktur yang menggambarkan hubungan dari seseorang. Jaringan kerja sosial ini antara lain tetangga, teman, sahabat, rekan kerja, kelompok pengajian, pemberi perawatan kesehatan dan kelompok-kelompok yang menjadi mitra pengungkapan sebuah keluarga yang menyangkut kepentingan bersama.

2.1.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Setiadi (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga antara lain :

a. Faktor Internal

1) Tahap Perkembangan

Dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dan dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, sehingga setiap rentang usia (bayi – lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

2) Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan, dan pengalaman di masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berpikir seseorang yang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan diri.

3) Faktor Emosi

Faktor emosional mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respons terhadap stress di dalam setiap perubahan hidupnya akan cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, respon yang dilakukan yaitu dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang mempunyai respon emosional

yang kecil selama sakit secara umum akan terlihat sangat tenang. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

4) Spiritual

Aspek spiritual terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga dan teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dari hidup.

b. Faktor Eksternal

1) Praktik di Keluarga

Praktik di keluarga adalah bagaimana cara keluarga memberikan dukungan yang biasanya dapat mempengaruhi pasien dalam melaksanakan kesehatannya. Misalnya, pasien akan melakukan tindakan pencegahan apabila keluarganya juga melakukan hal yang sama atau anak yang selalu diajak oleh orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, maka ketika anak tersebut memiliki keturunan atau anak dia akan melakukan hal yang sama.

2) Faktor Sosio Ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang dalam mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup stabilitas perkawinan, gaya hidup dan lingkungan kerja. Seseorang

biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan terhadap kesehatan dan cara pelaksanaannya. Faktor ekonomi juga mempengaruhi dukungan keluarga karena semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang maka seseorang tersebut akan lebih cepat tanggap terhadap tanda dan gejala penyakit yang dirasakan, sehingga seseorang tersebut akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

3) Latar Belakang Budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2.1.7 Manfaat Dukungan Keluarga

Dukungan sosial keluarga merupakan sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda di dalam berbagai tahap-tahap kehidupan. Dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal yang dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman 2010).

Wills (1985) menyatakan dukungan keluarga dapat menimbulkan efek penyangga, yaitu dukungan keluarga menahan efek-efek negatif dari stress terhadap kesehatan dan efek utama, yaitu dukungan keluarga yang secara langsung berpengaruh terhadap peningkatan kesehatan. Efek-efek penyangga dan

efek utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan dapat berfungsi secara bersamaan. Keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, dan di kalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Ryan dan Austin dalam Friedman 1998).

2.2 Konsep dan Teori Perilaku

Konsep dan teori perilaku yang diuraikan dalam bab ini terdiri dari definisi perilaku, proses pembentukan perilaku, bentuk perilaku, perilaku kesehatan, perilaku terhadap lingkungan kesehatan, perilaku orang sakit dan perilaku orang sehat, dan perilaku pencegahan (*preventif*) penyakit TB paru.

2.2.1 Definisi Perilaku

Perilaku manusia merupakan semua aktifitas manusia baik yang dapat diamati secara langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh orang lain (Notoatmodjo, 2007). Perilaku individu tidak muncul dengan sendirinya, namun perilaku muncul akibat adanya rangsangan (stimulus) dari dalam diri (*internal*) atau dari luar diri individu (*eksternal*) (Sunaryo, 2004).

2.2.2 Proses Pembentukan Perilaku

Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2010a) menyatakan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku manusia terjadi melalui proses: Stimulus—→ Organisme —→ Respon,

sehingga teori Skinner disebut teori S – O – R (stimulus – organisme – respon).

Skinner menyebutkan adanya dua jenis respon, yaitu :

- a. *Respondent respons* atau *reflexive*, merupakan respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu yang disebut *eliciting stimulus*, karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap;
- b. *Operant respons* atau *instrumental respons*, merupakan respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau rangsangan lain. *Reinforcing stimuli* atau *reinforce* adalah perangsang terakhir yang berfungsi untuk memperkuat respon.

Komponen perilaku menurut Gerace & Vorp (1985) yang dikutip oleh Lukluk (2008) perkembangan penyakit dapat dilihat dalam 2 aspek, yaitu :

- a. Perilaku mempengaruhi faktor risiko penyakit tertentu. Faktor risiko adalah ciri kelompok individu yang menunjuk mereka sebagai *at-high-risk* terhadap penyakit tertentu;
- b. Perilaku itu sendiri dapat berupa faktor risiko, misal merokok dianggap sebagai faktor risiko utama baik bagi penyakit jantung koroner maupun kanker paru, karena kemungkinan pada perokok lebih besar mendapatkan penyakit ini daripada orang yang tidak merokok.

2.2.3 Bentuk Perilaku

Perilaku merupakan suatu respon individu atau seseorang terhadap perangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut. Menurut Notoatmodjo (2010a) berdasarkan teori S-O-R bentuk perilaku dibagi menjadi dua macam yaitu :

a. perilaku tertutup (*covert behavior*)

perilaku tertutup terjadi apabila respon terhadap stimulus masih belum bias diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus yang ada. Bentuk *unobservable behavior* atau *covert behavior* yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap. Contoh seorang ibu hamil yang tahu pentingnya memeriksakan kehamilan untuk kesehatan bayi dan dirinya sendiri merupakan pengetahuan (*knowledge*), kemudian ibu tersebut bertanya kepada tetangganya dimana tempat memeriksakan kehamilan terdekat. Ibu yang bertanya tentang tempat dimana memeriksakan kehamilan tersebut dilakukan merupakan sebuah kecenderungan untuk melakukan periksa kehamilan, yang selanjutnya disebut dengan sikap (*attitude*).

b. perilaku terbuka (*overt behavior*)

perilaku terbuka terjadi apabila respon terhadap stimulus sudah berupa tindakan atau praktik yang dapat diamati oleh orang lain dari luar atau *observable behavior*. Contoh: seorang ibu hamil memeriksakan kehamilannya ke puskesmas atau ke bidan praktik, seorang pasien TB paru meminum obat anti TB secara teratur, seorang anak menggosok gigi setelah makan. Contoh-contoh tersebut merupakan tindakan nyata dalam bentuk kegiatan atau dalam bentuk praktik (*practice*).

2.2.4 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan merupakan suatu respon dari individu terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan. Perilaku kesehatan memiliki dua unsur pokok yaitu respon dan stimulus, respon atau reaksi manusia terdiri dari pasif (pengetahuan, persepsi, sikap) dan aktif (tindakan yang nyata atau *practice*) sedangkan stimulus atau rangsangan terdiri dari empat unsur pokok, yaitu sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan. Perilaku kesehatan secara lebih rinci mencakup (Notoatmodjo, 2010) :

1. perilaku individu terhadap sakit dan penyakit

perilaku bagaimana manusia berespon baik secara pasif (mengetahui, bersikap dan mempersepsikan penyakit dan rasa sakit yang ada di dalam dan di luar individu, maupun secara aktif (tindakan yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit). Perilaku terhadap sakit dan penyakit dibagi dalam beberapa tingkatan pencegahan penyakit, yaitu :

- a. perilaku yang berhubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (*health promotion behavior*), misalnya olahraga, makan makanan yang bergizi dan teratur, istirahat yang cukup;
- b. perilaku pencegahan penyakit (*health prevention behavior*) merupakan respon yang dilakukan untuk pencegahan terhadap suatu penyakit, misalnya, mencuci tangan, mengatur ventilasi dengan baik agar pertukaran udara tetap terjaga, imunisasi dan perilaku untuk tidak menularkan penyakit-penyakit pada orang lain.

2. perilaku yang berhubungan dengan pencarian pengobatan (*health seeking behavior*) merupakan perilaku untuk melakukan dan mencari pengobatan;
3. perilaku yang berhubungan dengan pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) merupakan perilaku yang berhubungan dengan usaha-usaha pemulihan kesehatan setelah sembuh dari suatu penyakit;
4. perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan merupakan respon individu terhadap suatu sistem pelayanan kesehatan, baik tradisional maupun modern;
5. perilaku terhadap makanan (*nutrition behavior*) merupakan respon individu terhadap makanan sebagai kebutuhan sehari-hari yang penting bagi kehidupan;
6. perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*environmental health behavior*) merupakan respon individu terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

2.2.5 Perilaku terhadap Kesehatan Lingkungan

Perilaku terhadap kesehatan lingkungan merupakan respon individu pada lingkungan fisik, lingkungan sosial budaya dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya atau bagaimana seseorang mengelola lingkungannya sehingga tidak mengganggu kesehatannya sendiri, keluarga dan masyarakat sekitarnya (Notoatmodjo, 2007).

Becker membuat klasifikasi tentang perilaku terhadap kesehatan lingkungan yaitu (Notoatmodjo, 2007):

a. Perilaku hidup sehat

Perilaku hidup sehat merupakan perilaku-perilaku yang berkaitan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Perilaku hidup sehat meliputi:

- 1) makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*). Menu seimbang dalam arti kualitas (mengandung zat-zat gizi yang diperlukan tubuh), dan kuantitas dalam arti jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh (tidak kurang tetapi juga tidak lebih);
- 2) olahraga teratur, mencakup kualitas (gerakan) dan kuantitas dalam arti frekuensi dan waktu yang digunakan untuk olahraga. Aspek kualitas dan kuantitas akan tergantung dari usia dan status kesehatan yang bersangkutan;
- 3) tidak merokok, merokok merupakan kebiasaan jelek yang mengakibatkan berbagai macam penyakit;
- 4) tidak minum-minuman keras dan narkoba, kebiasaan minum-minuman keras dan mengkonsumsi narkoba (narkotik dan bahan-bahan berbahaya lainnya) cenderung meningkat. 1% penduduk Indonesia dewasa diperkirakan sudah mempunyai kebiasaan minum-minuman keras;
- 5) istirahat yang cukup, dengan meningkatnya kebutuhan hidup untuk menyesuaikan dengan lingkungan yang modern mengharuskan seseorang untuk bekerja keras sehingga waktu istirahat berkurang;
- 6) mengendalikan stress, stress akan terjadi pada siapa saja dan dapat mengganggu kesehatan. Stress tidak dapat dihindari, namun harus dijaga

agar stress tidak menyebabkan gangguan kesehatan. Stress dapat dikendalikan atau dikelola dengan kegiatan-kegiatan yang positif;

7) perilaku atau gaya hidup lain yang positif bagi kesehatan.

b. Perilaku sakit (*illness behavior*)

Perilaku sakit meliputi respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap sakit, pengetahuan tentang penyebab dan gejala penyakit, pengetahuan tentang pengobatan penyakit dan lain-lain.

c. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*)

Orang sakit (pasien) dari segi sosiologi mempunyai peran yang meliputi hak-hak orang sakit (*right*) dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Hak dan kewajiban ini harus diketahui oleh orang yang sakit itu sendiri maupun orang lain (keluarga), yang kemudian disebut dengan perilaku peran orang sakit (*the sick role*). Perilaku peran orang sakit meliputi:

- 1) tindakan untuk memperoleh kesembuhan;
- 2) mengenal atau mengetahui fasilitas atau sarana pelayanan atau penyembuhan penyakit yang layak;
- 3) mengetahui hak (hak memperoleh perawatan, memperoleh layanan kesehatan) dan kewajiban orang sakit (memberitahukan penyakitnya kepada orang lain terutama kepada dokter atau petugas kesehatan, tidak menularkan penyakit kepada orang lain).

2.2.6 Perilaku Orang Sakit dan Perilaku Orang Sehat

Perilaku sakit merupakan segala bentuk tindakan untuk memperoleh kesembuhan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit. Perilaku sehat merupakan tindakan yang dilakukan oleh individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, yang termasuk perilaku sehat adalah pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri dan menjaga kebugaran tubuh melalui olahraga dan makan makanan yang bergizi (Sarwono, 2004).

Menurut Mechanics (1998) (dalam Notoatmodjo, 2010a), penyebab perilaku sakit adalah sebagai berikut:

- a. tanda dan gejala yang dirasakan menyimpang dari keadaan normal;
- b. anggapan adanya gejala serius yang dapat menyebabkan bahaya;
- c. gejala penyakit yang dirasakan dapat menimbulkan dampak terhadap hubungan dengan keluarga, hubungan kerja dan kegiatan kemasyarakatan;
- d. frekuensi dan persisten (terus menerus atau menetap) tanda dan gejala yang dapat dilihat;
- e. kemungkinan individu untuk terserang penyakit;
- f. adanya informasi, pengetahuan dan anggapan budaya tentang penyakit;
- g. adanyan perbedaan interpretasi atau penjabaran tentang gejala penyakit;
- h. adanya kebutuhan untuk mengatasi gejala penyakit;
- i. tersedianya berbagai sarana pelayanan kesehatan, seperti fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, obat-obatan kesehatan, biaya dan transportasi kesehatan.

2.2.7 Perilaku Pencegahan (*Preventif*) Penyakit TB paru

Leavel dan Clark menyebutkan pencegahan merupakan segala kegiatan yang dilakukan langsung maupun tidak langsung untuk mencegah suatu masalah kesehatan atau penyakit, berhubungan dengan masalah kesehatan atau penyakit yang spesifik dan meliputi perilaku menghindar (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan definisi tersebut, perilaku pencegahan penularan oleh klien TB paru adalah perilaku kesehatan individu (klien) yang bertujuan mencegah timbulnya penularan penyakit TB paru.

Perilaku dalam diri individu terbentuk karena dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor eksternal (stimulus merupakan faktor dari luar diri seseorang tersebut) dan faktor internal (respon merupakan faktor dari dalam diri individu yang bersangkutan). Faktor eksternal atau stimulus meliputi faktor lingkungan, baik fisik maupun non fisik dalam bentuk sosial, budaya, ekonomi, politik dan lain-lain. Faktor internal yang menentukan individu merespon stimulus dari luar meliputi perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi, sugesti, dan lain-lain (Notoatmodjo, 2010a). Lawrence Green (1990) (dalam Notoatmodjo, 2010a) menjelaskan bahwa perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor pokok, yaitu :

a. faktor predisposisi (*predisposing factors*)

faktor predisposisi (*predisposing factors*) merupakan faktor internal yang terdapat dalam diri individu, keluarga, kelompok atau masyarakat yang dapat mempermudah individu untuk berperilaku, seperti pengetahuan, sikap, nilai, persepsi, kepercayaan dan keyakinan;

b. faktor yang mendukung (*enabling factors*)

faktor yang mendukung (*enabling factors*) merupakan faktor yang memungkinkan individu berperilaku yang terwujud dalam lingkungan fisik, seperti tersedia atau tidak tersedianya sarana-sarana kesehatan, fasilitas kesehatan, ketergantungan, tujuan, ketrampilan;

c. faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*)

faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) merupakan perilaku yang seperti sikap dan ketrampilan petugas kesehatan atau petugas lain yang merupakan kelompok yang menjadi contoh dari perilaku masyarakat, teman sebaya, orang tua.

Tingkatan pencegahan penyakit menurut Leavel dan Clark ada lima tingkatan, yaitu (Notoatmodjo, 2007):

a. peningkatan kesehatan (*Health Promotion*), meliputi :

- 1) penyediaan makanan sehat yang memiliki kualitas dan kuantitas yang cukup;
- 2) perbaikan *hygiene* dan sanitasi lingkungan;
- 3) peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat antara lain pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja yang hamil di luar nikah, yang terkena infeksi akibat seks bebas dan pelayanan Keluarga Berencana.

b. perlindungan secara umum dan khusus terhadap penyakit tertentu (*Spesific Protection*), meliputi :

- 1) memberikan imunisasi pada golongan yang rentan terhadap penyakit untuk mencegah penyakit-penyakit tertentu;
 - 2) isolasi terhadap penyakit menular;
 - 3) perlindungan terhadap keamanan kecelakaan di tempat-tempat umum dan tempat kerja;
 - 4) perlindungan terhadap bahan-bahan yang sifatnya karsinogenik, bahan-bahan racun atau penyebab alergi.
- c. diagnosa dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (*Early Diagnosis and Promotion*), meliputi :
- 1) mencari kasus sedini mungkin;
 - 2) melakukan pemeriksaan secara rutin;
 - 3) pengawasan secara selektif terhadap penyakit tertentu, misalnya kusta, TB, kanker serviks;
 - 4) meningkatkan keteraturan pengobatan pada pasien;
 - 5) mencari orang-orang yang pernah berhubungan dengan pasien yang memiliki penyakit menular;
 - 6) pemberian pengobatan pada setiap awal kasus dengan tepat.
- d. pembatasan kecacatan (*Dissability Limitation*), meliputi :
- 1) penyempurnaan dan intensifikasi dari pengobatan lanjut agar terarah dan tidak sampai menimbulkan komplikasi;
 - 2) pencegahan terhadap komplikasi dan kecacatan;
 - 3) perbaikan pada fasilitas kesehatan bagi pengunjung untuk pengobatan dan perawatan yang lebih intensif.

- e. pemulihan kesehatan (*Rehabilitation*), meliputi :
- 1) mengikutsertakan masyarakat dalam pengembangan lembaga-lembaga rehabilitasi;
 - 2) meniadakan masyarakat agar dapat menerima pasien TB kembali dengan memberi dukungan moral;
 - 3) mengusahakan tempat rehabilitasi sosial agar setiap pasien yang telah cacat masih mampu mempertahankan diri;
 - 4) penyuluhan dan usaha-usaha lebih lanjut harus tetap dilakukan oleh individu setelah sembuh dari suatu penyakit.

2.3 Konsep Penyakit TB Paru

2.3.1 Definisi TB Paru

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit yang masih menjadi masalah kesehatan global dan merupakan penyebab kematian kedua setelah HIV/AIDS (WHO, 2012). TB paru merupakan salah satu penyakit saluran pernafasan yang menyerang parenkim paru dan disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* (Smeltzer & Bare, 2001). Kuman *Mycobacterium tuberculosis* memiliki ukuran 0,5 – 4 mikron x 0,3 – 0,6 mikron dengan bentuk batang yang tipis, lurus atau agak bengkok, bergranular atau tidak memiliki selubung, tetapi mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid (terutama asam mikolat). Kuman *Mycobacterium tuberculosis* tahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga kuman ini disebut Basil Tahan Asam (BTA), tahan terhadap zat kimia dan zat fisik. Kuman *Mycobacterium tuberculosis* cepat mati

dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab, dalam jaringan tubuh kuman tersebut dapat tertidur lama (*dorman*) selama beberapa tahun (Depkes RI, 2002).

2.3.2 Penyebab TB Paru

Penyebab TB adalah kuman *Mycobacterium tuberculosis*, yang merupakan kuman batang, tahan terhadap asam dan bersifat aerob. Basil tuberkel berukuran 0,3 x 2 sampai 4 mm, lebih kecil dari ukuran sel darah merah. Basil TB paru dapat terus hidup berbulan-bulan pada suhu kamar dan dalam ruangan yang lembab (Price & Wilson, 2005).

Mycobacterium tuberculosis merupakan agen infeksi utama penyebab TB paru. Seseorang dapat terinfeksi melalui berbicara, tertawa, batuk, bersin yang di dalamnya terkandung droplet besar (lebih besar dari 100 μ) dan droplet kecil (1 – 5 μ). Droplet yang besar menetap, sedangkan droplet yang kecil tertahan di udara dan terhirup oleh individu yang rentan (Smeltzer & Bare, 2001).

2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian TB Paru

Kejadian TB paru pada individu dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu (Hiswani, 2009) :

a. faktor sosial ekonomi

faktor sosial ekonomi meliputi keadaan rumah, kepadatan hunian, lingkungan perumahan karena lingkungan dan sanitasi yang buruk akan memudahkan penularan penyakit TB paru. Pendapatan keluarga juga berpengaruh terhadap

penularan penyakit TB paru, karena pendapatan yang kecil akan membuat individu tidak dapat hidup layak dengan memenuhi syarat-syarat kesehatan;

b. status gizi

status gizi berhubungan dengan keadaan malnutrisi atau kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi dan lain-lain akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang sehingga akan rentan terhadap suatu penyakit termasuk TB paru;

c. umur

penyakit TB paru paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif (15 – 50 tahun). Terjadinya transisi demografi menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Usia lanjut yang lebih dari 55 tahun sistem imunologis seseorang akan menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit salah satunya adalah penyakit TB paru;

d. jenis kelamin

penyakit TB paru lebih sering terjadi pada jenis kelamin laki-laki daripada perempuan. Angka prevalensi pada laki-laki cukup tinggi pada semua usia tetapi angka prevalensi pada perempuan cenderung menurun tajam setelah melewati masa subur. Kematian pada perempuan lebih banyak terjadi akibat TB paru dibandingkan akibat proses kehamilan dan persalinan. Penyakit TB paru lebih sering terjangkit pada laki-laki karena sebagian laki-laki memiliki kebiasaan merokok atau minum alkohol, sehingga dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh dan lebih mudah terpapar oleh agen penyebab TB paru.

2.3.4 Cara Penularan TB Paru

Mycobacterium tuberculosis masuk ke dalam jaringan paru melalui *airborne infection*, sehingga menyebabkan terjadinya infeksi primer yang akan berlanjut pada penyebaran bronkogen, penyebaran limfogen, dan penyebaran hematogen. Penyebaran akan berhenti jika jumlah kuman yang masuk sedikit dan telah terbentuk daya tahan tubuh yang spesifik (Alsagaf *et al*, 2002). Cara penularan TB paru melalui berbicara, batuk, bersin, tertawa, dan bernyanyi (Smeltzer & Bare, 2001). Penularan *Mycobacterium tuberculosis* selain melalui transmisi udara juga dapat terjadi melalui saluran pencernaan (GI) dan luka terbuka pada kulit (Price & Wilson, 2005).

Kuman *Mycobacterium tuberculosis* apabila sering masuk dan berkumpul di dalam paru-paru akan berkembang biak menjadi banyak (terutama pada orang dengan imun atau daya tahan tubuh yang rendah), kuman ini dapat menyebar melalui pembuluh darah atau kelenjar getah bening. TB dapat menginfeksi hampir di seluruh organ tubuh seperti paru-paru, otak, ginjal, saluran pencernaan, tulang, kelenjar getah bening, dan lain-lain. Paru-paru merupakan organ tubuh yang paling sering terkena penyakit TB ini (Smeltzer & Bare, 2001).

Penularan *Mycobacterium tuberculosis* menurut Depkes RI (2011), disebabkan oleh:

- a. sumber penularan adalah pasien dengan BTA positif;
- b. klien pada waktu batuk dan bersin mengeluarkan percikan dahak (*droplet nuclei*) yang mengandung kuman ke udara. Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak;

- c. penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab;
- d. daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari paru;
- e. faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB paru ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

2.3.5 Risiko Penularan TB Paru

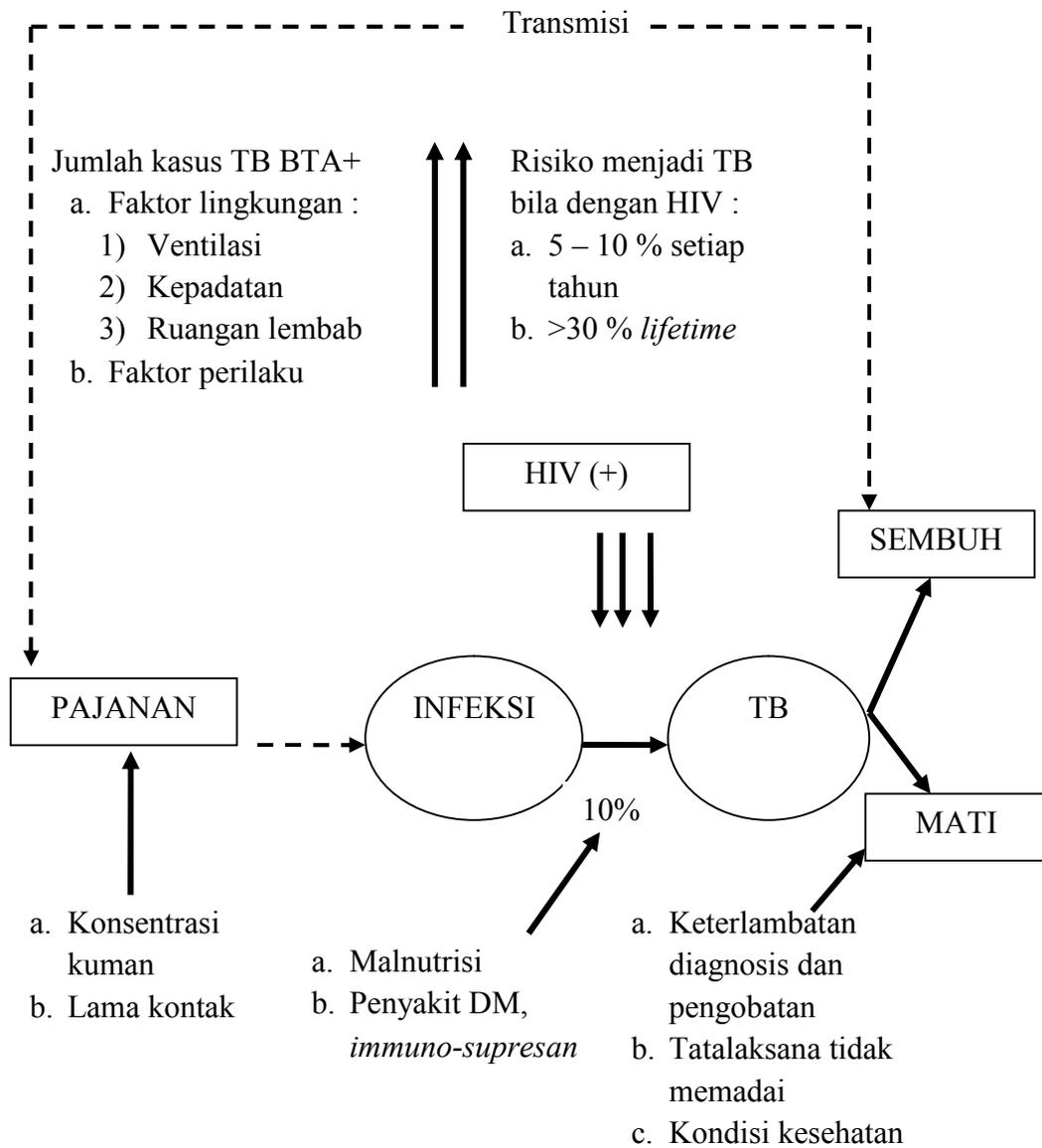
Risiko penularan TB paru tergantung pada banyaknya organisme yang terdapat di udara dan banyaknya kuman yang dikeluarkan dari paru-paru. Risiko penularan TB paru menurut Depkes RI (2011), antara lain:

- a. risiko penularan TB paru setiap tahunnya ditunjukkan dengan *Annual Risk of Tuberculosis Infection* (ARTI) yaitu proporsi penduduk yang berisiko terinfeksi TB selama satu tahun. ARTI sebesar 1%, berarti 10 (sepuluh) orang diantara 1000 penduduk terinfeksi TB setiap tahun;
- b. Indonesia memiliki ARTI bervariasi antara 1 – 3 % ;
- c. risiko penularan TB tergantung dari tingkat pajanan dengan percikan dahak. Klien TB paru dengan BTA positif lebih berisiko tinggi menularkan bila dibandingkan dengan klien TB paru BTA negatif;

- d. infeksi TB dibuktikan dengan perubahan reaksi tuberkulin negatif menjadi positif.

Faktor-faktor yang mempengaruhi risiko penularan penyakit TB paru (Smeltzer & Bare, 2001) antara lain:

- a. individu yang kontak dengan klien TB aktif;
- b. individu immunosupresif (lansia, pasien dengan kanker, individu dengan terapi kortikosteroid, individu yang terinfeksi HIV);
- c. pengguna obat-obat HIV dan alkohol;
- d. individu dengan gangguan medis yang sudah ada sebelumnya (misalnya: diabetes, gagal ginjal kronis, dll);
- e. umur dan jenis kelamin;
- f. keadaan malnutrisi atau kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi dan lain-lain;
- g. individu yang tinggal di institusi (misal: fasilitas perawatan jangka panjang, institusi psikiatrik, penjara);
- h. individu yang tinggal di perumahan yang padat, kumuh dan sanitasi yang buruk.



Gambar 2.1 Faktor Risiko Kejadian TB paru (Depkes RI, 2011)

2.3.6 Tanda dan gejala TB paru

Klien TB dapat merasakan bermacam-macam keluhan atau tanpa keluhan sama sekali. TB paru dapat dibagi menjadi 2 gejala, yaitu gejala klinik dan gejala khusus yang timbul sesuai dengan organ yang terlibat (Alsagaff *et al*, 2002) :

a. Gejala Klinik, meliputi :

1) batuk

batuk merupakan gejala yang timbul paling awal dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan, biasanya batuk ringan sehingga dianggap batuk biasa atau akibat dari rokok. Batuk ringan menyebabkan sekret akan terkumpul dan menyebabkan batuk berubah menjadi batuk produktif;

2) dahak

dahak pada awalnya keluar dalam jumlah sedikit dan bersifat mukoid, dan akan berubah menjadi mukopurulen atau kuning kehijauan sampai menjadi purulen dan kemudian apabila sudah terjadi perlunakan akan berubah menjadi kental;

3) batuk darah

darah yang dikeluarkan oleh pasien berupa bercak-bercak darah, gumpalan-gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah yang sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah dan berat ringannya tergantung dari besar kecinya pembuluh darah yang pecah;

4) nyeri dada

nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri yang ringan. Gejala pleuritis luas dapat menyebabkan nyeri bertambah berat. Nyeri yang dirasakan di bagian aksila dan ujung skapula;

5) *wheezing*

wheezing terjadi karena penyempitan lumen endobronkus yang disebabkan oleh sekret, bronkostenosis, peradangan, jaringan granula, dan ulserasi;

6) sesak nafas atau dispneu

sesak nafas atau dispneu merupakan gejala lanjutan dari TB paru akibat adanya obstruksi saluran pernapasan dan thrombosis yang dapat mengakibatkan gangguan difusi, hipertensi pulmonal dan korpulmonal.

b. Gejala umum, meliputi:

1) demam

demam merupakan gejala awal yang paling sering terjadi, peningkatan panas badan terjadi pada siang atau sore hari;

2) menggigil

menggigil terjadi apabila panas badan meningkat dengan cepat, tetapi tidak diikuti pengeluaran panas;

3) keringat malam

keringat malam umumnya timbul akibat proses lebih lanjut dari penyakit;

4) gangguan menstruasi

gangguan menstruasi khususnya bagi wanita sering terjadi apabila proses TB paru sudah menjadi lebih lanjut;

5) anoreksia atau penurunan nafsu makan

manifestasi toksemia atau racun dapat mengakibatkan penurunan nafsu makan atau anoreksia dan penurunan berat badan yang lebih sering dikeluhkan pada proses progresif;

6) badan lemah

badan lemah dapat disebabkan oleh kerja berlebihan atau energi yang dibutuhkan tidak seimbang dengan aktivitas yang dikerjakan dan keadaan sehari-hari yang kurang menyenangkan.

2.3.7 Klasifikasi penyakit TB Paru

TB paru adalah TB yang menyerang jaringan paru. Klasifikasi TB paru berdasarkan tipe pasien, tipe pasien ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya (PDPI, 2006):

a. kasus baru

kasus baru merupakan pasien yang belum pernah mendapatkan pengobatan dengan OAT (Obat Anti TB) atau sudah pernah meminum OAT kurang satu bulan (30 dosis harian);

b. kasus kambuh (*relaps*)

kasus kambuh merupakan pasien TB yang telah dinyatakan sembuh setelah sebelumnya pernah mendapatkan pengobatan TB, kemudian berobat kembali

dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif atau biakan positif. Perlu dicurigai lesi aktif kembali apabila hanya menunjukkan perubahan pada gambaran radiologiknya, maka ada beberapa kemungkinan terjadi infeksi sekunder, infeksi jamur dan TB paru kambuh;

c. kasus pindahan (*transfer in*)

kasus pindahan adalah pasien yang sedang mendapatkan pengobatan di suatu daerah dan kemudian pindah berobat ke daerah lain, sehingga pasien tersebut harus membawa surat rujukan;

d. setelah lalai (pengobatan setelah *default/drop out*)

kasus lalai berobat adalah pasien yang sudah berobat paling kurang 1 bulan, berhenti 2 minggu atau dan kemudian datang kembali untuk berobat. Pasien pada umumnya kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif;

e. kasus gagal

kasus gagal adalah pasien BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan kelima dan pasien dengan hasil BTA negatif gambaran radiologi positif menjadi BTA positif pada akhir bulan kedua;

f. kasus kronik

kasus kronik adalah pasien setelah selesai mendapatkan pengobatan ulang kategori 2 dengan pengawasan yang baik, tetapi hasil pemeriksaan dahak BTA masih positif;

g. kasus bekas TB

kasus bekas TB adalah hasil pemeriksaan dahak mikroskopik negatif dan gambaran radiologik paru menunjukkan lesi TB inaktif dan menunjukkan gambaran yang menetap.

Klasifikasi TB paru berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis (Depkes RI, 2011), dibedakan menjadi:

a. TB Paru BTA positif

- 1) sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS (Sewaktu – Pagi – Sewaktu) hasilnya BTA positif;
- 2) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran TB;
- 3) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif;
- 4) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotik non OAT.

b. TB paru BTA negatif, kriteria diagnostik TB paru BTA negatif meliputi:

- 1) paling tidak terdapat 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif;
- 2) foto toraks abnormal sesuai dengan gambaran TB paru;
- 3) tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, bagi pasien dengan HIV negatif;
- 4) ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.

2.3.8 Pencegahan TB Paru

Upaya-upaya kesehatan digolongkan menjadi 4 macam, yaitu upaya peningkatan (*promotive*), upaya pencegahan (*preventive*), upaya penyembuhan (*curative*), dan upaya pemulihan kesehatan (*rehabilitative*). Upaya pencegahan penyakit adalah usaha yang paling penting, karena upaya pencegahan penyakit mudah dilaksanakan, biaya murah dan dapat memberikan hasil yang optimal. Upaya pencegahan penyakit merupakan upaya kesehatan yang dilakukan agar setiap individu terhindar dari suatu penyakit dan dapat mencegah terjadinya penyebaran penyakit. Tujuan upaya pencegahan adalah untuk mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya penyakit yaitu penyebab penyakit (*agent*), manusia atau tuan rumah (*host*) dan faktor lingkungan (*environment*). (Notoatmodjo, 2007).

Depkes RI (2008) menyatakan upaya pencegahan TB paru secara efektif dapat dilakukan sebagai berikut :

- 1) melenyapkan atau menghilangkan sumber infeksi, dengan cara:
 - a. penemuan pasien sedini mungkin;
 - b. isolasi pasien selama masa penularan;
 - c. segera diobati.
- 2) memutuskan mata rantai penularan TB paru;
- 3) memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang penyakit TB paru.

Menurut Hiswani (2009) tindakan pencegahan TB paru dapat dilakukan oleh pasien, masyarakat dan petugas kesehatan.

a. Pencegahan oleh klien

Pencegahan yang dilakukan oleh klien bertujuan agar tidak terjadi penularan pada anggota keluarga yang lain, pencegahan penularannya meliputi (Misnadiarly, 2006) :

- 1) menutup mulut saat batuk, bersin dan tidak berbicara keras di depan umum;
- 2) membuang dahak di tempat khusus dan tertutup;
- 3) membuka jendela rumah atau ventilasi agar udara tidak lembab dan cahaya dapat masuk ke dalam rumah;
- 4) menjemur peralatan tidur;
- 5) menelan obat anti TB (OAT) secara lengkap dan teratur sampai sembuh;
- 6) menjalankan pola hidup sehat, seperti makan-makanan yang bergizi, olahraga secara teratur, mencuci pakaian hingga bersih, buang air besar di jamban atau WC, mencuci tangan hingga bersih setelah buang air besar serta sebelum dan sesudah makan, tidak merokok dan tidak minum minuman keras serta istirahat cukup;
- 7) menggunakan alat-alat makan dan kamar tidur tersendiri yang terpisah dari anggota keluarga yang lain.

b. Pencegahan oleh masyarakat

Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan agar tidak terjadi penularan penyakit TB paru adalah dengan vaksinasi BCG terutama pada bayi maupun keluarga klien, selain penyuluhan untuk perubahan sikap hidup dan perbaikan lingkungan agar tercapai masyarakat sehat.

c. Pencegahan oleh petugas kesehatan

Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan adalah dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit TB meliputi tanda dan gejala, bahaya, penularan dan dampak yang ditimbulkan, pengobatan, serta pencegahan penularan. Penyuluhan dapat dilakukan secara berkala dengan tatap muka, ceramah dan media masa yang tersedia di wilayah tersebut tentang cara pencegahan TB. Penyuluhan juga dapat diberikan secara khusus kepada klien agar klien rajin berobat untuk mencegah penyebaran penyakit kepada orang lain maupun anggota keluarga lain agar tercipta rumah sehat sebagai upaya mengurangi penyebaran penyakit.

2.4 Hasil Penelitian Terkait

- a. Penelitian terkait yang dilakukan oleh Rahmawati, *et all* tahun 2012 dengan judul Peran PMO dalam Pencegahan Penularan TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Remaja Samarinda. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Jumlah informan dalam penelitian ini 7 (tujuh) orang informan yang terdiri dari orang tua (ibu), saudara (kakak) dan suami/istri dari pasien. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbaikan *hygiene* dan sanitasi lingkungan dalam peningkatan kesehatan (*health promotion*) dan disimpulkan bahwa peran PMO dalam pencegahan adalah dengan peningkatan upaya kesehatan masyarakat melalui promosi kesehatan, imunisasi, gizi keluarga dan pengobatan teratur.

- b. Penelitian yang dilakukan Ci Dwi Setyani dan Subadriyah tahun 2013 dengan judul Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Tingkat Kecemasan pada Klien *Tuberculosis* Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungwuni I Kabupaten Pekalongan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan sosial keluarga dengan tingkat kecemasan pada klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kedungwuni I Kabupaten Pekalongan. Penelitian ini merupakan penelitian analitik menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan sampel 20 klien TB paru. Cara pengambilan sampel menggunakan *sampling jenuh*. Alat ukur yang digunakan berupa kuesioner kecemasan dan kuesioner dukungan sosial keluarga. Hasil penelitian menggunakan uji *Spearman rank* didapatkan nilai 0,889 yang berarti tingkat hubungannya yang sempurna dan menunjukkan ada hubungan sosial keluarga dengan tingkat kecemasan pada klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Kedungwuni I Kabupaten Pekalongan.
- c. Penelitian yang dilakukan Nurvita Putri Paramani tahun 2013 dengan judul Hubungan Dukungan Pengawas Minum Obat (PMO) Dengan Kepatuhan Berobat Pasien Tuberkulosis Paru di Puskesmas Limboto Kabupaten Gorontalo. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan pengawas minum obat (PMO) dengan kepatuhan berobat pasien tuberkulosis paru. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 50 orang pengawas minum obat (PMO). Sampel dalam penelitian ini sebanyak 50 orang pengawas minum obat (PMO). Alat ukur yang digunakan pada penelitian ini adalah lembar

kuesioner. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hanya sebanyak 26 responden yang menunjukkan dukungan PMO yang baik dan dukungan PMO kurang baik hanya 24 responden sedangkan responden tidak patuh berobat 25 orang. Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada hubungan dukungan pengawas minum obat (PMO) dengan kepatuhan berobat pasien TB paru.

- d. Penelitian yang dilakukan Baiq Siti Zahra tahun 2014 dengan judul Hubungan Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Motivasi Pasien TB Paru untuk Berobat Ulang Ke Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Wilayah Semarang. Tujuan dalam penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan dan dukungan keluarga terhadap motivasi pasien TB paru untuk berobat ulang ke Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Wilayah Semarang. Penelitian ini menggunakan metode *cross sectional* dengan populasi seluruh pasien TB paru yang berobat ulang ke Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Wilayah Semarang bulan Januari sampai Juni tahun 2013 yang berjumlah 454 orang dan teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *accidental sampling* sebesar 82 responden. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan *chi square*. Alat ukur yang digunakan pada penelitian ini adalah lembar kuesioner. Penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dan dukungan keluarga dengan motivasi pasien TB paru untuk berobat ulang ke Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Wilayah Semarang, dengan nilai *p value* sebesar 0,035 ($\alpha = 0,05$).
- e. Penelitian yang dilakukan Erika Herry tahun 2011 dengan judul Tingkat Kecemasan, Dukungan Sosial, dan Mekanisme Koping Terhadap Kelentingan

Keluarga pada Keluarga Dengan TB Paru di Kecamatan Ciomas Bogor. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kelentingan keluarga pada keluarga dengan penyakit TB paru di Kecamatan Ciomas, Kabupaten Bogor. Populasi dalam penelitian ini adalah anggota keluarga (orang tua) sebagai pasien penyakit TB paru di Desa Ciomas, Ciomas Rahayu, dan Pagelaran, Kecamatan Ciomas Bogor. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 49 sampel yang dilakukan secara *purposive sampling*. Berdasarkan analisis korelasi menunjukkan adanya hubungan yang bersifat negatif antara pendapatan keluarga dengan kelentingan keluarga. Adanya hubungan yang bersifat positif antara mekanisme koping kesehatan keluarga (CHIP), mekanisme koping keluarga, tingkat kecemasan, dukungan sosial dengan kelentingan keluarga. Berdasarkan analisis *regresi linier* berganda diperoleh faktor yang mempengaruhi kelentingan keluarga yaitu: besar keluarga ($\beta = -0,317$, $p = 0,003$), tingkat kecemasan ($\beta = 0,239$, $p = 0,027$), dan mekanisme koping keluarga ($\beta = 0,511$, $p = 0,000$).

- f. Penelitian yang dilakukan Nuha Muniroh tahun 2012 dengan judul Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kesembuhan Penyakit Tuberculosis (TBC) Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Mangkang Semarang Barat. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kesembuhan penyakit *tuberculosis* (TBC) paru di wilayah kerja puskesmas Mangkang Semarang Barat. Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* dengan populasi dan sampel penelitian adalah reponden yang menjalani pengobatan Tuberkulosis selama fase

lanjutan di wilayah kerja puskesmas Mangkang Semarang Barat sebanyak 30 orang. Variabel bebas adalah dukungan keluarga, kepatuhan minum obat, pengawas minum obat dan perilaku buang dahak. Variabel terikatnya adalah kesembuhan. Uji statistik yang digunakan uji *chi square*. Penelitian menunjukkan bahwa ada tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga terhadap kesembuhan pada pasien TBC di wilayah kerja Puskesmas Mangkang dengan *p value* 0,073 ($p > 0,05$), ada hubungan yang signifikan kepatuhan minum Obat terhadap kesembuhan pada pasien TBC di wilayah kerja Puskesmas Mangkang dengan *p value* 0,001 ($p < 0,05$), ada hubungan yang signifikan Pengawas Minum Obat terhadap kesembuhan pada pasien TBC di wilayah kerja Puskesmas Mangkang dengan *p value* 0,002 ($p < 0,05$), ada hubungan yang signifikan perilaku buang dahak terhadap kesembuhan pada pasien TBC di wilayah kerja Puskesmas Mangkang dengan *p value* 0,007 ($p < 0,05$).

2.5 Keterkaitan Hubungan Dukungan Keluarga dalam Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga dengan Perilaku Pencegahan Penularan Oleh Klien TB Paru

TB paru merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang terdapat di paru-paru, kebanyakan infeksi terjadi melalui udara (*air borne*) yaitu melalui inhalasi droplet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi (Price, 2006). Sumber penularan penyakit TB paru adalah klien TB paru itu sendiri. Perilaku yang tidak sehat, seperti tidak menutup mulut saat batuk, membuang dahak di sembarang tempat dan tidak di tempat khusus yang tertutup, tidak membuka jendela sehingga rumah

kurang sinar matahari, ventilasi udara kurang baik, lingkungan lembab, ketidakteraturan minum obat dapat menyebabkan penularan kepada orang lain (Misnadiarly, 2006).

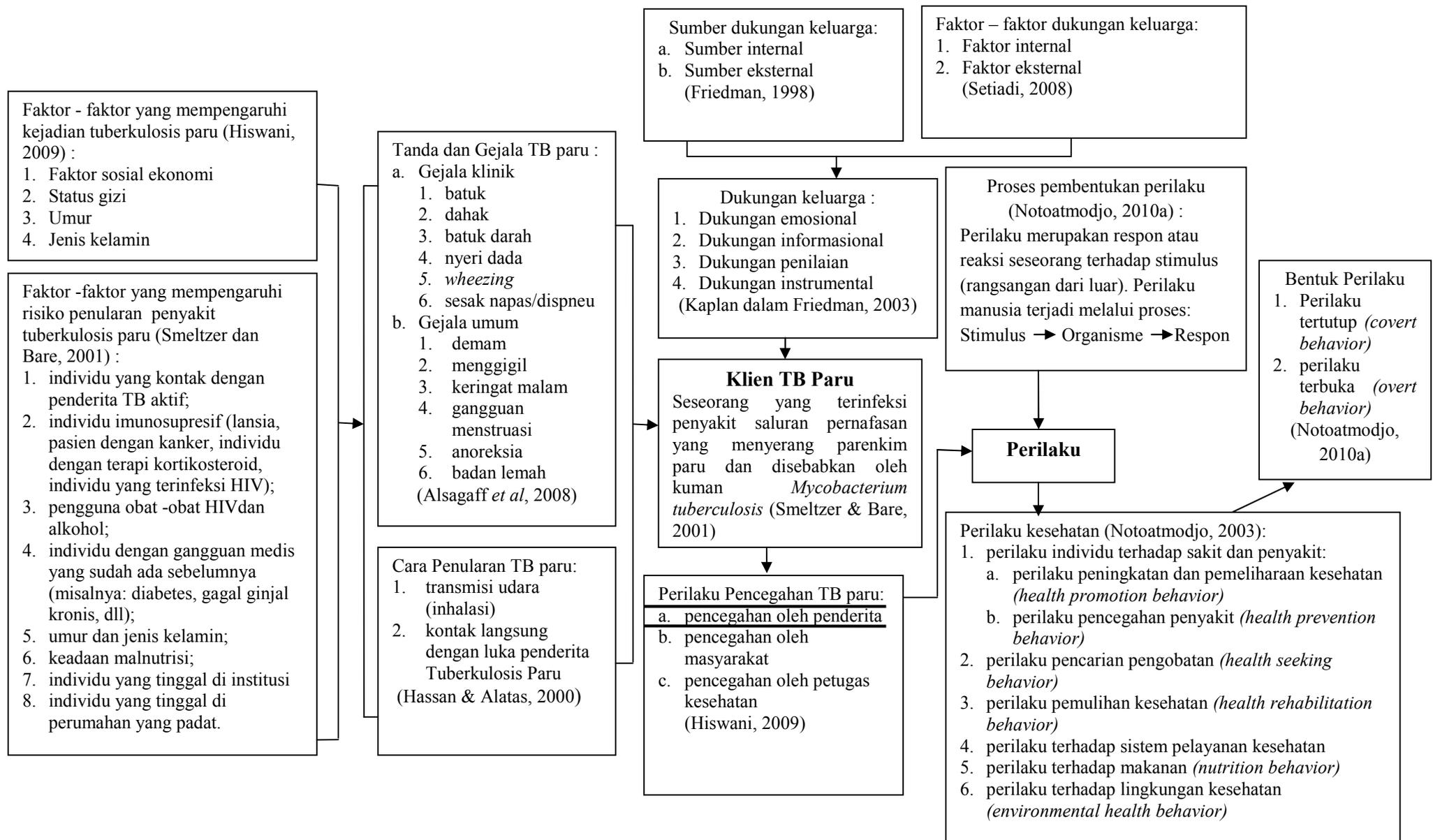
Sosialisasi pencegahan penularan TB paru sudah banyak dilakukan kepada klien dan keluarga dengan harapan pasien akan dapat berperilaku positif, dengan dukungan dari keluarga sehingga penularan penyakit tidak terjadi pada anggota keluarga yang lain. Adanya suatu penyakit yang serius dan kronis seperti TB paru pada seorang anggota keluarga biasanya akan berpengaruh besar pada sistem keluarga khususnya pada struktur peran dan pelaksanaan struktur keluarga karena anggota keluarga merasa cemas akan tertular ke anggota keluarga yang lain. Status sehat sakit para anggota keluarga saling berpengaruh satu sama lain (Friedman, 2010). Keluarga merupakan sistem pendukung utama dalam perawatan langsung pada setiap keadaan sehat-sakit anggota keluarganya (Handhayani, 2011).

Dukungan keluarga terhadap salah satu anggota keluarga yang terinfeksi suatu penyakit sangat penting dalam proses penyembuhan dan pemulihan pasien serta pencegahan penularan penyakit salah satunya TB paru. Adanya dukungan keluarga membuat klien TB paru merasa nyaman. Dukungan keluarga yang diberikan yaitu dukungan baik secara emosional, penghargaan, instrumental dan informasional. Dukungan keluarga merupakan kemauan, keikutsertaan dan kemampuan keluarga untuk memberikan bantuan kepada salah satu anggota keluarga yang membutuhkan pertolongan untuk memecahkan masalah, memberi keamanan dan meningkatkan harga diri. Individu atau klien TB paru yang

menerima dukungan dari keluarganya akan menganggap dirinya dicintai, diperhatikan dan berharga. Individu yang diterima dan dihargai secara positif maka individu tersebut cenderung akan mengembangkan sikap dan perilaku positif terhadap dirinya sendiri dan anggota keluarga lain (Handhayani, 2011).

2.6 Kerangka Teori

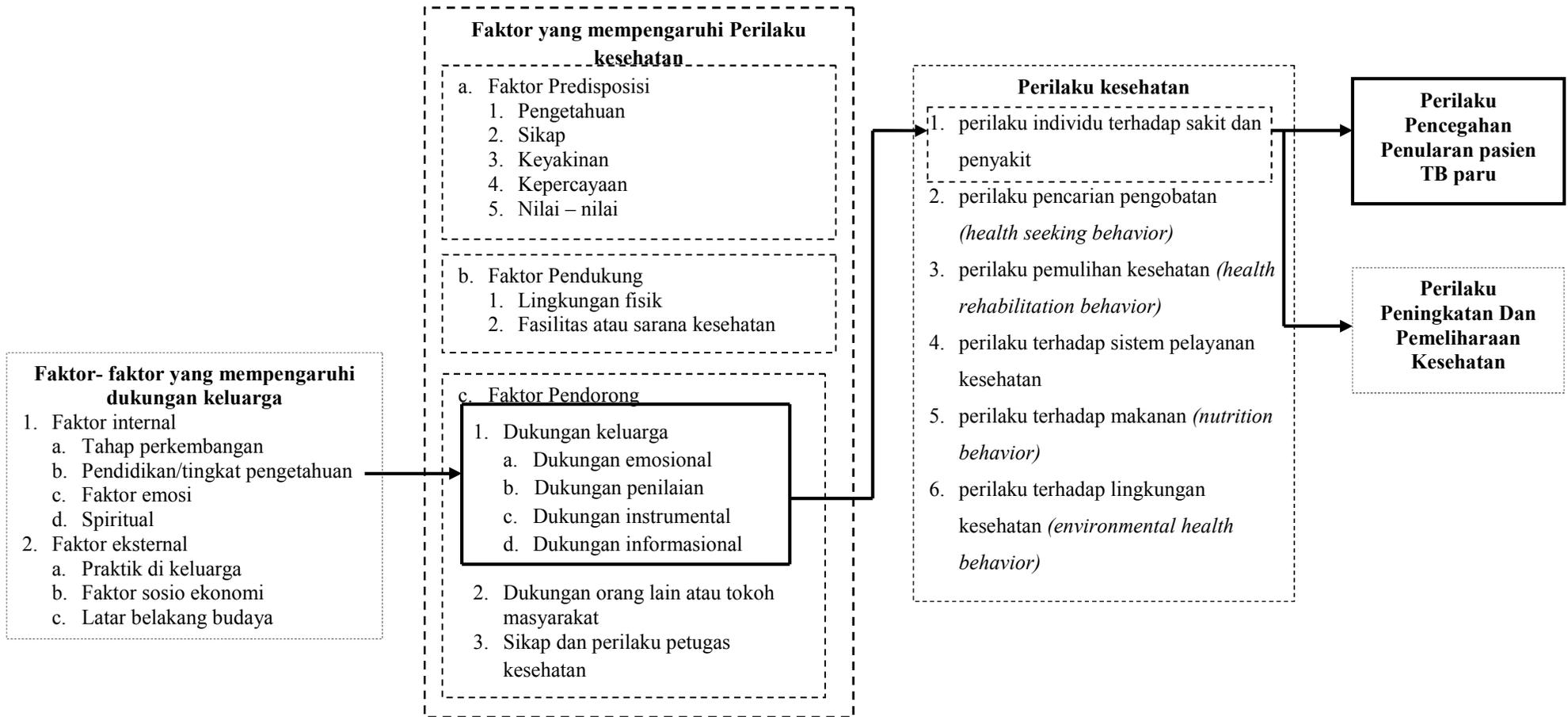
Setelah dijelaskan berbagai pendekatan teori, maka pada bab ini akan dijelaskan teori-teori mana saja yang akan dipakai dalam penelitian. Penjelasan tersebut digambarkan dalam bentuk kerangka teori seperti pada gambar 2.2 berikut.



Gambar 2.2 Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian