

PENGARUH ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM MERAUWAT ANGGOTA KELUARGA YANG MENDERITA TUBERKULOSIS PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS LAKUDO

Asminarsih Zainal Prio

ABSTRACT

Background: Based on the previous research in location of research, it was found family which not yet fully self-supporting in treatment and medication, such as supervising medication, level of knowledge concerning TB lung, empowering health facility, and the technical prevention lung TB to the family member who suffering it.

Objectives: The objective of this research is to know the level independence of family in taking care of family member who suffering lung tuberculosis before and after giving of home care nursing.

Methods: The research design is used quasi experiment with one-group pre-test post-test design. The population of this research is all family whose members suffering lung TB and while being medication for ≤ 5 months in work area Lakudo Public Health Centre. The sampling technique was used purposive sampling and the total samples are 7 families. The independence variable is home care nursing; the dependence variable is the self-supporting family. The data analysis is used Wilcoxon Test, with the significant $\alpha = 0.05$. This research has been doing for 6 weeks, it started from 17 July 2012 - 28 August 2012.

Results: The result of research is showed some influence of home care nursing toward family independence in taking care family member who suffering lung TB, the value $p = 0,017$ ($p < \alpha$ (0,05). It was proven from 7 families on pre-test; they were in II independence level, but after giving home care nursing, the result of post-test 5 families to be in III independence level and 2 families to be in IV independence level family.

Conclusion: The conclusion of this research is any influence of home care nursing toward family independence in taking care family member who suffering lung TB. So that, it is expected to the Public Health Centre to socialize the home care nursing for TB suffering in order to the patients always drink medicines regularly and giving another nursing care related to Lung Tuberculosis.

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan paru dan pernapasan masih terus menjadi masalah kesehatan utama di Dunia. Penyakit Tuberkulosis Paru telah dikenal lebih dari satu abad yang lalu yakni sejak ditemukannya kuman penyebab Tuberkulosis oleh Robert Koch tahun 1882, namun sampai saat ini penyakit tuberkulosis tetap menjadi masalah kesehatan ditingkat dunia maupun di Indonesia.

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO, 2010) Indonesia sekarang berada pada ranking kelima negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 660,000 dan estimasi insidensi berjumlah 430,000 kasus baru per tahun. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 61,000 kematian per tahunnya.

Di Indonesia tuberkulosis kembali muncul sebagai penyebab kematian utama setelah penyakit jantung dan saluran pernafasan pada semua golongan usia. Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995, diperkirakan setiap tahun terdapat 450.000 kasus baru tuberkulosis dimana sekitar 1/3 penderita terdapat di sekitar puskesmas, 1/3 ditemukan di pelayanan Rumah Sakit atau klinik pemerintah dan swasta, sedangkan sisanya belum terjangkau unit pelayanan kesehatan (Anonim, 2007).

Di Sulawesi Tenggara prevalensi penyakit TB mengalami fluktuasi yaitu tahun 2008 adalah 157/100.000 penduduk, pada tahun 2009 adalah 108/100.000 penduduk, tahun 2010 prevalensi TB paru adalah 109/100.000 penduduk, dan tahun 2011 jumlah kasus TB sebanyak 3.983 kasus (Dinkes Provinsi Sulawesi Tenggara, 2012).

Dari sumber yang diperoleh di Dinas Kesehatan Kabupaten Buton dan Rumah Sakit di Buton (2010), diperoleh data jumlah kasus penyakit tuberkulosis sebanyak 3.610 kasus dengan penderita menampakkan gejala klinis, 321 dengan diagnose pasti tuberkulosis, sedangkan angka kesembuhan hanya mencapai 298 orang. Pada tahun 2011, diperoleh data jumlah kasus penyakit tuberkulosis pada tahun 2011 sebanyak 3.711 kasus dengan penderita menampakkan gejala klinis, 346 kasus dengan diagnose pasti tuberkulosis, sedangkan angka kesembuhan yang hanya mencapai 300 kasus (Dinkes Kabupaten Buton, 2012).

Data di atas menunjukkan bahwa penderita tuberkulosis di Kabupaten Buton cukup tinggi dan hal ini perlu diantisipasi agar tidak terjadi peningkatan lagi. Untuk itu diperlukan penanganan yang lebih mendalam dalam menekan angka kejadian tuberkulosis di Kabupaten Buton.

Penderita Tuberkulosis Puskesmas Lakudo pada Tahun 2012 untuk triwulan pertama yaitu penderita tuberkulosis yang menjalani pengobatan dengan pemeriksaan Basil Tahan Asam (BTA) positif sebanyak 13 orang yang menjalani pengobatan di Puskesmas Lakudo (Laporan bulanan Puskesmas Lakudo Januari – Mei).

Di wilayah kerja Puskesmas Lakudo pada tahun 2009 dan 2010 penemuan kasus tuberkulosis belum mencapai target, dimana pada tahun 2009 penderita tuberkulosis paru berjumlah 14 kasus dengan BTA positif, pada tahun 2010 penderita tuberkulosis berjumlah 14 kasus dengan BTA positif. Pada tahun 2011 penemuan kasus tuberkulosis sudah mencapai target yaitu berjumlah 22 kasus dengan BTA positif (Profil Puskesmas Lakudo 2011).

Pada saat peneliti melakukan studi pendahuluan pada 3 keluarga yang datang mengambil paket obat di Puskesmas, diantara 3 keluarga terdapat satu keluarga belum mengetahui jenis penyakit yang dideritanya, penularan penyakit, pencegahannya, dan cara perawatan bagi anggota keluarga yang menderita tuberkulosis, serta 2 keluarga yang belum mengetahui efek samping dari obat tuberkulosis, dan bagaimana cara merawat anggota keluarga yang menderita tuberkulosis. Selain itu semua penderita tuberkulosis mendapatkan pengawasan yang ketat dalam pengobatan dari petugas kesehatan dan kader kesehatan setempat. Hal ini menggambarkan

bahwa para penderita tuberkulosis belum sepenuhnya mandiri dalam hal perawatan dan pengobatan penyakitnya.

Seperti halnya dengan penyakit kronis lainnya, tuberkulosis paru memerlukan penanganan jangka panjang. Kesembuhan tidak saja ditentukan oleh obat anti tuberkulosis tetapi juga oleh kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita tuberkulosis. Salah satu upaya untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan tuberculosis melalui penerapan asuhan keperawatan keluarga.

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga dengan tujuan menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Dukungan dan peran aktif keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita tuberkulosis diharapkan mampu menyembuhkan dan mencegah penularan penyakit tuberkulosis.

Berdasarkan uraian pada latar belakang, maka hal inilah yang membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Pengaruh asuhan keperawatan keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga dengan anggota keluarga yang menderita tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Lakudo Tahun 2015".

METODOLOGI PENELITIAN

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan desain penelitian *quasi experiment* dengan jenis rancangan *One-Group Pre Test Post Test Design*. Ciri dan tipe penelitian ini adalah mengungkapkan hubungan sebab akibat yang melibatkan satu kelompok subjek dimana kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2011).

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli tanggal 17 sampai 28 Agustus 2012 di wilayah kerja Puskesmas Lakudo Kecamatan Lakudo Kabupaten Buton.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Lakudo yang

berjumlah 13 keluarga. Pemilihan sampel dengan menggunakan metode *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel secara proposiv didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010). Sampel penelitian ini adalah keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang menderita tuberkulosis paru dan mendapatkan pengobatan maksimal 5 bulan berjumlah 7 keluarga. Adapun kriteria yang harus dimiliki oleh sampel adalah:

1. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:
 - a. Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita tuberkulosis.
 - b. Bersedia menjadi responden.
 - c. Anggota keluarga yang menderita tuberkulosis mendapat pengobatan maksimal < 5 bulan.
 - d. Mendapatkan pelayanan di Puskesmas Lakudo.
 - e. Bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas Lakudo.
2. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:
 - a. Responden berpindah tempat tinggal.
 - b. Tidak bersedia menjadi responden
 - c. Alamat responden tidak jelas.
 - d. Responden tidak tinggal bersama keluarga atau kerabat.
 - e. Anggota keluarga yang menderita tuberkulosis mendapat pengobatan lebih dari 5 bulan.

Variabel dalam penelitian ini adalah Variabel bebas (*independen*) yaitu Asuhan Keperawatan Keluarga. Variabel terikat (*dependent*) yaitu Tingkat Kemandirian Keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan Tuberkulosis Paru.

Analisis data untuk menguji hipotesis komparatif antara 2 variabel, yaitu variabel independen dan variabel dependen dan datanya berbentuk ordinal (tingkat kemandirian keluarga), maka digunakan uji *Wilcoxon matched pairs*.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1.
Distribusi Jenis Kelamin responden

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Laki-laki	5	71,43
Perempuan	2	28,57
Total	7	100

Tabel 2.
Distribusi Umur Responden

Umur	Frekuensi (f)	Persentase (%)
15 – 24	1	14,28
25 – 34	3	42,88
35 – 44	1	14,28
45 – 54	1	14,28
≥ 55	1	14,28
Jumlah	7	100

Tabel 3.
Tingkat kemandirian Keluarga Sebelum Dilakukan Askep Keluarga

Nama Responden	Tingkat Kemandirian	Skoring
Tn. Sa	II	15
Tn. La	II	10
Tn Ud	II	11
Ny. Ha	II	11
Ny. Ar	II	12
Tn. Dr	II	15
Tn. Lo	II	14
Jumlah		88

Tabel 4.
Tingkat kemandirian Keluarga Setelah Dilakukan Askep Keluarga

Nama Responden	Tingkat Kemandirian	Skoring
Tn. Sa	IV	25
Tn. La	III	17
Tn Ud	III	20
Ny. Ha	III	18
Ny. Ar	III	17
Tn. Dr	IV	30
Tn. Lo	III	21
Jumlah		148

Tabel 5.
Pengaruh Askep Keluarga Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga

Pre Test	Pos Test	α	p
Tingkat Kemandirian	Tingkat Kemandirian		
II	IV	0.05	0.017
II	III		
II	III		
II	III		
II	III		
II	IV		
II	III		

Hal ini menunjukkan bahwa dari perhitungan uji statistik Wilcoxon didapatkan $p = 0.017$ ($p < 0.05$). Dengan ketentuan apabila $p < 0.05$ atau $J_{hitung} < J_{tabel}$ maka H_a diterima dan

H_0 ditolak, dengan demikian dari hasil uji statistik tersebut maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang berarti bahwa terdapat pengaruh pemberian asuhan keperawatan keluarga terhadap peningkatan tingkat kemandirian keluarga sebelum dan sesudah pemberian asuhan keperawatan keluarga.

PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian kegiatan yang diberikan melalui praktek keperawatan dengan sasaran keluarga dengan tujuan menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan keluarga (Setiadi, 2008).

Asuhan keperawatan keluarga bertujuan untuk membantu keluarga memperoleh kesehatan yang optimal. Asuhan keperawatan keluarga dapat dikatakan berhasil jika keluarga menerapkan perilaku sehat dalam kehidupan sehari-hari. Perilaku sehat adalah keseluruhan aktifitas yang dimiliki klien dalam mengisi kehidupannya yang berada dalam rentang sehat-sakit.

Tujuan yang ingin dicapai dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga adalah meningkatkan status kesehatan keluarga agar keluarga dapat meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan keluarga dalam menangani masalah kesehatan yang ada dalam keluarga dengan cara meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan keluarga dalam meningkatkan, mencegah, memelihara kesehatan mereka sehingga status kesehatannya meningkat dan mampu melaksanakan tugas-tugas secara produktif.

Berdasarkan hasil penilaian tingkat kemandirian keluarga ketika dilakukan observasi dan penilaian pretest semua keluarga berada pada tingkat kemandirian II dengan skor terendah 10 dan tertinggi 15. Dimana terdapat beberapa hal yang belum mampu keluarga lakukan seperti keluarga belum menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana yaitu keluarga tidak berkonsultasi dengan petugas kesehatan ketika menemukan masalah dalam perawatan anggota keluarga yang menderita TB. Keluarga menganggap selama masalah tersebut biasa saja maka tidak perlu dikonsultasikan dengan petugas. Disamping itu keluarga belum dapat melakukan perawatan secara mandiri terhadap anggota keluarga yang menderita TB, seperti menutup mulut dan

hidung saat batuk atau bersin, menarik napas dalam, batuk efektif, memisahkan alat makan dan minum bagi yang menderita TB, tidak menyediakan wadah khusus untuk membuang dahak, serta tidak mengingatkan dan mendampingi keluarga yang menderita TB untuk minum obat sehingga mengakibatkan pasien mengalami putus obat atau tidak bisa menjalani perawatan enam bulan sesuai rencana.

Keluarga juga mengalami kendala dalam menyatakan masalah secara benar seperti keluarga tidak mengetahui penyebab, gejala, cara penularan, perawatan, dan tidak mengetahui efek samping OAT yang dapat timbul selama menjalani pengobatan TB. Hal ini disebabkan karena kurangnya informasi yang didapatkan keluarga baik itu dari petugas Puskesmas maupun dari sumber lain. Rendahnya pendidikan penderita dan keluarga juga membuat keluarga tidak mencari tahu mengenai penyakit yang dideritanya.

Hal ini diperkuat dengan penelitian Fitrah (2003) yang menyatakan bahwa tingginya angka penderita TB paru pada pendidikan rendah maka kemampuan untuk menganalisis masalah juga menjadi rendah termasuk penyakit TB yang dialami.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan yang menyangkut diagnosa yang telah dirumuskan, terjadi banyak perubahan perilaku dan persepsi pada masing-masing keluarga yang menjadi responden, yang awalnya keluarga tidak berkonsultasi dengan petugas, saat ini keluarga mampu menyatakan masalahnya kepada petugas Puskesmas maupun peneliti mengenai masalah perawatan penderita dalam keluarga penderita keluarga masing-masing.

Informasi mengenai TB yang peneliti berikan melalui pendidikan kesehatan, seperti penjelasan TB secara umum, perawatan termasuk jenis obat, efek samping, anjuran untuk selalu minum obat serta penjelasan dampak apabila putus obat dapat diserap keluarga dengan baik dimana keluarga sudah melaksanakan perawatan sederhana sesuai anjuran seperti mendampingi dan mengingatkan pasien untuk selalu minum obat, menutup mulut dan hidung pada saat batuk atau bersin, menarik napas dalam dan batuk efektif serta menjaga jarak pada saat sedang berbicara dengan pasien. Namun diantara itu masih terdapat pencegahan secara aktif yang belum dilakukan sesuai

perencanaan yaitu keluarga belum mampu menyediakan wadah khusus untuk buang sputum dan tidak mampu memisahkan alat makan dan minum khusus untuk penderita. Keluarga belum mampu menyediakan wadah khusus untuk buang sputum dikarenakan saat ini penderita sudah tidak terlalu sering batuk berlendir dan lebih banyak berada di luar rumah untuk bekerja sehingga keluarga menganggap tidak perlu ada tempat buang dahak. Keluarga juga tidak memisahkan alat makan dan minum khusus karena keadaan keluarga yang terbatas dalam hal keterbatasan alat-alat rumah tangga. Mereka berpendapat yang penting alat makannya dicuci dengan baik jadi bisa digunakan kembali oleh siapapun.

Untuk tindakan promotif, keluarga belum mampu menganjurkan penderita untuk berhenti merokok. Dari 7 keluarga sebagai sampel, terdapat 2 keluarga yang anggota keluarga sebagai penderitanya merokok. Bahkan istrinya yang biasa menyediakan rokok setiap harinya. Keluarga memang menginginkan agar penderita berhenti merokok, tetapi masih sulit untuk dilakukan, yang terpenting bagi keluarga kuantitas rokok yang dikonsumsi sudah berkurang yang dulunya satu bungkus setiap hari, sekarang setengah bungkus rokok saja per hari.

Dari beberapa masalah yang terdapat dalam keluarga, ada beberapa perilaku yang dapat berubah tetapi ada pula yang masih sulit bagi peneliti untuk diubah. Hal ini disebabkan karena merubah perilaku seseorang atau keluarga bukanlah hal yang mudah dan membutuhkan waktu yang tidak sebentar sedangkan keterbatasan waktu menjadi hambatan penelitian ini. Tetapi perbedaan antara sebelum intervensi dengan setelah intervensi sangat dirasakan dan dapat dilihat secara langsung pada perubahan perilaku pada keluarga. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada keluarga menyebabkan perubahan perilaku yang dapat meningkatkan kemandirian keluarga yang ditandai dengan peningkatan skoring *pre test ke post test*.

Setelah diberikan intervensi sesuai masalah keperawatan yang ada dalam keluarga, terjadi perubahan perilaku keluarga kearah yang lebih baik. Tetapi masih ada kriteria penilaian yang keluarga belum mampu dipenuhi yaitu dalam hal pelaksanaan perawatan sederhana sesuai anjuran.

KESIMPULAN

1. Diketuainya tingkat kemandirian keluarga sebelum pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga, dimana ketujuh keluarga berada pada tingkat kemandirian II.
2. Setelah pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga ketujuh keluarga mengalami peningkatan kemandirian. Lima keluarga berada pada tingkat kemandirian III, serta dua keluarga berada pada tingkat kemandirian 4.
3. Terdapat pengaruh pemberian Asuhan Keperawatan Keluarga terhadap peningkatan tingkat kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB paru dengan nilai $p (0.017) < \alpha (0.05)$.

S A R A N

1. Bagi profesi keperawatan dalam hal ini pihak Puskesmas, diharapkan agar memantau tingkat kemandirian keluarga khususnya untuk penyakit TB dan senantiasa memantau perkembangan kesehatan penderita TB dengan memberikan informasi yang dibutuhkan penderita dan keluarganya.
2. Bagi masyarakat khususnya keluarga yang merawat anggota keluarga dengan TB Paru agar memberikan dukungan yang optimal bagi penderita TB Paru utamanya dalam merawat gejala TB Paru dan memantau minum obat secara teratur.
3. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor lain yang mempengaruhi kemandirian keluarga dan strategi pemantauan minum obat penderita TB Paru.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Crofton, John. 2002. *Tuberkulosis Klinis. Edisi 2*. Jakarta: Widya Medika.
- Eko, Budiarto. 2001. *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Bandung: EGC.
- Jhonson L & Leny R. 2009. *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Misnadiarly. 2006. *Penyakit Infeksi TB Paru dan Ekstra Paru: Mengenal, Mencegah, Menanggulangi TBC Paru, Ekstra Paru, Anak, pada Kehamilan. Edisi Pertama*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ridwan. 2002. *Skala Pengukuran Variabel-variabel Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Setiadi. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Edisi Pertama*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Somantri, Irman. 2009. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan. Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sugiharto. 2007. *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*. Bandung: Alfabeta.
- PPTI. 2012. *TBC di Indonesia Peringkat 5 Dunia*. (Online). (<http://www.ppti.info/index.php/component/content/article/46-arsip-ppti/141>), diakses 3 April 2012.
- Anonim. 2000. *Tingkat Kemandirian Keluarga* (Online). (<http://www.scribd.com/doc/82946565/>), diakses 3 April 2012.
- Anonim. 2012. *Kemandirian*. (Online). <http://wa2cantique.blogspot.com/2009/03/html>.
- Anonim. 2012. *Pelayanan Keperawatan Keluarga*. (Online). (http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_kepmenkes/), diakses 3 April 2012.
- Anonim. 2011. *Indonesia Report 2011*. (Online). (<http://www.tbindonesia.or.id/>), diakses 3 April 2012.
- Iwan. 2007. *Asuhan Keperawatan dengan TB Paru*. (Online). (<http://journal.AsuhanKeperawatanKliendenganTB<<NewParadigmPublicHealth>".htm), diakses 3 April 2012.