



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**GAMBARAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN  
KELUARGA DALAM PENGOBATAN TUBERKULOSIS PARU  
PADA ANAK DI RSUD KOTA BEKASI**

**SKRIPSI**

**FITRI ALFISAH  
1106089035**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI SARJANA  
DEPOK  
JUNI 2015**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**GAMBARAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN  
KELUARGA DALAM PENGOBATAN TUBERKULOSIS PARU  
PADA ANAK DI RSUD KOTA BEKASI**

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Keperawatan**

**FITRI ALFISAH  
1106089035**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI SARJANA  
DEPOK  
JUNI 2015**

**HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS**

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan  
semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Fitri Alfisah

NPM : 1106089035

Tanda Tangan : 

Tanggal : 19 Juni 2015

---

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :  
Nama : Fitri Alfisah  
NPM : 1106089035  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Skripsi : Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga  
dalam Pengobatan Tuberkulosis Paru pada Anak di  
RSUD Kota Bekasi

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Happy Hayati, Ns., Sp.Kep.An



Penguji : Nur Agustini, S.Kp., M.Si.



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 19 Juni 2015

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dalam Pengobatan TB Paru pada Anak, di RSUD Kota Bekasi”. Penulisan skripsi ini bertujuan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Skripsi ini takkan berarti tanpa bantuan orang-orang hebat di sekeliling penulis, oleh karena penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada;

- (1) Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya diberikan kemudahan selama proses penyusunan skripsi ini.
- (2) Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D. beserta seluruh jajaran sivitas akademi FIK UI yang telah menjadi *support system* terbaik yaitu sebagai tempat menuntun ilmu dan membantu dalam terselesaikannya skripsi ini.
- (3) Ibu Kuntarti, M.Biomed selaku Ketua Program Studi Pendidikan Sarjana yang telah bersedia menjadi pendengar terbaik segala keluh kesah dalam proses pembuatan skripsi.
- (4) Ibu Happy Hayati, Ns.,Sp.Kep.An, selaku dosen pembimbing dan pembimbing akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penulisan skripsi ini.
- (5) Ibu Nur Agustin, S.Kp.,M.Si, selaku dosen penguji yang telah memberikan banyak masukan demi kesempurnaan skripsi ini.
- (6) Ibu Dr. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., M.N selaku dosen keilmuan komunitas yang telah membantu peneliti dalam menentukan fenomena dalam penelitian yang dilakukan

- (7) Bapak Dr. Agus Setiawan, S.Kp., M.N selaku dosen keilmuan komunitas yang telah bersedia membantu dalam kesempurnaan instrumen dalam skripsi ini
- (8) Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi, Ruang Poli Anak yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan pengambilan data penelitian
- (9) Orang tua, adik serta kakak yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral
- (10) Seluruh responden yang telah meluangkan waktunya untuk bersedia terlibat dalam responden ini
- (11) Teman-Teman satu bimbingan peneliti yaitu Esra, July, Kak Yogi dan Kak Siti yang telah memberikan support dan saran dalam menyelesaikan skripsi ini
- (12) Teman-teman FIK UI 2011 yang telah memberikan dukungan dan masukan untuk menyelesaikan skripsi ini
- (13) Sahabat seperjuangan peneliti yaitu Ade, Erna, Iin dan Shifa yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini
- (14) Teman-teman dari universitas lain yaitu Linda, Anas, Gianca dan Haekal yang telah memberikan support dalam kelancaran skripsi ini
- (15) Penulis juga menyampaikan terima kasih untuk semua pihak yang telah ikut membantu dan mendukung dalam proses pelaksanaan penyusunan skripsi ini.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok 19 Juni 2015

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fitri Alfisah  
NPM : 1106089035  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif ( *Non-exclusive Royalty-Free Right* ) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**“Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dalam Pengobatan Tuberkulosis Paru pada Anak di RSUD Kota Bekasi”,**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 19 Juni 2015

Yang menyatakan



(Fitri Alfisah)

## ABSTRAK

Nama : Fitri Alfisah  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul : Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dalam Pengobatan TB Paru pada Anak di RSUD Kota Bekasi

Prinsip pelayanan kesehatan pada anak harus berfokus pada anak dan keluarga, untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga. Dalam upaya meningkatkan pemeliharaan kesehatan anak dengan TB Paru, keluarga mempunyai lima tugas yang perlu dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk melihat gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam pengobatan TB paru pada anak. Desain penelitian yang digunakan yaitu *cross sectional* dengan melibatkan 107 orang tua yang mempunyai anak dengan TB Paru di RSUD Kota Bekasi. Instrumen yang digunakan adalah Kuesioner Tugas Kesehatan Keluarga yang dimodifikasi dari penelitian sebelumnya. Hasil penelitian menunjukkan untuk tugas mengenal masalah berada dalam kategori mampu (57%); Tugas membuat keputusan dalam kategori tidak mampu (51,4%); Tugas memberikan perawatan yang tepat berada dalam kategori mampu (55,1%); Tugas keempat dan kelima memodifikasi lingkungan dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan dalam kategori mampu (60,75%) dan (51,4%). Peneliti merekomendasikan perlunya peningkatan sosialisasi dengan pemberian informasi terkait pencegahan dan pengobatan TB paru pada anak, pada tatanan pelayanan kesehatan primer.

Kata kunci : Pengobatan, TB Paru anak, tugas kesehatan keluarga



## ABSTRACT

Name : Fitri Alfisah  
Study Program: Bachelor of Nursing  
Title : *The Implementation of Family Health Tasks on Children with Pulmonary Tuberculosis (TB) medication in RSUD Kota Bekasi : A Descriptive Study*

*The children's health care should focus on children and families. The family has five tasks to complete in purpose to obtain the children's health needs. The purpose of this research was to describe the implementation of family health tasks in children with pulmonary TB medication. This research used cross sectional design and used consecutive sampling, involving 107 parents whose children suffering from pulmonary TB in RSUD Bekasi. The Instrument used was family health tasks questionnaire, which was modified from previous research. The result showed 57% respondents were capable to complete the first task, which is to recognize the problem. The second task, families were unable to make a decision (51,4%). The third task, which is giving a proper care, was in capable category around 55,1%. The result also showed that 60,75% respondents were capable to complete the fourth task, which is modify environment. Around 51,4% were capable to do fifth task, which is utilizing healthcare facilities. This research recommended the improvement of health promotion related to prevention and medication of children with pulmonary TB.*

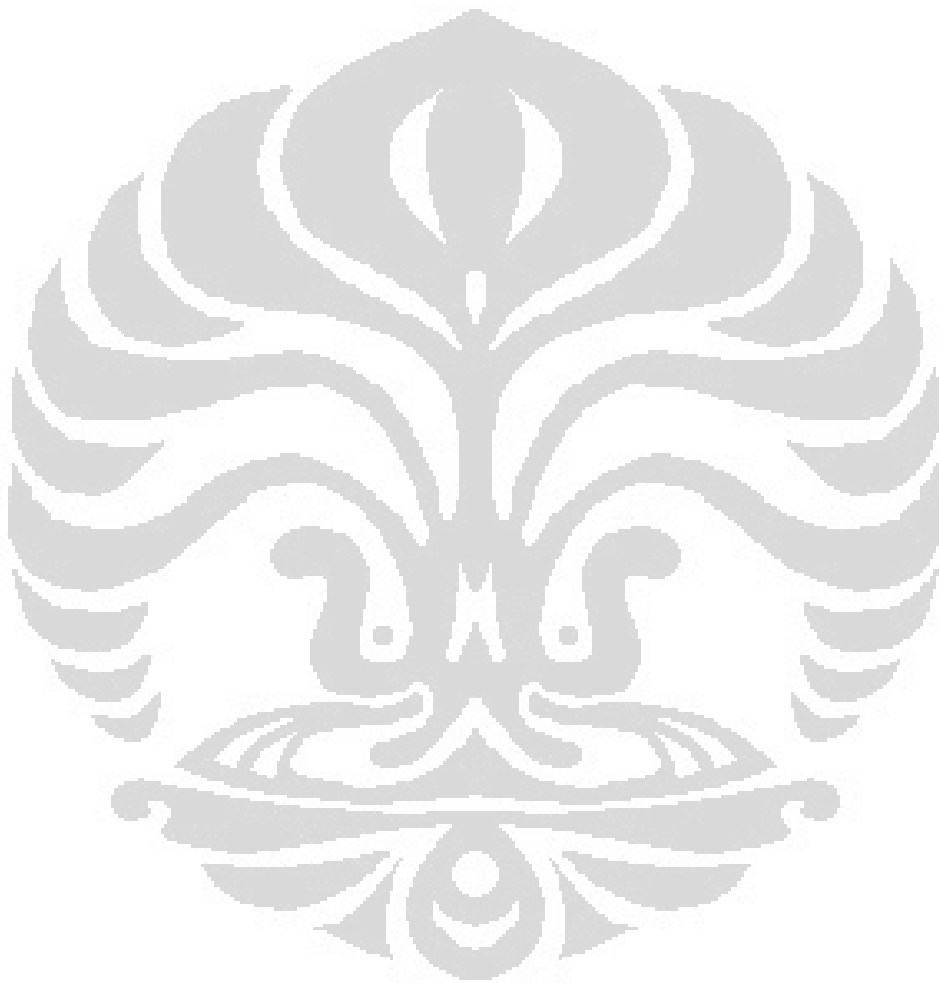
*Keywords : children, medication, pulmonary TB, the tasks of family health*

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
<b>1. PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1. Tujuan Umum.....	6
1.3.2. Tujuan Khusus.....	6
1.4. Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1. Keilmuan.....	6
1.4.2. Metodologis.....	6
1.4.3. Aplikatif.....	6
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1. Konsep Anak Balita.....	7
2.1.1. Pertumbuhan dan Perkembangan Balita.....	7
2.2. Tuberkulosis pada Anak.....	9
2.2.1. Penyebab Tuberkulosis pada Anak.....	10
2.2.2. Gejala Tuberkulosis Anak.....	11
2.2.3. Patofisiologi Tuberkulosis Anak.....	12
2.2.4. Klasifikasi Tuberkulosis Anak.....	15
2.2.5. Penularan Tuberkulosis Anak.....	17
2.2.6. Pencegahan Tuberkulosis Anak.....	18
2.2.7. Alur Diagnosis dan Skoring TB Paru pada Anak.....	19
2.2.8. Konsep Pengobatan TB Anak.....	21
2.2.9. Faktor yang mempengaruhi pengobatan TB Anak.....	23
2.3. Konsep Keluarga.....	24
2.3.1. Peran Keluarga.....	25
2.3.2. Faktor yang Berperan dalam Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga.....	25
2.3.3. Tugas Kesehatan Keluarga.....	26
2.4 Kerangka Teori Penelitian.....	28

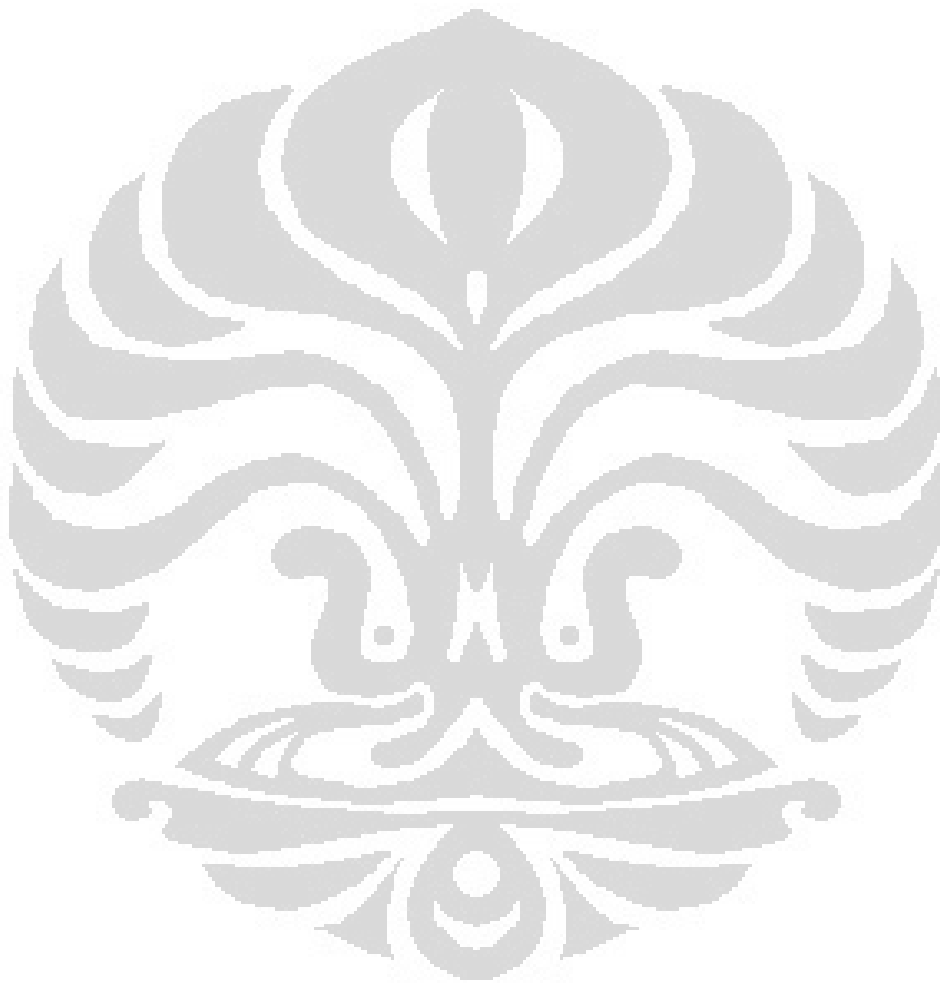
<b>3. KERANGKA KONSEP PENELITIAN .....</b>	<b>31</b>
3.1. Kerangka Konsep .....	31
3.2. Definisi Operasional .....	32
<b>4. METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>34</b>
4.1. Desain Penelitian .....	34
4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	34
4.3. Populasi dan Sampel.....	34
4.4. Etika Penelitian.....	37
4.5. Alat Pengumpulan Data.....	40
4.6. Uji Coba Instrumen .....	42
4.7. Prosedur Pengumpulan Data .....	43
4.8. Pengolahan Data dan Analisis Data .....	44
4.9. Jadwal Kegiatan.....	47
<b>5. HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>48</b>
5.1. Gambaran Karakteristik Responden .....	48
5.2. Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga.....	50
<b>6. PEMBAHASAN .....</b>	<b>51</b>
6.1. Interpretasi Hasil dan Diskusi Hasil .....	51
6.1.1. Karakteristik Anak dengan TB Paru .....	51
6.1.1.1. Jenis Kelamin.....	51
6.1.1.2. Usia .....	51
6.1.2. Karakteristik Orang tua/Pengasuh anak dengan TB Paru .....	53
6.1.2.1. Usia .....	53
6.1.2.2. Tingkat Pendidikan .....	53
6.1.2.3. Suku .....	54
6.1.2.4. Tingkat Penghasilan (Sosioekonomi) .....	55
6.1.3. Lima Tugas Kesehatan Keluarga .....	56
6.1.3.1. Kemampuan Mengenal Masalah Kesehatan .....	57
6.1.3.2. Kemampuan Membuat Keputusan yang Tepat.....	59
6.1.3.3. Kemampuan Memberi Perawatan .....	61
6.1.3.4. Kemampuan Memodifikasi Lingkungan .....	63
6.1.3.5. Kemampuan Merujuk pada Fasilitas Kesehatan .....	65
6.2. Keterbatasan Penelitian .....	66
6.2.1. Proses Pemilihan Lokasi Penelitian .....	66
6.2.1. Instrumen Penelitian.....	66
6.3. Implikasi Keperawatan .....	67
6.3.1. Pelayanan Keperawatan dan Masyarakat.....	67
6.3.2. Penelitian Keperawatan.....	67
6.3.3. Pendidikan Keperawatan.....	68
<b>7. SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>69</b>
7.1. Simpulan.....	69
7.2. Saran .....	70
7.2.1. Bidang Pelayanan Kesehatan .....	70

7.2.2. Bidang Pendidikan Keperawatan .....	71
7.2.3. Bidang Penelitian .....	71
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>72</b>



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	28
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	29

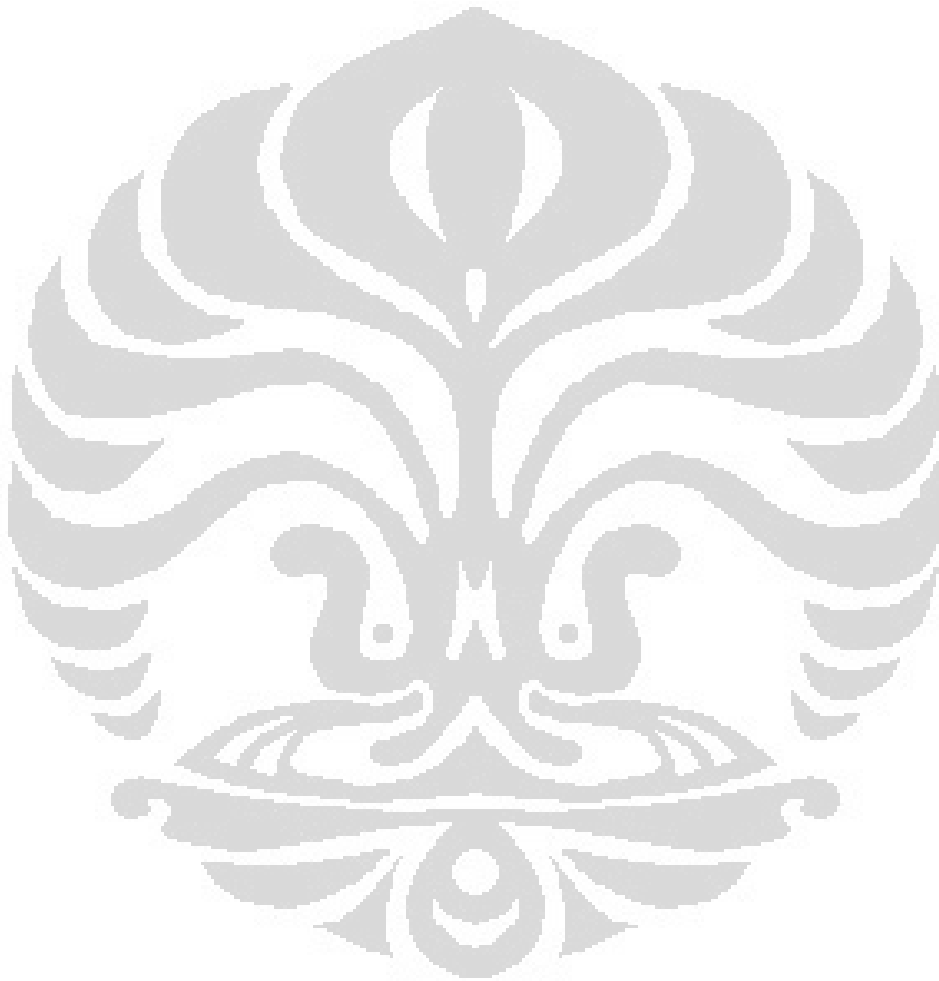


## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Faktor yang mempengaruhi penularan TB.....	18
Tabel 2.2	Faktor lingkungan yang meningkatkan terjadinya penularan kuman M.Tuberkulosis .....	18
Tabel 2.3	Faktor kedekatan dan durasi terpajan terhadap penularan kuman M.Tuberkulosis .....	18
Tabel 2.4	Sistem skoring TB pada Anak.....	20
Tabel 2.5	Dosis OAT yang dapat diberikan pada Anak dengan TB Paru....	22
Tabel 2.6	Dosis Paket KDT pada Anak .....	22
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	30
Tabel 4.1	Distribusi pernyataan kuesioner tugas kesehatan keluarga yang di modifikasi dari Antopo (2012) .....	40
Tabel 4.2	Analisis Univariat.....	45
Tabel 4.3	Jadwal kegiatan penelitian .....	45
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Usia Orang Tua/Pengasuh di RSUD Kota Bekasi .....	46
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan, Penghasilan dan Suku Keluarga di RSUD Kota Bekasi .....	46
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin Anak dengan TB Paru di RSUD Kota Bekasi .....	47

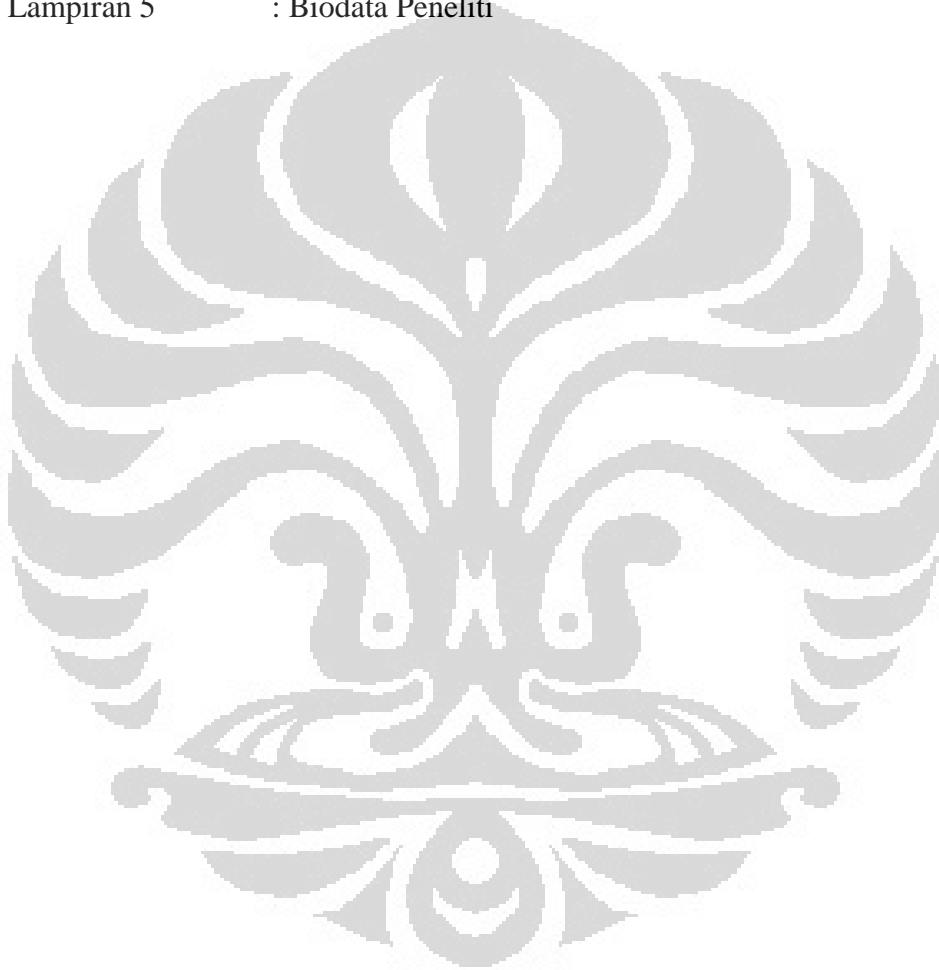
## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Skema Alur Diagnosis TB Paru pada Anak .....	19
Skema 2.2 Panduan OAT untuk Anak .....	21



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Persetujuan Tertulis untuk Partisipasi dalam Penelitian
- Lampiran 2 : Instrumen Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Ijin Melakukan Penelitian di RSUD Kota Bekasi
- Lampiran 5 : Biodata Peneliti





# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit Tuberkulosis (TB) dapat menyerang manusia dari berbagai kalangan usia, yang dimulai dari usia anak hingga usia dewasa dengan perbandingan laki-laki dan perempuan yang hampir sama (Somantri, 2007). Penyakit tuberkulosis banyak dikenal masyarakat dengan istilah TB. Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian anak-anak mendapatkan infeksi *Mycobacterium Tuberculosis* dari orang dewasa dan lingkungan tempat anak tersebut tinggal (Behera, 2010). Transmisi kuman TB yaitu berasal dari *person to person* melalui tetesan lendir yang dikeluarkan ketika seseorang batuk atau bersin (Raviglione, 2006). Penularan penyakit TB terjadi tergantung pada sistem imun individu dalam kemampuan untuk menekan multiplikasi kuman. Kemampuan tersebut bervariasi sesuai dengan usia, yang paling rendah adalah pada usia yang sangat muda, termasuk usia anak (*International Child Health Review Collaboration*, 2012).

Pada orang dewasa, dua pertiga kasus terjadi pada orang laki-laki, tetapi ada sedikit dominasi tuberkulosis pada perempuan di masa anak (Behrman & Arvin, 2000). Di UK, anak-anak yang berasal dari keluarga Asia mempunyai risiko tinggi terhadap infeksi yang berasal dari imigran dewasa yang baru datang. Anak-anak ini berperan pada 40% dari 488 anak yang dilaporkan menderita TB pada tahun 1983 di Inggris dan Wales (Hull, 2008). Direktur Jendral *World Health Organization* menyatakan bahwa TB menjadi masalah kesehatan global pada tahun 1993 dengan angka kejadian diperkirakan 1,3 juta kasus dan tingkat kematian 450.000 anak per tahun (Parikh, Crabbe, Auldish & Rothenberg, 2009). Di India, pada tahun 2002 terdapat 245.051 kasus TB paru BTA positif dan hanya 4.159 (1,7%) yang memulai pengobatan dalam program penanggulangan TB nasional, sedangkan survei agenda pelaksanaan selama tahun yang sama menyatakan bahwa kasus pediatrik terdiri dari 3%

total kasus baru yang terdaftar (Theolis, 2012). Data TB anak di Indonesia menunjukkan proporsi kasus TB anak pada tahun 2010 sebesar 9,4%, kemudian mengalami penurunan menjadi 8,5% pada tahun 2011 dan 8,2% pada tahun 2012. Kasus TB anak dikelompokkan dalam kelompok umur 0-4 tahun dan 5-14 tahun, dengan jumlah kejadian kasus TB paru yang lebih tinggi pada kelompok umur 5-14 tahun dibandingkan dengan kelompok umur 0-4 tahun. Kasus BTA positif pada TB anak tahun 2010 adalah 5,4% dari semua kasus TB anak, sedangkan tahun 2011 naik menjadi 6,3% dan tahun 2012 menjadi 6% (Kemenkes, 2013).

Sekurang-kurangnya 500.000 anak penderita TB setiap tahun dan terdapat 200 anak di dunia meninggal setiap hari akibat TB, 70.000 anak setiap tahun meninggal akibat TB (Kemenkes, 2013). Beban Kasus TB anak di dunia tidak diketahui karena kurangnya alat diagnostik yang *child friendly* dan tidak adekuatnya sistem pencatatan dan pelaporan kasus TB anak. Menurut laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, menunjukkan bahwa penyakit tuberkulosis di Indonesia merupakan penyakit pembunuh nomor satu diantara penyakit menular lainnya dan juga penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan pernapasan akut pada seluruh kalangan usia (Nurjazuli, Suhartono & Nabeh, 2013). Berdasarkan hasil Riskesdas (2013), Lima provinsi dengan TB paru tertinggi adalah Jawa Barat (0.7%), Papua (0.6%), DKI Jakarta (0.6%), Gorontalo (0.5%), Banten (0.4%) dan Papua Barat (0.4%). Pada tahun 2012 di Kota Bekasi, Jawa Barat terdapat 2.594 penemuan kasus Tb paru BTA positif (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2012).

Keluarga merupakan golongan terkecil dalam masyarakat dan berperan sebagai penerima asuhan keperawatan. Keluarga dapat menentukan keberhasilan dari suatu asuhan keperawatan yang yang diberikam untuk keluarga yang sakit. Kesehatan keluarga sangat erat kaitannya terhadap kualitas kehidupan suatu keluarga (Makhfuldi, 2009).

Peningkatan dalam status kesehatan keluarga merupakan tujuan utama dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga yang bertujuan untuk dapat meningkatkan produktivitas keluarga, sehingga diharapkan kesejahteraan keluarga akan meningkat pula (Effendy, 1998). Dalam pemberian asuhan keperawatan keluarga, keluarga sebagai suatu kelompok yang berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan anggota keluarganya. Sehingga, keluarga menjadi faktor penentu dalam sehat-sakitnya anggota keluarga yang akan berujung pada kematian (Friedman, et al, 2003).

Prinsip pelayanan kesehatan keperawatan pada anak harus berfokus pada anak dan keluarga (*Family centered care*). Pada anak dengan TB, peran keluarga sangat dibutuhkan khususnya dalam memberikan perawatan, tidak hanya perawatan secara fisik namun juga perawatan secara psikososial (*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2007* dalam Rizqina, 2009). Tingkat kesembuhan TB Paru pada anak membutuhkan peranan dari orangtua ataupun keluarga dalam menunjang pengobatan TB Paru pada anak. Untuk dapat memberikan perawatan yang adekuat pada anak, orangtua atau keluarga perlu mengetahui hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan yang terjadi pada anak yang terdiagnosis Tuberkulosis.

Upaya meningkatkan pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai lima tugas yang perlu dipahami dan dilakukan. Pertama, keluarga mampu mengenal masalah kesehatan anggota keluarga yang sakit. Kedua, keluarga dapat mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota keluarga yang sakit. Ketiga, keluarga dapat atau mampu dalam memberikan perawatan yang tepat pada anggota keluarga yang membutuhkan perawatan akibat masalah kesehatan yang dialaminya. Keempat, keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk menjamin atau mendukung kesehatan seluruh anggota keluarga. Kelima, keluarga mampu menggunakan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi seluruh anggota keluarga baik yang sakit maupun sehat (Suprajitno, 2006). Untuk dapat melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga tersebut, maka keluarga dituntut untuk mempunyai

pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan perawatan kesehatan mandiri pada anggota keluarga dengan berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga tersebut (Agrina, Herlina & Zulfitri, 2012).

Hasil survei prevalensi TB tahun 2004 mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku menunjukkan bahwa 96% keluarga merawat anggota keluarga yang menderita TB dan hanya 13% yang menyembunyikan keberadaan mereka. Meskipun 76% keluarga pernah mendengar tentang TB dan 85% mengetahui bahwa TB dapat disembuhkan, akan tetapi hanya 26% yang dapat menyebutkan dua tanda dan gejala utama TB pada anak. Cara penularan TB dipahami oleh 51% keluarga dan hanya 19% yang mengetahui tersedia obat TB gratis (Kemenkes, 2011). Penelitian lain menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga memiliki pengetahuan rendah tentang TB Paru yaitu sebanyak 59,7% dan yang memiliki pengetahuan tinggi yaitu sebanyak 40,3%. Sedangkan, sikap negatif tentang perawatan anggota keluarga dengan penyakit TB Paru sebanyak 51,4% dan sikap positif tentang perawatan anggota keluarga dengan TB paru sebanyak 48,6% (Amelia, 2011). Berdasarkan informasi di atas maka peneliti menilai perlu dilakukan penelitian mengenai gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga terhadap tercapainya pengobatan TB Paru pada anak di Kota Bekasi.

## 1.2 Rumusan Masalah

Terjadinya penularan perkembangan penyakit TB bergantung pada sistem imun untuk menekan multiplikasi kuman. Kemampuan tersebut bervariasi sesuai dengan usia, yang paling rendah adalah pada usia yang sangat muda. Di UK, anak-anak yang berasal dari keluarga Asia mempunyai risiko tinggi terhadap infeksi yang berasal dari imigran dewasa yang baru datang. Di negara berkembang, TB pada anak berusia <15 tahun adaah 15% dari kasus TB, sedangkan di negara maju, lebih rendah yaitu 5-7%. *Case Notification Rate* (CNR) TB semua kasus di Indonesia sampai dengan triwulan 3 tahun 2013 sebesar 96 per 100.000 penduduk dan Jawa Barat sebesar 102 per 100.000 penduduk. Data TB anak di Indonesia menunjukkan proporsi kasus

TB anak pada tahun 2010 sebesar 9,4%, kemudian menjadi 8,5% pada tahun 2011 dan 8,2% pada tahun 2012. Tahun 1989, WHO memperkirakan jumlah kasus baru TB 1,3 juta asus dan 450.000 kematian karena TB pada anak usia <15 tahun di dunia. Berdasarkan hasil Riskesdas (2013), Lima provinsi dengan TB paru tertinggi adalah Jawa Barat (0.7%), Papua (0.6%), DKI Jakarta (0.6%), Gorontalo (0.5%), Banten (0.4%) dan Papua Barat (0.4%).

Keluarga merupakan lini pertama dalam penentu sehat-sakitnya anggota keluarga. Keluarga berperan dalam pemberian asuhan keperawatan yang telah diberikan. Prinsip pelayanan kesehatan keperawatan pada anak harus berfokus pada anak dan keluarga, untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga. Pada anak dengan TB, peran keluarga sangat dibutuhkan khususnya dalam memberikan perawatan, tidak hanya perawatan secara fisik namun juga perawatan secara psikososial. Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti menilai perlu dilakukan penelitian mengenai gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam pengobatan TB Paru pada Anak di Kota Bekasi.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kemampuan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam tercapainya pengobatan TB paru pada anak di Kota Bekasi.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1.3.2.1. Diketuinya gambaran karakteristik orangtua/pengasuh (usia, tingkat pendidikan, penghasilan, suku).

1.3.2.2. Diketuinya gambaran karakteristik anak (usia dan jenis kelamin).

1.3.2.3. Diketuinya gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga (mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan menggunakan pelayanan/fasilitas kesehatan) terhadap pengobatan TB paru pada anak.

## 1.4. Manfaat Penelitian

### 1.4.1. Keilmuan

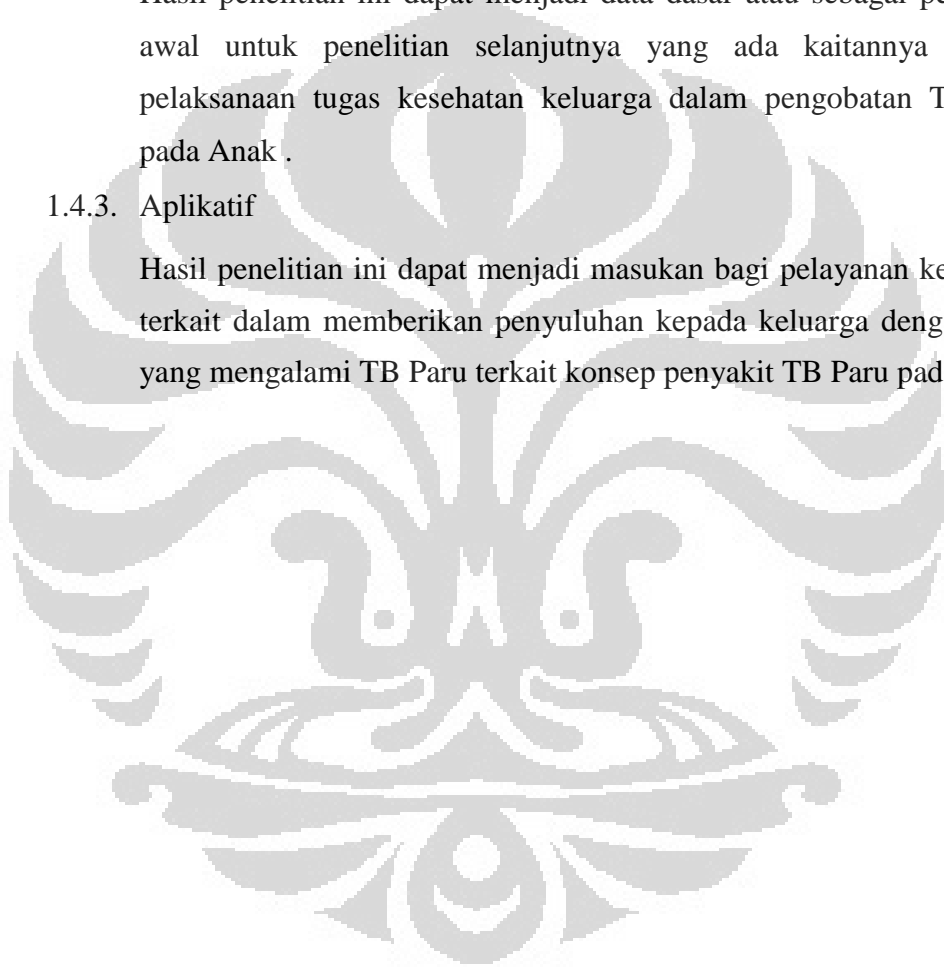
Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan memperkaya wawasan ilmu pengetahuan keperawatan anak dalam lingkup asuhan keperawatan anak dalam konteks keluarga dalam pengobatan TB Paru pada anak.

### 1.4.2. Metodologis

Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar atau sebagai penelitian awal untuk penelitian selanjutnya yang ada kaitannya dengan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam pengobatan TB Paru pada Anak .

### 1.4.3. Aplikatif

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan kesehatan terkait dalam memberikan penyuluhan kepada keluarga dengan anak yang mengalami TB Paru terkait konsep penyakit TB Paru pada Anak.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Konsep Anak Balita

Anak balita adalah usia anak yang berusia dibawah lima tahun. Masa balita merupakan usia yang penting untuk pertumbuhan dan perkembangan anak secara fisik. Pada usia balita, pertumbuhan seorang anak berkembang pesat sehingga memerlukan asupan gizi yang sesuai dengan kebutuhannya. Kondisi kecukupan gizi tersebut dapat mempengaruhi kondisi kesehatan anak pada masa mendatang (Muaris, 2006).

Menurut Depkes RI (2006), balita adalah anak yang berusia dibawah lima tahun atau *under five years* yaitu anak yang berusia 0-59 bulan. Pada usia ini juga dikenal dengan istilah *golden age*, dimana akan mengalami pertumbuhan yang sangat pesat bagi otak anak (Sugiharti, 2010). Sementara, menurut Suprihatin (2004) pada masa kanak-kanak atau usia balita terjadi perkembangan berbagai macam kemampuan yang akan dimiliki oleh anak, meliputi kemampuan dalam berbahasa, kemampuan dalam mengembangkan kreativitas, kemampuan dalam menumbuhkan rasa kesadaran sosial, kemampuan dalam emosional dan kemampuan proses berpikir atau intelegensia.

##### 2.1.1. Pertumbuhan dan Perkembangan Balita

Pertumbuhan dan perkembangan anak pada periode emas ini merupakan kunci untuk mendeteksi secara detail terkait kelainan/penyakit yang mungkin terjadi dan hal tersebut perlu diperhatikan agar dapat terdeteksi sedini (Syamsianah, 2012). Menurut Suryanah (1996) tumbuh merupakan proses bertambahnya ukuran pada organ fisik anak, proses tersebut disebabkan karena terjadinya peningkatan ukuran dari masing-masing sel yang membentuk organ tubuh atau penambahan jumlah keseluruhan sel

pada anak. Sedangkan, perkembangan yaitu suatu proses menuju kematangan dari suatu bentuk atau fungsi termasuk perubahan sosial dan emosi. Secara umum terdapat 2 faktor utama yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak (Soetjiningsih, 1995) yaitu ;

#### 2.1.1.1. Faktor Genetik

Instruksi genetik akan mempengaruhi kualitas dan kuantitas pertumbuhan anak. Faktor bawaan yang normal dan patologik, jenis kelamin, suku bangsa dan bahasa merupakan kumpulan dari faktor genetik tersebut. Selain faktor genetik, gangguan pertumbuhan juga berperan dalam tumbuh kembang anak. gangguan pertumbuhan ini dipengaruhi oleh faktor lingkungan, dimana jika lingkungan tidak dapat mendukung dalam tumbuh kembang anak yang optimal maka akan menyebabkan kematian anak sebelum mencapai usia balita. Disamping itu, penyakit keturunan yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak, antara lain yaitu kelainan kromosom, seperti sindrom Down, sindrom Turner, dan lain-lain.

#### 2.1.1.2. Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang sangat menentukan tercapai atau tidaknya potensi bawaan seseorang. Lingkungan ini meliputi “bio-fisik-psiko-sosial” yang mempengaruhi anak, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya. Menurut Ikalor (2013) faktor lingkungan ini secara garis besar dibagi menjadi ;

- Faktor lingkungan eksternal meliputi kebudayaan, sosial ekonomi keluarga, nutrisi, penyimpangan dari keadaan normal, olahraga dan urutan anak dalam keluarga.
- Faktor lingkungan internal meliputi hormon dan emosi.



Status kesehatan anak dapat berpengaruh pada pencapaian pertumbuhan dan perkembangan anak. Sebagai contoh, pada saat tertentu anak seharusnya mencapai puncak dalam pertumbuhan dan perkembangan, namun apabila saat itu pula terjadi penyakit kronis yang ada pada diri anak maka pencapaian kemampuan untuk maksimal dalam tumbuh kembang akan terhambat karena anak sedang berada pada masa kritis (Hidayat, 2008). Terdapat beberapa penyakit kronik yang dikaitkan dengan berbagai tingkat kegagalan pertumbuhan anak adalah anomali jantung kongenital dan gangguan pernapasan seperti kistik fibrosis. Gangguan apapun yang dicirikan dengan ketidakmampuan untuk mencerna dan mengabsorpsi nutrisi tubuh akan memberi efek merugikan pada pertumbuhan dan perkembangan anak balita (Wong, 2008).

## 2.2. Tuberkulosis pada Anak

Tuberkulosis merupakan infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang terutama menyerang saluran pernapasan, walaupun juga dapat melibatkan semua sistem tubuh (Patel, 2005). Pada umumnya anak yang terinfeksi dengan *Mycobacterium tuberculosis* tidak menunjukkan penyakit tuberkulosis (TB). Satu-satunya bukti infeksi adalah melalui uji tuberkulin (Mantoux) yang positif. Risiko terpaparnya seorang anak dengan kuman TB akan menjadi meningkat apabila anak tersebut kontak langsung atau tinggal serumah dengan pasien TB Paru dewasa dengan BTA positif (*International Child Health Review Collaboration*, 2012).

Sebagian besar kuman TB menyerang paru, namun dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. TB anak adalah penyakit TB yang sering dijumpai pada anak usia 0-14 tahun. Pasien TB anak berdasarkan hasil konfirmasi bakteriologis adalah pasien TB anak yang hasil pemeriksaan BTA menunjukkan hasil yang positif berarti bahwa sediaan biologi anak

tersebut positif dengan pemeriksaan mikroskopis langsung atau biakan atau diagnostik cepat (Kemenkes, 2011).

### 2.2.1. Penyebab Tuberkulosis pada Anak

Tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberkulosis pada anak terjadi akibat lingkungan yang memiliki status sosio-ekonomi rendah dan faktor predisposisi seperti kepadatan penduduk, kemiskinan, ventilasi yang buruk, kondisi atau gaya hidup yang tidak higienis dan kontak langsung dengan seseorang yang mengalami TB sehingga dapat menyebabkan penularan langsung kepada anak (Shah, 2008). Menurut Sunarjo (2000), faktor penghambat pemberantasan Tuberkulosis pada anak yaitu antara lain;

#### 2.2.1.1. Sosial Ekonomi

- Pendapatan seseorang akan mempengaruhi kemampuan seseorang tersebut dalam mencapai status kesehatannya, sebagai contoh makanan yang kurang baik dalam kualitas dan kuantitas mengakibatkan daya tahan tubuh anak turun dan mudah terjadi infeksi
- Obat yang mahal dan dibutuhkan waktu yang relatif lama.

2.2.1.2. Perumahan : kurangnya udara ventilasi, dan biasanya “*overcrowded*” akan menyebabkan pertumbuhan kuman penyakit

2.2.1.3. Kurangnya pengetahuan kesehatan dan kurangnya pengertian mengenai sifat dan cara penularan penyakit TB.

Menurut Hiswani (2009) dalam Manalu (2010) mengatakan bahwa terpaparnya seseorang dengan penyakit TB dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain ;

#### a. Faktor Sosial Ekonomi

Faktor sosial ekonomi erat kaitannya dengan pencapaian seseorang dalam memenuhi kebutuhan hidupnya meliputi keadaan rumah, kondisi lingkungan perumahan, sanitasi tempat kerja yang dapat memudahkan penularan bakteri

Tuberkulosis. Pendapatan keluarga juga dapat mempengaruhi penularan tuberkulosis, pendapatan uang kecil membuat seseorang tidak dapat layak dalam memenuhi kebutuhan kesehatan.

b. Status gizi

Keadaan malnutrisi atau kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi dan lain-lain, akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang sehingga sistem imunitasnya tidak dapat berfungsi dengan baik dan mengakibatkan rentan terhadap penyakit termasuk TB paru. Hal ini merupakan faktor terpenting di negara berkembang baik pada dewasa maupun anak.

c. Umur

Penyakit TB paru cenderung ditemukan pada usia muda atau usia produktif yaitu 15-50 tahun.

d. Jenis Kelamin

Penderita TB paru cenderung meningkat pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Berdasarkan penelitian Herryanto (2004) dalam Manalu (2010) terdapat laki-laki sebesar 54,5% dan perempuan 45,5% yang menderita TB paru.

### 2.2.2. Gejala Tuberkulosis Anak

Gejala tuberkulosis paru pada anak berbeda dengan dewasa, pada anak. Menurut Cahyono (2010), pada anak-anak keluhan yang sering ditemukan yaitu anak tidak nafsu makan (nafsu makan menurun) dan memiliki berat badan yang jauh di bawah rata-rata anak seumurannya. Sedangkan, menurut Esnita (2013) gejala umum TB paru pada anak meliputi :

2.2.2.1. Berat badan turun selama 3 bulan berturut-turut tanpa sebab yang pasti, dan sudah diberikan asupan gizi yang baik namun tidak terjadi kenaikan berat badan selama 1 bulan (*failure to thrive*).

- 2.2.2.2. Tidak adanya nafsu makan (anoreksia) dengan gagal tumbuh dan berat badan yang tidak mengalami kenaikan secara adekuat.
- 2.2.2.3. Demam lama/berulang tanpa sebab yang jelas dan dapat disertai dengan keringat di malam hari.
- 2.2.2.4. Terdapat pembesaran kelenjar limfe bawah kulit namun tidak sakit. Lokasi yang sering ditemukan yaitu pada daerah leher, ketiak dan lipatan paha (inguinal).
- 2.2.2.5. Gejala-gejala dari saluran nafas, ditandai dengan batuk lama lebih dari 30 hari atau 1 bulan/lebih, terdapat cairan di dada dan nyeri dada
- 2.2.2.6. Gejala-gejala dari saluran cerna, misalnya diare berulang, benjolan di rongga perut, dan tanda-tanda terdapatnya cairan dalam rongga mulut.

Berdasarkan Petunjuk Teknis TB Paru dalam Kemenkes (2011), menjelaskan bahwa gejala sistemik/umum TB anak adalah sebagai berikut;

- a. Berat badan turun tanpa sebab dan tidak naik dalam 1 bulan setelah diberikan perbaikan gizi yang baik
- b. Demam lama ( $\geq 2$  minggu) dan/atau berulang tanpa sebab yang jelas
- c. Batuk lama  $\geq 3$  minggu, batuk bersifat *non-remittening* (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah)
- d. Nafsu makan tidak ada (anoreksia) dan/atau disertai gagal tumbuh dengan berat badan yang tidak meningkat
- e. Lesu atau malaise, anak kurang aktif bermain
- f. Diare persisten/menetap ( $\geq 2$  minggu) yang tidak sembuh dengan pengobatan baku diare.

### 2.2.3. Patofisiologi Tuberkulosis Anak

Pada umumnya penularan *mycobacterium tuberculosis* yaitu *person to person* yang biasanya melalui tetesan lendir saat batuk, bersin, tertawa, bernyanyi atau bahkan bernafas. Tidak seperti dewasa, sebagian besar anak-anak dengan tuberkulosis tidak menularkan kepada orang lain. Banyak anak-anak dengan tuberkulosis tidak memiliki batuk yang signifikan karena anak belum dapat batuk secara efektif (mengeluarkan dahak). Ketika batuk anak-anak jarang menghasilkan dahak. Bahkan ketika dahak diproduksi, hanya sedikit kandungan organismenya karena organisme tersebut berada dalam konsentrasi rendah pada cairan endobronkial anak. Portal masuk bagi *mycobacterium tuberculosis* untuk semua anak-anak adalah saluran pernapasan (Starke, 2004).

Menurut Starke (2006) masuknya kuman TB ini akan diatasi oleh mekanisme imunologis non spesifik. Makrofag alveolus akan menfagosit kuman TB dan biasanya sanggup menghancurkan sebagian besar kuman TB. Kuman TB dalam makrofag yang terus berkembang biak, akhirnya akan membentuk koloni di tempat tersebut. Lokasi pertama koloni kuman TB di jaringan paru disebut Fokus Primer GOHN. Paru merupakan *port d'entrée* lebih dari 98% kasus infeksi TB. Karena ukurannya yang sangat kecil, kuman TB dalam percik renik (*droplet nuclei*) yang terhirup, dapat mencapai alveolus. Dari fokus primer, kuman TB menyebar melalui saluran limfe menuju kelenjar limfe regional, yaitu kelenjar limfe yang mempunyai saluran limfe ke lokasi fokus primer meskipun infeksi primer dapat terjadi diseluruh tubuh (Ratjen & Deterding, 2006). Umumnya jumlah basil tuberkel yang terhirup melalui saluran pernapasan sebagai penentu infeksi pada anak-anak belum diketahui secara pasti.

Masa inkubasi kuman TB yaitu berjalan sejak masuknya kuman Tb hingga membentuk kompleks primer secara utuh. Masa inkubasi pada anak-anak antara waktu basil tuberkel memasuki tubuh dan menimbulkan reaksi hipersensitivitas berlangsung dalam waktu 4-8 minggu dengan rentang waktu 2-12 minggu. Timbulnya reaksi hipersensitivitas disertai juga dengan reaksi demam yang berlangsung selama 1-3 minggu. Selama fase ini jaringan tubuh menjadi lebih sensitif dan kompleks primer dapat terlihat pada saat pemeriksaan diagnostik radiografi dada. Pada saat terbentuknya kompleks primer, infeksi TB primer dinyatakan telah terjadi. Selama masa inkubasi, uji tuberculin masih negatif. Setelah kompleks primer terbentuk, imunitas seluler tubuh terhadap TB telah terbentuk (Starke, 2006).

Berkembangnya reaksi hipersensitivitas terhadap suatu kuman/bakteri akan meningkatkan respon inflamasi dan disertai dengan tanda infeksi pada umumnya yaitu pembesaran kelenjar getah bening regional. Setelah imunitas seluler dalam tubuh terbentuk. Fokus primer di jaringan paru biasanya mengalami perubahan bentuk yang akan membentuk fibrosis atau kalsifikasi setelah mengalami nekrosis caseous (perkijauan) dan enkapsulasi. Pada kondisi ini kuman TB dapat tetap hidup dan menetap selama bertahun-tahun. Fokus primer di paru dapat membesar dan menyebabkan pneumonitis atau pleuritis fokal. Ketika terjadi nekrosis perkijauan yang cukup berat maka bagian tengah lesi akan mencair dan perlahan keluar melalui bronkus sehingga akan meninggalkan rongga (kavitas) di jaringan paru (Starke, 2006).

Selama terjadinya perkembangan lesi parenkim atau masa inkubasi, dapat terjadi penyebaran limfogen dan hematogen ke seluruh bagian tubuh. Pada penyebaran limfogen, kuman akan menyebar ke kelenjar limfe regional dan membentuk kompleks

primer. Sedangkan pada penyebaran hematogen, kuman TB masuk ke dalam sirkulasi darah dan menyebar ke seluruh tubuh. Adanya penyebaran hematogen inilah yang menyebabkan TB disebut juga sebagai penyakit sistemik. Penyebaran hematogen ini sering terjadi pada anak. Melalui penyebaran hematogen tersebut dapat menimbulkan berbagai gejala klinis. Terdapat berbagai organ tubuh yang sering disinggahi yaitu organ yang memiliki vaskularisasi baik seperti paru, liver, limpa, selaput otak, peritoneum, pleura dan tulang. Di lokasi tersebut, kuman TB akan bereplikasi dan membentuk koloni kuman. Di dalam koloni yang terbentuk dan kemudian dibatasi pertumbuhannya oleh imunitas seluler, kuman tetap hidup dalam bentuk dormant dan berpotensi menjadi fokus reaktivasi (Myers, Neighbors & Jones, 2002). Apabila daya tahan tubuh penjamu menurun, fokus TB ini dapat mengalami reaktivasi dan menjadi penyakit TB di organ terkaitnya, misal TB meningen, TB tulang, dan lain lain.

Penyebaran tersebut menimbulkan komplikasi dan manifestasi klinis secara akut pada bayi dan anak-anak yang disebut TB diseminata. Terjadi pada 0,5-2% penyebaran limfohematogen yang akan menjadi TB meningen atau TB milier setelah anak yang terinfeksi TB primer dan biasanya paling lambat diseminata (manifestasi klinis) timbul dalam 2-6 bulan setelah terinfeksi. Pada TB endobronkial (lesi segmental yang timbul akibat pembesaran kelenjar regional) biasanya akan muncul manifestasi dalam waktu yang lebih lama dibandingkan dengan TB meningen atau TB milier yaitu 3-9 bulan. TB paru kronik biasanya terjadi akibat reaktivasi kuman di dalam lesi yang tidak mengalami resolusi sempurna. Reaktivasi ini jarang terjadi pada anak, tetapi sering pada remaja dan dewasa muda (Starke, 2006).

Jika anak-anak tidak menderita komplikasi awal, mereka berisiko kecil untuk terserang tuberkulosis reaktivasi dikemudian hari, namun disesuaikan dengan durasi/lama waktu kontak langsung dengan penderita TB paru dewasa. Sebaliknya, anak-anak dan remaja yang lebih tua jarang mengalami komplikasi dari infeksi TB primer, namun memiliki risiko lebih besar terkena tuberkulosis paru reaktivasi (Deterding & Ratjen, 2012).

#### 2.2.4. Klasifikasi Tuberkulosis Anak

Menurut Departemen Kesehatan, RI (2009) klasifikasi tuberkulosis berdasarkan organ tubuh yang terinfeksi oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* dibedakan menjadi Tuberkulosis Paru dan Tuberkulosis Ekstra Paru. Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan parenkim paru, tidak termasuk pleura (selaput paru). Sedangkan, tuberkulosis ekstra paru merupakan tuberkulosis yang menyerang organ tubuh diluar paru-paru, seperti selaput otak (meningen), kelenjar getah bening (kelenjar), tulang, persendian dan lain-lain.

##### 2.2.4.1. TB Paru

Pada hasil pemeriksaan dahak, TB Paru dibagi dalam 2 kategori yaitu Tuberkulosis Paru BTA Positif dan Tuberkulosis Paru BTA Negatif. Dapat dikatakan TB paru BTA positif apabila ditemukan sekurang-kurangnya 2 dari 3 pemeriksaan dahak yang menunjukkan hasil positif. Sedangkan tuberkulosis aktif pada anak ditunjukkan dengan pemeriksaan foto rontgen dada ditunjukkan dengan adanya perkejuan dan kavitas pada paru anak (Hull, 2008). Pemeriksaan dahak positif negatif/foto rontgen dada yang menunjukkan tuberkulosis aktif yang artinya hasilnya meragukan dimana pada waktu pemeriksaan jumlah kuman belum memenuhi syarat positif, hal tersebut disebut dengan Tuberkulosis paru BTA negatif (Laban, 2008).



#### 2.2.4.2. TB Ekstra Paru

Tuberkulosis ekstra paru adalah tuberkulosis yang menginfeksi selain paru, antara lain selaput otak, selaput jantung, kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit dan lain-lain. Organ-organ diluar paru yang dapat terinfeksi kuman TB antara lain TB pada kelenjar, tulang belakang, usus, saluran kencing dan alat kelamin. Sedangkan TB diluar paru berat yaitu TB pada selaput otak (meningen), TB milier, TB perikarditis, TB peritonitis, TB usus, TB saluran kencing dan alat kelamin (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2006).

#### 2.2.5. Penularan Tuberkulosis Anak

Pada lokasi dengan banyak kasus TB anak, yang terjadi adalah terdapat kasus TB dewasa BTA positif yang belum ditemukan dan diobati, sehingga menjadi sumber penularan ke anak yang tinggal berdekatan dengan pasien tersebut (Kemenkes, 2015). Seseorang yang terinfeksi TB biasanya menularkan basil kuman tuberkulosisnya melalui dahak/sputum. Risiko terjadinya TB pada anak-anak tergantung pada probabilitas, durasi, dan kedekatan dalam terpajan kasus infeksi, dan juga penularan dari sumber/penderita (orang dewasa dengan penyakit paru aktif, meskipun anak-anak yang lebih tua juga dapat berkontribusi dalam penularan TB pada anak). Penelitian telah menunjukkan bahwa anak-anak di bawah 5 tahun yang kontak langsung dengan penderita TB aktif secara signifikan lebih besar untuk terjadinya BTA-positif pada anak-anak (Karim et al, 2012).

Tuberkulosis menyebar dari *person to person* melalui udara yang di keluarga dalam bentuk droplet nuklei yang mengandung kuman kompleks M.tuberkulosis dengan ukuran partikel 1-5mm. Droplet nuklei diproduksi oleh orang yang mengalami TB aktif pada saat

bersin, berbicara, atau bernyanyi (*American Thoracic Society*, 2000). Droplet tersebut akan dihirup melalui mulut dan hidung kemudian berjalan ke bagian saluran pernapasan atas hingga ke bronki dan mencapai alveoli paru. Selain itu, penularan TB erat kaitannya dengan perilaku manusia, yaitu perilaku dalam merespon sehat dan sakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan diantaranya perilaku sehubungan dengan rumah yang sehat meliputi ventilasi, pencahayaan, lantai dan lainnya. Sebagian besar kuman TB yang dikeluarkan melalui droplet akan menempel di lantai dan sebagian lainnya berada di udara sekeliling rumah sehingga dapat terhisap oleh orang yang berada di dalam ruangan yang sama dan dapat menularkan kuman TB terhadap anggota keluarga lainnya (Laila, 2004). Berdasarkan *Centers of Disease Control*, (2013) terdapat empat faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya penularan kuman M.Tuberkulosis, antara lain;

Tabel 2.1. Faktor yang Mempengaruhi Penularan TB

<b>Faktor</b>	<b>Deskripsi</b>
Kerentanan	Status kekebalan dari individu yang terinfeksi M.tuberkulosis
Proses Penularan	Penularan terjadi pada orang yang sehat lalu menghirup basil tuberkel yang dikeluarkan oleh orang yang terinfeksi TB melalui udara
Lingkungan	Faktor lingkungan mempengaruhi konsentrasi kuman M.Tuberkulosis
Pencahayaan	Frekuensi dan durasi paparan cahaya/sinar matahari

Tabel 2.2. Faktor Lingkungan yang Meningkatkan Terjadinya Penularan Kuman M. Tuberkulosis

<b>Faktor</b>	<b>Deskripsi</b>
Konsentrasi droplet nuklei	Semakin banyaknya droplet nuklei di udara, semakin banyak penularan kuman M.tuberkulosis
Ukuran	Paparan rendah pada ruangan tertutup
Ventilasi	Ventilasi yang tidak memadai dapat mengakibatkan pengenceran dan perkembangbiakan pada droplet nuklei
Sirkulasi udara	Resirkulasi udara yang mengandung kuman droplet nuklei
Spesimen tidak tepat	Penanganan prosedur spesimen yang tidak tepat dapat menularkan droplet nuklei
Tekanan udara	Tekanan udara yang positif pada kamar seorang penderita TB dapat menyebarkan atau membawa organisme/kuman TB berpindah pada daerah lain

Tabel 2.3. Faktor Kedekatan dan Durasi Terpajan Terhadap Penularan Kuman M.Tuberkulosis

Faktor	Deskripsi
Durasi terpajan dengan penderita TB	Semakin lama durasi terpajan dengan penderita Tb, semakin tinggi risiko penularan M.tuberkulosis
Frekuensi	Semakin banyak frekuensi terpajan dengan penderita TB, semakin tinggi risiko penularan kuman M.tuberkulosis
Kedekatan fisik	Semakin dekat-dekat dengan penderita TB, semakin tinggi risiko penularan kuman M.tuberkulosis

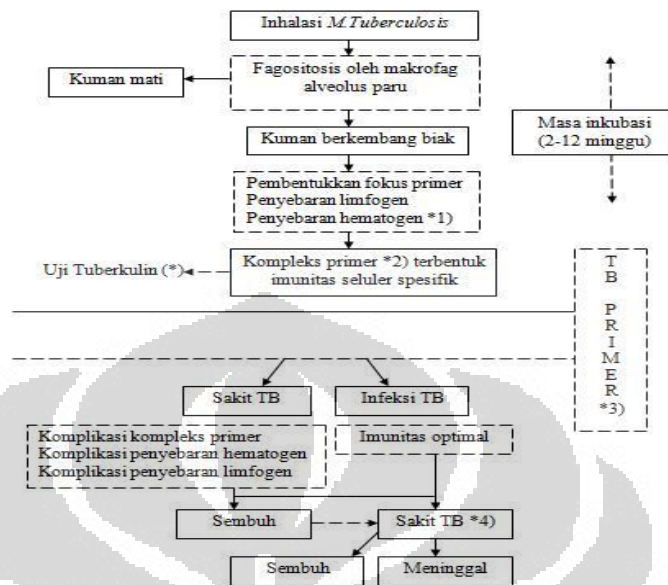
#### 2.2.6. Pencegahan Tuberkulosis Anak

Pencegahan primer tuberkulosis anak yaitu dengan vaksinasi yang berfungsi untuk mencegah pembentukan tuberkulin atau infeksi tuberkulosis. Vaksin BCG (*Bacille Calmette Guerin*) mampu mengaktifkan sel-sel kekebalan tubuh terhadap antigen *mycobacterium* sebagai upaya untuk mencegah infeksi atau perkembangan penyakit jika mendapat infeksi M.Tuberkulosis berikutnya. Pada sebagian negara, pengulangan vaksin BCG bersifat universal, dan di negara lain, vaksinasi diulang jika uji tuberkulin negatif atau tidak adanya skar BCG. Beberapa studi menunjukkan BCG memiliki proteksi 80% hingga 90% terhadap tuberkulosis, dan tidak memiliki efek proteksi (Marcdante, Kliegman, Jenson, & Behrman, 2014). Sedangkan, pencegahan sekunder seperti terapi isoniazid yang bertujuan untuk mencegah terjadinya perkembangan penyakit TB aktif setelah infeksi terjadi (Feigin, DeAngelis, & Jones. 2006).

#### 2.2.7. Alur Diagnosis dan Skoring TB Paru pada Anak

Berdasarkan Petunjuk Teknis Manajemen TB Anak, Kementerian Kesehatan (2013) alur diagnosis TB paru pada anak sebagai berikut.

Skema 2.1. Alur Diagnosis TB pada Anak



Sumber : Petunjuk Teknis TB Anak, Kemenkes (2013)

**\*Catatan :**

1. Penyebaran hematogen umumnya terjadi secara sporadik (*occult hematogenic spread*). Kuman TB kemudian membuat fokus koloni di berbagai organ dengan vaskularisasi yang baik. Fokus ini berpotensi mengalami reaktivasi di kemudian hari.
2. Kompleks primer terdiri dari fokus primer (1), limfangitis (2) dan limfadenitis regional (3).
3. TB primer adalah kompleks primer dan komplikasinya
4. TB pasca primer terjadi dengan mekanisme reaktivasi fokus lama TB (endogen) reinfeksi (infeksi sekunder) oleh kuman TB dari luar (eksogen), ini disebut TB dewasa (*adult type TB*).

Untuk memudahkan menentukan diagnosis TB pada anak, IDAI merekomendasikan untuk menggunakan sistem skoring yaitu melalui pembobotan terhadap tanda dan gejala klinis yang dijumpai pada anak dengan TB (*International Child Health Review Collaboration, 2012*), sebagai berikut.

Tabel 2.4. Sistem Skoring TB pada Anak

PARAMETER	0	1	2	3	Skor
Kontak dengan pasien TB	Tidak jelas		Laporan keluarga, kontak dengan pasien BTA (-) atau tidak tahu, atau BTA tidak jelas	Kontak dengan pasien BTA (+)	
Uji Tuberkulin	Negatif			Positif ( $\geq 10$ mm, atau $\geq 5$ mm pada keadaan imunosupresi)	
Berat badan/keadaan gizi (dengan KMS atau tabel)		Gizi kurang : BB/TB < 90% atau BB/U < 80%	Gizi buruk : BB/TB < 70% atau BB/U < 60%		
Demam tanpa sebab jelas		$\geq 2$ minggu			
Batuk		$\geq 3$ minggu			
Pembesaran kelenjar limfe koli, aksila, inguinal		$\geq 1$ cm Jumlah $\geq 1$ , tidak nyeri			
Pembengkakan tulang/sendi panggul, lutut, falang		Ada pembengkakan			
Foto dada	Normal/tidak jelas	Sugestif TB			

Sumber : *International Child Health Review Collaboration*, (2012)

#### Catatan :

- Diagnosis dengan sistem skoring ditegakkan oleh dokter
- Jika dijumpai skrofulodema ( TB pada kelenjar dan kulit), pasien dapat langsung di diagnosis tuberkulosis
- Berat badan dinilai saat pasien datang
- Demam dan batuk tidak berespon terhadap terapi sesuai baku Puskesmas
- Foto dada bukan alat diagnostik utama pada TB anak
- Semua anak dengan reaksi cepat BCG (reaksi lokal timbul < 7 hari setelah penyuntikan) harus dievaluasi dengan sistem skoring TB anak
- Anak didiagnosis TB jika jumlah skor  $\geq 6$  (skor maksimal 13)
- Pasien usia balita yang mendapat skor 5, dirujuk ke RS untuk evaluasi lebih lanjut.

#### 2.2.8. Konsep Pengobatan TB Anak

Pengobatan TB paru pada anak terdiri dari dua fase, yaitu pertama fase intensif yang merupakan terapi dengan isoniazid, rifampisin dan pirazinamid selama 2 bulan. Untuk mencegah resistensi obat maka ditambahkan dengan etambutol. Kedua, fase pemeliharaan

atau tahap lanjutan yaitu menggunakan isoniazid dan rifampisin selama 4 bulan, sehingga seluruh masa pengobatan mencakup 6 bulan (Rahardja & Tjay, 2007).

#### Skema 2.2. Panduan OAT untuk Anak



Sumber : Petunjuk Teknis TB Anak, Kemenkes (2013)

**Catatan :** mengacu kepada Program Nasional Pengendalian TB, setelah pemberian pengobatan selama 6 bulan, dapat dilaporkan sebagai pasien dengan hasil akhir : Pengobatan Lengkap.

Tabel 2.5. Dosis OAT yang dapat Diberikan pada Anak dengan TB Paru

Nama Obat	Dosis harian (mg/kgBB/hri)	Dosis maksimal (mg/hari)	Efek Samping
Isoniazid (H)	10 mg/kg Range (7-15)mg/kg	300	Hepatitis, neuritis perifer, hipersensitivitas
Rifampisin (R)	15 mg/kg Range(10-20) mg/kg	600	Gangguan gastrointestinal, reaksi kulit, hepatitis, trombositopenia, peningkatan enzim hati, cairan tubuh berwarna orange kemerahan
Pirazinamid (Z)	35 mg/kg Range (30-40) mg/kg	-	Toksisitas hepar, artralgia, gangguan gastrointestinal
Etambutol (E)	20 mg/kg Range (15-25) mg/kg	-	Neuritis optik, ketajaman mata berkurang, buta warna merah hijau, hipersensitivitas, gastrointestinal
Streptomisin (S)	Range (15-40) mg/kg	1000	Ototoksik, nefrotoksik

Sumber : Petunjuk Teknis TB Anak, Kemenkes (2013)

Untuk meningkatkan ketergantungan obat, panduan OAT disediakan dalam bentuk paket KDT (Kombinasi Dosis Tetap). Paket dibuat untuk satu pasien dalam satu masa pengobatan. Paket KDT untuk anak berisi obat fase lanjutan selama 2 bulan, yaitu Rifampisin (R) 75mg dan Isoniazid (H) 50mg dan Pirazinamid (Z) 150mg. Sedangkan untuk fase lanjutan selama 4 bulan, yaitu Rifampisin (R) 75mg dan Isoniazid (H) 50mg yang terdapat dalam satu paket KDT. Berikut dosis yang dapat diberikan pada anak;

Tabel 2.6. Dosis Paket KDT pada Anak

<b>Berat Badan (kg)</b>	<b>2 bulan RHZ (75/50/150)</b>	<b>4 bulan RH (75/50)</b>
5-7	1 tablet	1 tablet
8-11	2 tablet	2 tablet
12-16	3 tablet	3 tablet
<b>Berat Badan (kg)</b>	<b>2 bulan RHZ (75/50/150)</b>	<b>4 bulan RH (75/50)</b>
17—22	4 tablet	4 tablet
23-30	5 Tablet	5 tablet

Sumber : Petunjuk Teknis TB Anak, Kemenkes (2013)

Jika BB anak > 30kg maka berikan 6 tablet atau menggunakan KDT dewasa.

Berdasarkan Tatalaksana Tuberkulosis, Kementerian Kesehatan (2013) idealnya setiap anak dipantau setidaknya tiap 2 minggu pada fase intensif dan setiap 1 bulan pada fase lanjutan sampai terapi dinyatakan selesai. Pemantauan yang dilakukan berupa timbulnya gejala, kepatuhan minum obat, efek samping pengobatan, dan pengukuran berat badan.

#### 2.2.9. Faktor yang Mempengaruhi Pengobatan Lengkap TB Anak

Berdasarkan Ikatan Dokter Anak Indonesia (2013) keberhasilan pengobatan TB dapat diamati dengan memonitor perbaikan gejala

penyakit seperti peningkatan berat badan anak, demam menghilang, batuk menghilang, pembesaran kelenjar getah bening mengecil dan gejala lainnya menghilang. Umumnya perbaikannya terjadi pada 2 bulan pertama pengobatan disebut dengan pengobatan profilaksis. Bila tidak ada perbaikan maka perlu dilakukan evaluasi lebih lanjut apakah anak menderita TB atau bukan TB. Menurut Murdani, Suryani dan Pasek (2013) menyatakan bahwa terdapat banyak faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan TB antara lain;

#### 2.2.9.1. Kepatuhan

Kepatuhan dalam menjalani pengobatan TB sangat penting, karena bila pengobatan tidak dilakukan secara teratur dan tidak sesuai dengan waktu yang telah ditentukan maka akan dapat menimbulkan kekebalan kuman TB terhadap OAT disebut *Multi Drugs Resistance* (MDR). Selain itu akan mempengaruhi waktu/lamanya proses pengobatan yang akan dijalankan oleh penderita.

#### 2.2.9.2. Kurangnya Pengetahuan

Fakta lain menjelaskan kepatuhan pengobatan belum dipahami oleh penderita. Masih banyaknya penderita TB yang menganggap bahwa penyakitnya sudah sembuh karena sudah tidak muncul batuk sehingga penderita memutuskan untuk berhenti menjalani pengobatan walaupun proses pengobatan yang telah dianjurkan belum selesai. Hal tersebut didasari oleh kurangnya pengetahuan dan persepsi atau cara memandang terhadap penyakit TB.

#### 2.2.9.3. Keluarga dan Masyarakat Lingkungan

Keberhasilan suatu pengobatan ditunjang oleh dukungan keluarga yaitu dengan cara memberikan motivasi dan selalu mengingatkan penderita agar makan obat, pengertian yang dalam terhadap penderita/anggota keluarga yang sakit serta memberi semangat agar tetap rajin dalam menjalani



pengobatan dan patuh dalam pengobatan yang telah dianjurkan (Permatasari, 2005 dalam Manalu 2010).

### 2.3. Konsep Keluarga

Keluarga adalah suatu kelompok dari dua orang atau lebih yang tinggal bersama yang keduanya mempunyai komitmen satu sama lain (Kenney & Christensen, 2009). Istilah keluarga telah didefinisikan dalam berbagai cara dan untuk berbagai tujuan sesuai dengan kerangka pemikiran, penilaian tentang tata nilai, atau disiplin ilmu individu tersebut (Wong, 2008). Sebagai contoh, menurut Christensen dan Kenney (2009) dalam bidang biologis yang berarti bahwa keluarga akan menghasilkan anak-anak yang dapat mewarisi sifat genetik atau mempunyai predisposisi terhadap masalah-masalah kesehatan tertentu, seperti depresi, diabetes, atau penyakit jantung. Sedangkan, unit psikologis yang dimaksud yaitu interaksi dan hubungan anggota-anggota keluarga inti dan lebih sering anggota-anggota keluarga besar, seperti kakek-nenek, orang tua, bibi-paman, dan sepupu, menjadi pertimbangan.

#### 2.3.1. Peran Keluarga

Menurut Effendy (1998), peranan dalam keluarga dapat digambarkan dengan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Adapun peranan dalam keluarga adalah sebagai berikut;

- 2.3.1.1. Peranan Ayah : sebagai suami dan ayah, kepala keluarga, pelindung, pemberi rasa aman, pencari nafkah.
- 2.3.1.2. Peranan Ibu : sebagai istri dan ibu, mengurus rumah tangga, pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung.
- 2.3.1.3. Peranan Anak : anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya (fisik, mental, sosial dan spiritual).

## 2.3.2. Faktor yang Berperan dalam Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga

### 2.3.2.1. Pendidikan

Unsur karakteristik yang berperan penting dalam pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yaitu pendidikan, merupakan faktor yang mempengaruhi pola pikir seseorang. Menurut Perry dan Potter (2005) latar belakang pendidikan seseorang akan mempengaruhi cara berpikir dan perilaku seseorang tersebut termasuk dalam membentuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit.

### 2.3.2.2. Umur

Menurut Hurlock (1998) semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang, maka akan lebih matang seseorang tersebut dalam berfikir. Hal ini diakibatkan oleh kematangan jiwa seseorang tersebut. Seorang anggota keluarga dengan usia yang lebih tua cenderung akan lebih peduli atau perhatian terhadap anggota keluarga yang lainnya.

### 2.3.2.3. Sosioekonomi Keluarga

Status kesehatan seseorang dipengaruhi oleh gaya hidup dari seseorang tersebut. Gaya hidup tidak lepas kaitannya dengan status ekonomi yaitu tingkat dan sumber penghasilan sehingga dapat berdampak pada status kesehatan suatu keluarga. (Friedman, Owden & Jones, 2003 dalam Amigo, 2012).

### 2.3.2.4. Suku Keluarga

Seorang individu dalam pelaksanaan tugas-tugas kesehatan keluarga tentunya tidak terlepas dari pengaruh suatu kebudayaan yang dianut oleh keluarga. Etnis keluarga dapat berpengaruh terhadap perilaku kesehatan sehingga dapat

berdampak pada status kesehatan keluarga (Hanson, Gedaly & Kaakinen, 2005 dalam Amigo, 2012).

### 2.3.3. Tugas Kesehatan Keluarga

Menurut Efendi dan Makhfudli (2009), terdapat uraian tugas kesehatan keluarga yang dikembangkan oleh Bailon dan Maglaya (1998) sebagai berikut;

#### 2.3.3.1. Mengenal Masalah Kesehatan

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Orangtua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta masalah kesehatan meliputi pengertian, tanda dan gejala faktor penyebab dan yang memengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan tersebut.

#### 2.3.3.2. Membuat Keputusan Tindakan Kesehatan yang Tepat

Dalam tugas ini keluarga diharapkan dapat membuat keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga. Pengambilan keputusan oleh keluarga dilandasi dari pengetahuan keluarga terkait dengan masalah kesehatan yang terjadi di keluarga tersebut.

#### 2.3.3.3. Memberi Perawatan pada Anggota Keluarga yang Sakit

Keluarga memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit. Menurut Suprajitno (2004) memberikan perawatan artinya memberikan kepercayaan diri selama merawat anggota keluarga yang sakit yaitu dengan cara mendemonstrasikan cara perawatan sederhana, menggunakan alat dan fasilitas dirumah, mengawasi keluarga dalam melakukan perawatan, identifikasi terjadinya penyebaran penyakit, identifikasi

tanda-tanda komplikasi, prognosis dan perawatannya. Selain itu, sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan serta sikap keluarga terhadap yang sakit.

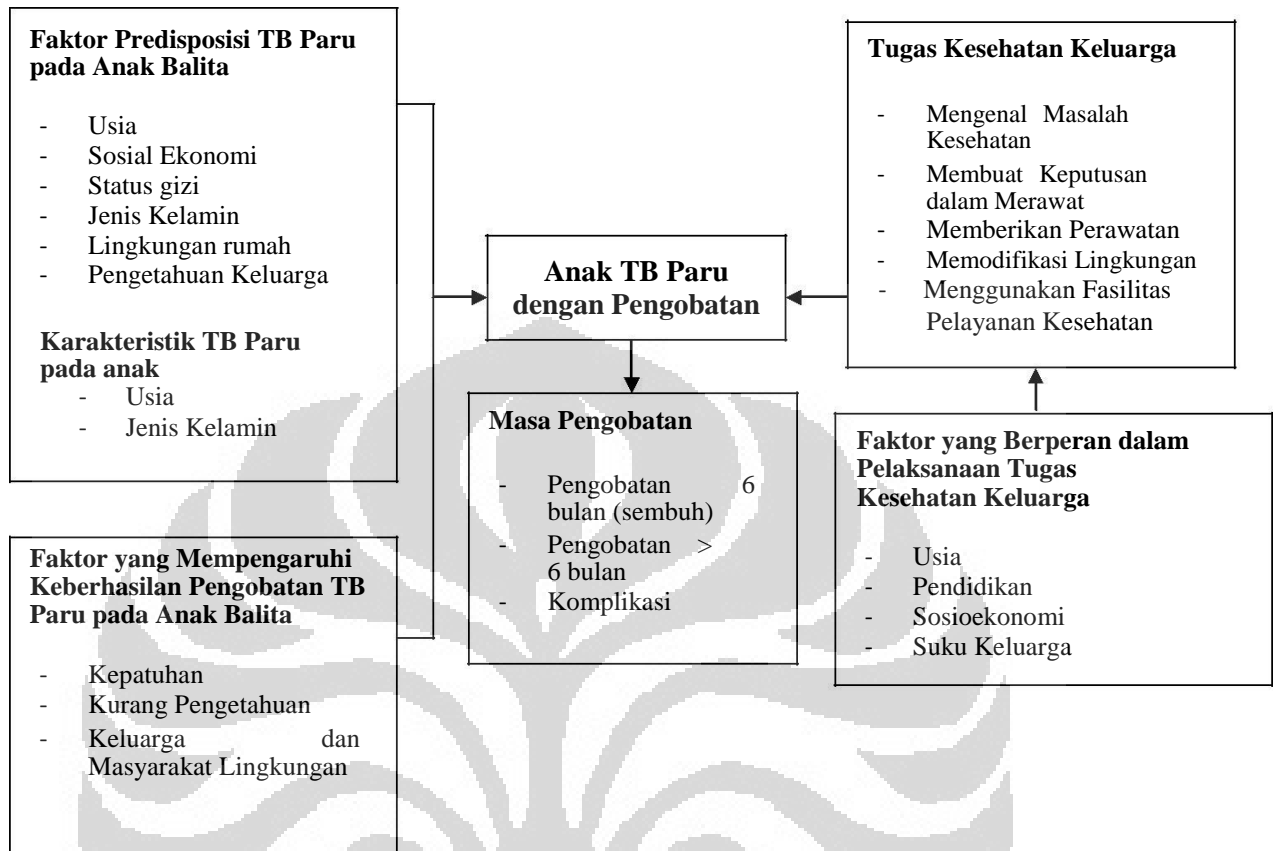
#### 2.3.3.4. Memodifikasi Lingkungan dan Menciptakan Suasana Rumah yang Sehat

Ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, maka keluarga diharapkan mengetahui pentingnya higiene/kebersihan, upaya dalam pencegahan penyakit, keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan yang bersih.

#### 2.3.3.5. Merujuk pada Fasilitas Kesehatan Masyarakat

Kesembuhan penyakit berkaitan dengan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan. Ketika merujuk anggota keluarga yang sakit ke fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia, keluarga diharuskan untuk mengetahui keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut serta keuntungan dan kerugian dalam menggunakan fasilitas tersebut.

## 2.4. Kerangka Teori

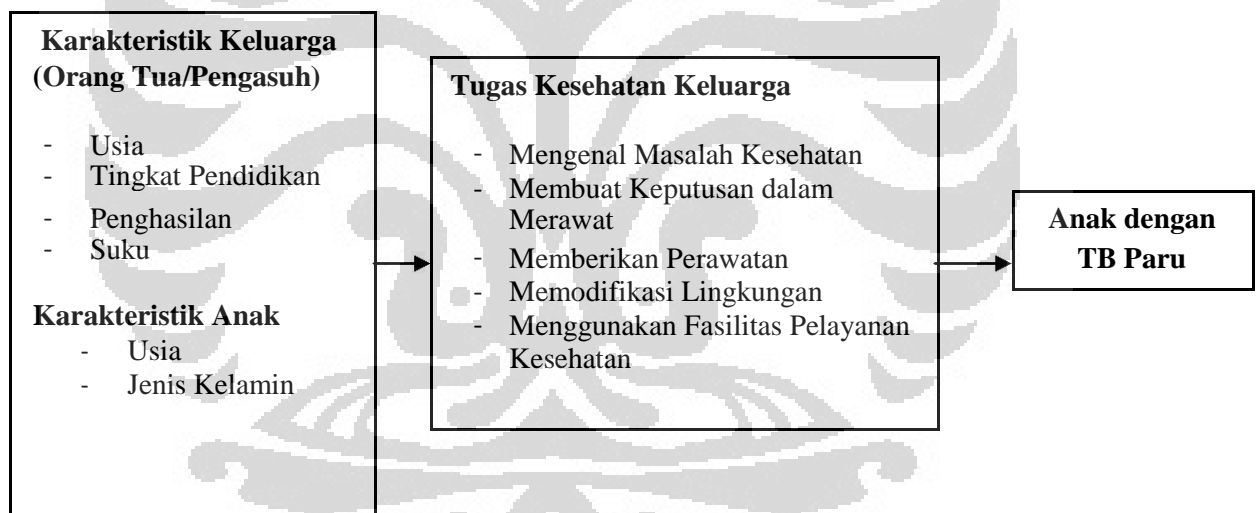


Gambar 2.1. Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dalam Pengobatan TB Paru pada Anak di Kota Depok (Manalu, 2010.; Suryani & Pasek, 2013.; Amigo, 2012.;Efendi & Makhfudli, 2009)

## BAB 3 KERANGKA KONSEP

### 3.1. Kerangka Konsep

Konsep merupakan bahan dasar sebuah teori yang terdiri dari pernyataan yang disebut dalil yang menghubungkan konsep. Dalil tersebut dinyatakan dengan sedemikian rupa sehingga membentuk sistem deduktif yang saling berkaitan secara sistemik (Dempsey, 2002). Sebuah penelitian mutlak memerlukan sebuah kerangka konsep. Kerangka konsep (*conceptual framework*) adalah model pendahuluan dari sebuah masalah penelitian, dan merupakan refleksi dari hubungan antar variabel-variabel yang akan diteliti (Swarjana, 2012). Kerangka konsep dalam penelitian ini dibentuk berdasarkan literatur dan teori yang sudah ada sebelumnya. Berikut adalah kerangka konsep dalam penelitian ini (Skema 3.1).



Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

### 3.2. Definisi Operasional

Tabel. 3.1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Karakteristik Orangtua</b>					
Usia	Satuan waktu lama hidup responden yang dinyatakan dalam tahun	Kuesioner Demografi	Mengisi dalam 1 pertanyaan pada data demografi	Lama waktu hidup responden	Rasio
Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan formal responden	Kuesioner Demografi	Mengisi dalam 1 pertanyaan pada data demografi	1 = Tidak sekolah/Tidak Tamat SD 2 = SD 3 = SMP 4 = SMA 5 = PT	Ordinal
Sosioekonomi/ Penghasilan	Kelas sosial yang dilihat dari status pekerjaan responden	Kuesioner Demografi	Mengisi dalam 1 pertanyaan pada data demografi	1 = < 2.450.000 2 = > 2.450.000	Ordinal
Suku	Nilai-nilai yang dianut dan diterapkan pada responden	Kuesioner Demografi	Mengisi dalam 1 pertanyaan pada data demografi	1 = Jawa 2 = Sunda 3 = Batak 4 = Betawi 5 = lainnya...	Nominal
<b>Karakteristik Anak</b>					
Usia	Satuan waktu lama hidup responden yang dinyatakan dalam tahun	Kuesioner Demografi	Mengisi dalam 1 pertanyaan pada data demografi	1 = <i>Infant</i> 2 = <i>Toodler</i> (1-3 tahun) 3 = <i>Preschool</i> (3-6 tahun) 4 = <i>School Age</i> (6-12) 5 = > 12 tahun	Ordinal
Jenis Kelamin	Perbedaan gender responden yang diakui oleh masyarakat	Kuesioner Demografi	Mengisi dalam 1 pertanyaan pada data demografi	1 = Laki-Laki 2 = Perempuan	Nominal
<b>Tugas Kesehatan Keluarga</b>					
Kemampuan mengenal masalah kesehatan	Pengetahuan keluarga terhadap masalah kesehatan yang terjadi meliputi penyebab, komplikasi, pengobatan	Kuesioner Tugas Kesehatan Keluarga	1 = Setuju 0 = Tidak Setuju	1 = Tidak Mampu ( $\leq$ mean : 7,6916) 2 = Mampu ( $>$ mean : 7,6916)	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Kemampuan membuat keputusan dalam merawat anggota keluarga yang sakit	Suatu pilihan yang akan dipilih oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit	Kuesioner Tugas Kesehatan Keluarga	4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	1 = Tidak Mampu ( $\leq$ mean : 17,47) 2 = Mampu ( $>$ mean : 17,47)	Ordinal
Merawat anggota keluarga yang sakit	Upaya pemberian perawatan sehari-hari pada anggota keluarga yang sakit	Kuesioner Tugas Kesehatan Keluarga	4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	1 = Tidak Mampu ( $\leq$ mean : 27,67) 2 = Mampu ( $>$ mean : 27,69)	Ordinal
Menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan	Suatu bentuk dukungan keluarga dalam menunjang kesembuhan anggota keluarga yang sakit dalam hal lingkungan yang mendukung	Kuesioner Tugas Kesehatan Keluarga	4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	1 = Tidak Mampu ( $<$ median : 30) 2 = Mampu ( $\geq$ median : 30)	Ordinal
Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat	Akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan	Kuesioner Tugas Kesehatan Keluarga	4 = selalu 3 = sering 2 = kadang-kadang 1 = tidak pernah	1 = Tidak Mampu ( $<$ median : 19) 2 = Mampu ( $\geq$ median : 19)	Ordinal



## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1. Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* dengan pendekatan observasional yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam pengobatan TB Paru pada anak di RSUD Kota Bekasi. Pendekatan penelitian bersifat observasional karena peneliti hanya mengamati tanpa melakukan intervensi kepada keluarga yang memiliki anak terdiagnosis TB Paru sebagai subjek penelitian.

#### **4.2. Waktu dan Lokasi Tempat Penelitian**

Penelitian yang dilakukan meliputi tahap persiapan, pelaksanaan, dan penyusunan laporan. Tahap persiapan yang telah dilakukan berupa penyusunan laporan penelitian, ijin dalam melakukan studi pendahuluan, ujian proposal, uji validitas dan reliabilitas instrumen, permohonan penelitian dan dilanjutkan dengan tahap pengumpulan data. Tahap terakhir yaitu menyusun dan menyerahkan laporan hasil penelitian. Seluruh pelaksanaan penelitian mulai dari bulan Januari sampai dengan Mei 2015. Tempat penelitian ini di RSUD Kota Bekasi. Peneliti memilih RSUD Kota Bekasi sebagai tempat penelitian karena RSUD Bekasi merupakan Rumah Sakit rujukan di Kota Bekasi dan memiliki data kunjungan pasien TB anak yang cukup banyak.

#### **4.3. Populasi dan Sampel**

##### **4.3.1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki anak TB paru yang sedang menjalankan pengobatan TB paru minimal 1 bulan pengobatan dan sudah menjalani pengobatan maksimal selama 3 bulan.

#### 4.3.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi, yang diambil dengan menggunakan cara-cara tertentu (Wasis, 2008). Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *non probability sampling* (sampel non random) dengan teknik *consecutive sampling* dimana peneliti memilih semua individu yang ditemui dan memenuhi kriteria pemilihan, sampai jumlah sampel yang dicapai terpenuhi (Dharma, 2011). Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anak TB paru yang sedang/pernah menjalani pengobatan RSUD Kota Bekasi.

Kriteria inklusi dari sampel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Terdapat anggota keluarga yang tinggal bersama dengan anak TB paru yang sedang menjalani pengobatan, minimal 1 bulan pengobatan, atau
- b. Terdapat anggota keluarga dengan anak TB paru yang pernah menjalani pengobatan, maksimal 3 bulan setelah menjalani pengobatan TB
- c. Orang tua yang tinggal bersama anak dengan TB paru yang sedang menjalani pengobatan, atau
- d. Orang tua yang tinggal bersama anak dengan TB paru yang pernah menjalani pengobatan
- e. Bersedia menjadi responden

Sedangkan kriteria eksklusi yaitu sebagai berikut :

- a. Anak dengan *Multi Drugs Resistance* TB (MDR TB)
- b. Anak dengan penyakit TB komplikasi

Menurut Dahlan (2009) perhitungan besar sampel penelitian deskriptif kategorik adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{Z\alpha^2 PQ}{d^2}$$

Keterangan :

$n$  = Ukuran Sampel

$Z\alpha$  = Ukuran Populasi

$P$  = Prediksi proporsi berdasarkan literatur atau hasil *pilot study*

$Q$  =  $(1-P)$

$d$  = Persen kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahpahaman pengambilan sampel yang masih dapat di toleransi atau diinginkan, penelitian ini menggunakan persisi 10% ( $d=0,1$ )

Jumlah sampel minimum yaitu

$$n = \frac{Z\alpha^2 PQ}{d^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 0,5 \times 0,5}{0,1^2}$$

$$n = \frac{0,9604}{0,01}$$

$$n = 96,04$$

$$n = 97$$

Untuk menghindari *drop out* diperlukan perhitungan perkiraan penambahan jumlah sampel yang dihitung menggunakan rumus sebagai berikut ;

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

Keterangan :

$n'$  = Besar sampel setelah dikoreksi

$n$  = jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya  
 $f$  = prediksi persentase sampel *drop out*

Jumlah minimum setelah ditambah dengan perkiraan sampel *drop out* yaitu;

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

$$n' = \frac{97}{1-0,1}$$

$$n' = \frac{97}{0,9}$$

$$n' = 107,78 \text{ (dibulatkan menjadi 108 responden)}$$

Jadi, berdasarkan perhitungan sampel yang telah dilakukan, jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 108 orang. Namun, dalam penelitian ini, peneliti hanya mengumpulkan data dari 107 responden.

#### 4.4. Etika Penelitian

Penelitian ini hanya melibatkan responden yang ingin terlibat dalam proses penelitian tanpa adanya paksaan. Sebelum peneliti mendatangi calon responden untuk meminta kesediaan terlibat dalam penelitian, peneliti melewati beberapa tahap untuk mengurus perizinan. Peneliti mendatangi beberapa Puskesmas dan Rumah Sakit untuk pengambilan data orang tua/pengasuh anak dengan Tb Paru. Setelah mendapatkan persetujuan dari Rumah Sakit, peneliti mendatangi calon responden dengan memperhatikan etika-etika dalam melakukan penelitian yaitu (Polit & Beck, 2004) :

##### 4.4.1. *Principle of Beneficence* (Prinsip manfaat)

###### 4.4.1.1. *Freedom from harm*

Dalam penelitian ini, peneliti berusaha meminimalisasi terjadinya permasalahan yang membahayakan responden. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner sehingga tidak mengakibatkan bahaya bagi responden.

###### 4.4.1.2. *Freedom from exploitation*

Peneliti tidak boleh menempatkan subjek pada kondisi yang tidak menguntungkan. Pada penelitian ini peneliti tidak memaksa orang tua untuk bersedia menjadi responden. Dalam

proses pengambilan data berlangsung, peneliti memberikan hak sepenuhnya kepada orang tua/pengasuh untuk memutuskan bersedia atau tidak berpartisipasi dalam penelitian ini. Pada penelitian ini responden diyakinkan dengan pernyataan bahwa partisipasinya dalam penelitian serta informasi yang sudah diberikan tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan responden dalam bentuk apapun.

#### 4.4.1.3. *The risk/Benefit ratio*

Peneliti mempertimbangkan secara teliti terkait risiko dan manfaat yang muncul. Dalam penelitian ini, peneliti menjelaskan pada orang tua/pengasuh bahwa pada penelitian ini Ibu hanya mengisi kuesioner, tidak diberikan tindakan (penelitian eksperimental), sehingga tidak merugikan.

#### 4.4.2. *The Principle of Respect for Human Dignity* (Prinsip untuk Menghormati Martabat Manusia).

##### 4.4.2.1. *The right to self-determination*

Responden dalam penelitian ini yaitu orangtua/pengasuh berhak untuk bertanya, memutuskan bersedia sebagai responden dan mengundurkan diri/menolak sebagai responden. Penelitian yang dilakukan kepada orangtua/pengasuh bebas dari paksaan, artinya tanpa memaksa orangtua/pengasuh untuk memberikan informasi yang dibutuhkan kepada peneliti.

##### 4.4.2.2. *The right to full disclosure*

Peneliti menjelaskan secara terperinci tentang sifat dari penelitian ini yaitu sebagai syarat penulisan tugas akhir (skripsi) mahasiswa FIK UI. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk memperoleh gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam pengobatan TB Paru pada anak. Adapun orang tua sebagai responden dapat memberikan waktu dan kesediaan untuk mengisi kuesioner yang telah disediakan dan

dipersilakan untuk bertanya jika ada yang kurang dimengerti. Peneliti memberikan penjelasan kepada orang tua bahwa orang tua berhak untuk menolak/mengundurkan diri sebagai responden tanpa dikenakan sanksi apapun. Serta dalam penelitian ini orang tua/pengasuh diharapkan mengisi kuesioner secara jujur karena tidak terdapat benar/salah.

#### 4.4.3. *The Principle of Justice* (Prinsip Keadilan)

##### 4.4.3.1. *The right to fair treatment*

Orang tua berhak untuk diperlakukan secara adil dan mendapatkan perlakuan yang sama sebelum, selama dan sesudah orang tua berpartisipasi dalam penelitian. Sebelumnya orang tua /pengasuh diberikan penjelasan terkait kuesioner yang akan diisi dan mendapatkan lembar persetujuan yang didalamnya menyatakan bahwa orang tua bersedia menjadi responden. Setelah itu, orang tua berhak untuk mendapatkan souvenir dari peneliti karena sudah bersedia berpartisipasi pada penelitian ini.

##### 4.4.3.2. *The right to privacy*

Peneliti merahasiakan informasi yang telah diberikan. Adapun identitas orang tua peneliti rahasiakan dan tidak disebarluaskan dalam tujuan apapun yang sifatnya merugikan orang tua sebagai responden.

#### 4.4.4. *Informed Consent*

*Informed consent* berupa lembar persetujuan dan lembar penjelasan penelitian untuk menjadi responden. Pada *Informed consent* ini orang tua diberi informasi yang adekuat tentang penelitian yang dilakukan dan bebas menentukan pilihan bersedia atau menolak menjadi responden. Responden mempunyai hak untuk memutuskan keterlibatannya dalam proses penelitian. Kesediaan responden dibuktikan dengan menandatangani lembar persetujuan untuk bersedia terlibat dalam

penelitian. Pada *informed consent* juga telah dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan.

#### 4.5. Alat Pengumpulan Data

##### Kuesioner Tugas Kesehatan Keluarga

Kuesioner ini diberikan kepada responden sebagai pelaku rawat anak di keluarga yaitu orang tua. Kuesioner ini terdiri dari dua bagian, bagian pertama untuk mengetahui karakteristik orang tua/pengasuh serta anak. Sedangkan, bagian kedua untuk mengetahui pelaksanaan tugas kesehatan keluarga terhadap anak yang sakit.

Pada karakteristik orang tua/pengasuh terdiri atas usia, tingkat pendidikan, penghasilan dan etnis/suku orang tua. Sedangkan, untuk karakteristik anak terdiri dari usia dan jenis kelamin anak. Peneliti menggunakan instrumen pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang dikembangkan sendiri dan di modifikasi dari penelitian Antopo (2012) tentang Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Keluarga dalam Mencegah Penularan TB Paru Berdasarkan Tugas Keluarga dibidang Kesehatan di Puskesmas Pegirian Surabaya.

Terdapat 30 pertanyaan singkat yang diajukan pada pelaku rawat yang memiliki anggota keluarga dengan masalah kesehatan Tuberkulosis Paru pada penelitian ini yaitu nomor 1,2,4,7,10 berkaitan dengan kemampuan mengenal masalah kesehatan keluarga, pernyataan nomor 11,13,14,15 berkaitan dengan kemampuan membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota keluarga yang menderita TB paru, pernyataan nomor 16,17,19 berkaitan dengan kemampuan merawat anggota keluarga yang menderita TB paru, dan pernyataan nomor 23,24 berkaitan dengan kemampuan menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan. Pernyataan-pernyataan pada kuesioner ini terdiri dari pernyataan *positif* dan *negatif* yang telah peneliti modifikasi dari penelitian sebelumnya.

Tabel. 4.1 Distribusi Pernyataan Kuesioner Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas Kesehatan Keluarga	Nomor item	
	<i>Positif</i>	<i>Negatif</i>
Kemampuan mengenal masalah kesehatan	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13	6, 9, 12, 14
Kemampuan membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat	15, 17, 18	16, 19
Kemampuan merawat anak yang sakit	20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29	25
Kemampuan memodifikasi lingkungan yang menunjang kesehatan anak	30, 31, 32, 33, 34	35, 36
Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat	37, 39, 40, 41	38

Pada pernyataan kemampuan mengenal masalah kesehatan keluarga memiliki pilihan ya dan tidak. Sedangkan, pada pernyataan kemampuan membuat keputusan, merawat dan menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan terdapat pilihan SS (sangat setuju), S (setuju), TS (Tidak Setuju), STS (Sangat Tidak Setuju). Kuesioner dari penelitian Antopo (2012) ini dilakukan kepada 45 responden dan memiliki hasil validitas 0,439-0,553, sedangkan uji reliabilitas menggunakan uji spearman rho ( $\rho$ ) sebesar 0,002-0,015 sehingga seluruh pertanyaan dapat dikatakan cukup valid.

#### 4.6. Uji Coba Instrumen

##### 4.6.1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat keandalan atau kesahihan suatu alat ukur (Unaradjan, 2013). Validitas menunjukkan ketepatan pengukuran suatu instrumen, artinya suatu instrumen dikatakan valid apabila instrumen tersebut mengukur apa yang seharusnya diukur (Dharma, 2011). Peneliti telah melakukan uji validitas konstruksi (*construct validity*) dengan menggunakan pendapat para ahli (*judgment experts*) yaitu dosen keilmuan keperawatan anak dan dosen keilmuan keperawatan komunitas. kemudian peneliti



melakukan modifikasi pertama sesuai dengan saran yang diberikan oleh ahli. Setelah melakukan uji validitas *construct* kepada ahli, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas isi kuesioner kepada 30 responden yang memiliki karakteristik yang ditentukan. Hasil uji validitas, terdapat beberapa pertanyaan yang tidak valid yaitu  $\leq 0,3$ , sehingga peneliti melakukan modifikasi dan menghilangkan pertanyaan tersebut jika sudah terwakili.

Kuesioner dalam penelitian ini terdiri dari 2 skala pengukuran yaitu pada komponen mengenal masalah menggunakan skala *Guttman* dengan “Setuju” skor 1 dan “Tidak Setuju” untuk skor 0. Pemberian skor pengukuran tersebut berkebalikan saat menilai pernyataan negatif. Sedangkan untuk komponen membuat keputusan, merawat, memodifikasi dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan skala Likert dengan 4 menunjukkan bahwa orang tua “selalu melakukan”, 3 “sering melakukan”, 2 kadang-kadang melakukan, dan 1 “tidak pernah melakukan”.

#### 4.6.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran. Reliabilitas menunjukkan apakah pengukuran menghasilkan data yang konsisten jika instrumen digunakan kembali secara berulang (Dharma, 2011). Peneliti melakukan uji reliabilitas dengan metode homogenitas melalui teknik *one shoot* (satu kali pengujian) dan hasilnya dibandingkan dari pernyataan responden satu dengan yang lainnya. Kemudian hasil uji coba tersebut dihitung menggunakan metode *cronbach alpa*. Hasil uji reliabilitas pada komponen instrumen ini bernilai 0,586, maka instrumen ini cukup reliabel untuk digunakan.

#### 4.7. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data penelitian ini melalui tahapan sebagai berikut :

- a. Peneliti mengajukan surat permohonan izin kepada bagian akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk mendapatkan surat pengantar untuk mengambil data TB pada anak di Dinas Kesehatan Kota Depok
- b. Peneliti menyerahkan surat permohonan ijin penelitian kepada bagian umum Dinas Kesehatan Kota Depok
- c. Surat balasan dari Dinas Kesehatan Kota Depok diserahkan kepada Kesbangpolinmas untuk mendapatkan surat rekomendasi penelitian.
- d. Surat rekomendasi dari Kesbangpolinmas diserahkan kembali ke Dinas Kesehatan untuk mendapatkan surat ijin penelitian pengambilan data.
- e. Surat ijin penelitian yang telah didapat diberikan ke divisi P2P untuk mendapatkan data TB anak di Puskesmas Kota Depok.
- f. Peneliti melakukan studi pendahuluan ke beberapa Puskesmas yang memiliki pasien TB anak.
- g. Peneliti melakukan studi pendahuluan ke RSUD kota Depok dan RS Sentra Medika untuk mendapatkan data awal jumlah pasien TB anak.
- h. Hasil studi pendahuluan menunjukkan bahwa jumlah data TB Anak di Depok kurang mendukung dalam penelitian ini.
- i. Peneliti mengajukan surat permohonan izin kepada bagian akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk mendapatkan surat pengantar untuk melakukan penelitian di RSUD Kota Bekasi.
- j. Peneliti memberikan penjelasan mengenai penelitian yang diadakan termasuk hak responden untuk menolak terlibat dalam pengisian kuesioner.
- k. Jika responden menyetujui untuk terlibat dalam penelitian, maka responden dipersilakan untuk menandatangani lembar persetujuan yang diberikan oleh peneliti.
- l. Peneliti memberikan penjelasan mengenai cara pengisian kuesioner dan memberikan kesempatan responden untuk bertanya apabila ada item pertanyaan yang tidak dimengerti responden.
- m. Peneliti melakukan pengumpulan kuesioner yang telah diisi oleh responden.

- n. Peneliti memeriksa kembali kelengkapan kuesioner yang telah diisi responden.
- o. Peneliti melakukan proses terminasi kepada responden yang telah bersedia berpartisipasi dan memberikan souvenir sebagai tanda terimakasih peneliti.
- p. Peneliti melakukan proses pengolahan dan analisis data pada program komputer.

## 4.8. Pengolahan dan Analisis Data

### 4.8.1. Pengolahan Data

Setelah semua data yang diperlukan terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data. Proses pengolahan data pada penelitian ini menggunakan program komputer melalui tahapan sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010):

#### a. *Editing*

*Editing* merupakan suatu proses pengecekan isian kuesioner. Peneliti melakukan pengecekan terhadap kuesioner yang telah diisi responden meliputi beberapa hal, yaitu:

- Apakah semua komponen pertanyaan sudah terisi lengkap
- Apakah jawaban-jawaban pertanyaan konsisten dengan jawaban pertanyaan yang lainnya

Peneliti menemukan kuesioner yang belum terisi lengkap atau terdapat jawaban yang tidak jelas, maka peneliti menanyakan kembali kepada responden, dan terdapat beberapa kuesioner yang peneliti gugurkan karena responden tersebut tidak dapat dihubungi.

#### b. *Coding*

Peneliti mengubah data berbentuk kalimat atau huruf yang diperoleh dari isian kuesioner responden menjadi data angka atau bilangan untuk mempermudah pengolahan data menggunakan program komputer. Berikut kode yang digunakan untuk masing-masing variabel yang diteliti:

- Usia Orang tua

Lama waktu hidup responden hingga saat ini.

- Suku Keluarga

Responden yang berasal dari suku Jawa diberi kode "1", Sunda "2", Batak "3", Betawi "4", lainnya "5".

- Tingkat pendidikan orang tua

Responden dengan tingkat pendidikan tidak sekolah/tidak tamat SD diberi kode "1", SD diberi kode "1", SMP "2", SMA "3", Perguruan Tinggi "4".

- Penghasilan/bulan orang tua

Responden dengan penghasilan <2.450.000 diberi kode "1",  $\geq 2.450.000$  diberi kode "2".

- Usia Anak

Lama waktu hidup anak berdasarkan tingkat perkembangan anak. *Infant* (0-1 tahun) diberi kode "1", *Toddler* (1-3 tahun) diberi kode "2", *Preschool* (3-6 tahun) diberi kode "3", *School Age* (6-12 tahun) diberi kode "4" dan untuk usia > 12 tahun diberi kode "5".

- Jenis Kelamin Anak

Responden yang berjenis kelamin laki-laki diberi kode "1", perempuan "2".

- Kuesioner pada tugas kesehatan keluarga

Pada tugas kesehatan pertama, responden dengan jawaban setuju diberi kode "1" dan jawaban tidak setuju diberi kode "0". Sedangkan, pada tugas kesehatan kedua, ketiga, keempat dan kelima responden yang menjawab selalu diberi kode "4", sering "3", kadang-kadang "2", tidak pernah "1".

c. *Entry Data*

Peneliti memasukkan data ke dalam komputer untuk diolah. Penelitian ini menggunakan program komputer untuk mengolah data.

#### d. *Cleaning*

Peneliti melakukan proses pengecekan kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan kode atau ketidaklengkapan, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi. Hal ini dilakukan agar tidak terjadi kesalahan pada saat menganalisis data.

#### 4.8.2. Analisis Data

Proses Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat. Analisis univariat diperlukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan data secara sederhana (Budiharto, 2006). Data yang disajikan berupa tabel distribusi frekuensi. Analisis univariat dalam penelitian ini menggambarkan frekuensi dan presentase seluruh variabel yang diteliti meliputi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, penghasilan) dan tugas kesehatan keluarga (mengetahui masalah, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan menggunakan pelayanan kesehatan). Penelitian ini menggunakan uji Tendensi Sentral karena variabel *independen* dan variabel *dependen* berbentuk data kategorik.

Tabel 4.2. Analisis Data Penelitian

Variabel	Jenis Data	Uji Statistik
Usia Orang tua	Numerik	Tendensi Sentral
Tingkat Pendidikan	Kategorik	Distribusi Frekuensi
Sosioekonomi/Penghasilan	Kategorik	Distribusi Frekuensi
Suku	Kategorik	Distribusi Frekuensi
Usia anak	Kategorik	Distribusi Frekuensi
Jenis Kelamin anak	Kategorik	Distribusi Frekuensi
Tugas Kesehatan Keluarga	Kategorik	Distribusi Frekuensi

#### 4.9. Jadwal Kegiatan

Tabel. 4.3. Jadwal Kegiatan

Kegiatan	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul
Proposal penelitian	■	■	■							
Seminar proposal						■				
Pencarian sampel					■					
Uji Validitas dan Reliabilitas						■				
Revisi proposal penelitian					■					
Pelaksanaan penelitian							■	■	■	
Pengolahan dan analisis data									■	■
Penyempurnaan hasil akhir										■
Sidang Skripsi										■
Penggandaan laporan untuk akademik										■

## BAB 5 HASIL PENELITIAN

Pada Bab 5 ini berisikan hasil pengolahan data responden penelitian yaitu orangtua / anggota keluarga yang merawat anak dengan Tuberkulosis Paru. Pengambilan data penelitian dilakukan selama 1,5 bulan di Poli Anak, RSUD Kota Bekasi.

### 5.1 Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik responden yaitu anggota keluarga yang merawat anak dengan TB paru. Karakteristik anggota keluarga disajikan dalam usia, tingkat pendidikan, penghasilan dan suku. Sedangkan karakteristik anak disajikan dalam usia dan jenis kelamin. Hasil penelitian mengenai karakteristik anggota keluarga disajikan pada table 5.1 dan 5.2, sedangkan karakteristik anak pada tabel 5.3

Tabel 5.1. Distribusi Responden Berdasarkan Usia Orangtua/Pengasuh di RSUD Kota Bekasi (n=107)

Variabel	Mean	SD	Minimal – Maksimal	CI 95%
Usia	35,13	7,846	20 – 60	33,73-36,72

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan bahwa rerata usia anggota keluarga yang merawat anak dengan tuberculosi paru yaitu 35,13 tahun dan dengan standar deviasi 7,846 tahun. Sedangkan, usia termuda pada orangtua/pengasuh dengan usia 20 tahun dan usia tertua yaitu 60 tahun.

Tabel 5.2. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan, Penghasilan dan Suku Keluarga di RSUD Kota Bekasi (n=107)

No.	Karakteristik	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Tingkat Pendidikan		
	- Tidak Sekolah/Tidak tamat SD	2	1,9
	- SD	10	9,6
	- SMP	19	17,8
	- SMA	55	51,4
	- Perguruan Tinggi	21	19,6
2.	Penghasilan		
	- < 2.450.000	43	40,2
	- > 2.450.000	64	59,8

No.	Karakteristik	Frekuensi	Presentase (%)
3.	Suku		
	- Jawa	43	40,2
	- Sunda	21	19,6
	- Batak	4	3,7
	- Betawi	25	23,4
	- Lainnya	14	13,1
<b>Total</b>		<b>107</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 5.2. didapatkan data bahwa variable tingkat pendidikan anggota keluarga yang merawat anak dengan tuberculosis paru berada pada rentang SMA dan Perguruan Tinggi. Persebaran variable pendidikan responden terbesar yaitu 55 orang (51,4%) di tingkat SMA. Berdasarkan variable penghasilan anggota keluarga didapatkan yaitu 64 orang (59,8%) berpenghasilan >2.450.000. Berdasarkan variable suku yang dianut keluarga, didominasi oleh suku Jawa sebanyak 43 orang (40,2%).

Tabel 5.3. Distribusi Responden Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin Anak dengan TB Paru di RSUD Kota Bekasi (n=107)

No.	Karakteristik	Frekuensi	Presentase (%)
1.	Usia Anak		
	- Infant (0-12 bulan)	3	2,8
	- Toodler (1-3 tahun)	39	36,4
	- Preschool (3-6 tahun)	21	19,6
	- School (6-12 tahun)	42	39,3
	- > 12 tahun	2	1,9
2.	Jenis Kelamin Anak		
	- Laki-Laki	43	40,2
	- Perempuan	64	59,8
<b>Total</b>		<b>107</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 5.3 diperoleh data bahwa usia anak yang terdiagnosis tuberculosis paru didominasi oleh usia sekolah dengan 42 orang (39,3%). Sedangkan, untuk data jenis kelamin anak yang menderita tuberculosis paru sebesar 64 orang (59,8%) dialami oleh anak perempuan.



## 5.2 Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas kesehatan keluarga merupakan uraian perawatan kesehatan keluarga yang terdiri dari lima tugas kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan yang tepat, member perawatan, memodifikasi lingkungan dan merujuk pada fasilitas pelayanan kesehatan. Hasil penelitian mengenai gambaran pelaksanaan tugas kesehatan keluarga responden dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5. Distribusi Lima Tugas Kesehatan Keluarga dengan Masalah Kesehatan Tuberkulosis Paru pada Anak di RSUD Kota Bekasi (n=107)

No.	Tugas Kesehatan Keluarga	Tidak Mampu	Mampu
1.	Kemampuan Mengenal Masalah Kesehatan (Tuberkulosis Paru pada Anak)	46 (43%)	61 (57%)
2.	Kemampuan Membuat Keputusan	55 (51,4%)	52 (48,6%)
3.	Kemampuan Merawat	48 (44,9%)	59 (55,1%)
4.	Kemampuan Modifikasi Lingkungan	42 (39,25%)	65 (60,75%)
5.	Kemampuan Memanfaatkan Pelayanan Kesehatan	52 (48,6%)	55 (51,4%)
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 5.5 diperoleh data bahwa kemampuan responden dalam mengenal masalah kesehatan yaitu tuberkulosis paru pada anak sebesar 57% dalam kategori mampu. Kemampuan membuat keputusan tindakan yang tepat sebesar 51,4% yaitu dengan kategori tidak mampu dibuktikan dengan keluarga merasa stress saat terdapat anggota keluarga yang sakit, keluarga mencari pertolongan lain dengan menggunakan pelayanan alternatif dan beberapa keluarga menghentikan pengobatan saat kondisi anak telah membaik. Kemampuan merawat sebesar 55,1% dalam kategori mampu. Kemudian, kemampuan modifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan berada di kategori tidak mampu dengan jumlah 60,75% dan 51,4%, dibuktikan dengan keluarga telah memberikan ventilasi yang adekuat untuk anak dan beberapa keluarga tidak merasa terbebani dengan biaya pengobatan serta kepuasan keluarga dalam pelayanan yang telah diberikan.

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

#### **6.1. Interpretasi Hasil dan Diskusi Hasil**

##### **6.1.1. Karakteristik Anak dengan TB Paru**

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa jenis kelamin anak yang mengalami TB Paru terbanyak yaitu perempuan. Menurut Somantri (2007), penyakit Tuberkulosis (TB) dapat menyerang manusia di semua kalangan usia termasuk usia anak hingga usia dewasa dengan persentase laki-laki dan perempuan yang tidak jauh berbeda. Hal tersebut juga diperkuat oleh Sarimawar, Oster dan Dina (2009), hasil penelitiannya yang menunjukkan bahwa jenis kelamin anak yang mendapatkan pengobatan TB didominasi oleh anak perempuan dengan 424 orang (4%) sedangkan laki-laki sebesar 406 (3,7%). Selain itu, dalam penelitian Fairus (2009) juga menyebutkan bahwa proporsi kejadian tuberkulosis paru pada anak lebih banyak berjenis kelamin perempuan dibanding laki-laki.

Berdasarkan data penelitian bahwa usia anak yang mengalami TB paru di dominasi oleh anak usia sekolah (6-12 tahun) dan anak usia 1-3 tahun (*toodler*). Sejalan dengan penelitian Alfa, Elvie dan Ramli (2012) menunjukkan bahwa penderita paling banyak (48%) termasuk dalam kelompok umur <5 tahun. Laporan dari Danish Medical Journal dari 54 anak yang menderita tuberkulosis paru, terdapat 21 anak dalam kelompok umur <5 tahun (Alfa, Elvie & Ramli, 2012). Hasil penelitian ini didukung dengan teori yang menyatakan bahwa penyakit TB terjadi tergantung pada sistem imun seseorang dan kemampuan kuman TB bervariasi sesuai dengan usia, yang paling rendah adalah pada usia yang sangat muda (*International Child Health Collaboration*, 2012). Menurut Heriyani (2011), terdapat beberapa faktor risiko TB anak antara lain, status gizi, imunisasi BCG, status sosial ekonomi, riwayat kontak dengan penderita TB paru dewasa, dan lingkungan rumah yang sehat.

Seorang anak dalam keadaan kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi dan lain-lain akan berpengaruh terhadap sistem imunitas atau daya tahan tubuh anak tersebut sehingga rentan terhadap berbagai macam penyakit termasuk TB Paru (Hiswani, 2009 dalam Manalu, 2010). Anak yang mengalami kekurangan gizi akan mengalami penurunan daya tahan tubuh karena adanya kekurangan energi dan protein akan menyebabkan terjadi penurunan sintesis asam amino dan terjadi perubahan dalam sel mediator imunitas sehingga dapat memudahkan terjadinya suatu infeksi termasuk juga infeksi oleh kuman penyebab TB (Nurhidayah, 2009 dalam Heriyani, 2011).

Penyakit TB pada anak dapat dicegah melalui pemberian vaksin BCG. Vaksin ini diberikan pada bayi baru lahir dan sebaiknya diberikan pada umur sebelum 2 bulan. Pada umumnya pemberian vaksin BCG ini dapat memberikan proteksi terhadap tuberkulosis antara 50-80%, namun hal tersebut masih dalam perdebatan (Cahyono, dkk, 2010). Menurut Murniasi dan Livana (2007) dalam hipotesisnya menyebutkan bahwa BCG mampu melindungi terhadap penyebaran bakteri secara hematogen, tetapi tidak mampu dalam membatasi pertumbuhan fokus yang terlokalisasi seperti pada TB Paru.

Tuberkulosis pada anak juga erat kaitannya dengan penyakit tuberkulosis pada orang dewasa. Beberapa teori menyebutkan bahwa semakin erat kontak seorang anak dengan sumber penularan, semakin tinggi peluang anak tersebut mengalami infeksi TB. Sesuai dengan teori lain yang menyatakan bahwa jumlah sumber penularan dalam satu rumah akan meningkatkan risiko terjadinya infeksi TB pada seorang anak (Diani, Setyanto & Nurhamzah, 2011). Dengan demikian adanya kontak dengan penderita TB dewasa merupakan risiko terjadinya penyakit TB pada anak.

Faktor sosial ekonomi erat kaitannya dengan keadaan rumah, kondisi lingkungan perumahan, sanitasi tempat kerja yang dapat memudahkan penularan bakteri tuberkulosis (Hiswani, 2009 dalam Manalu, 2010).

Bakteri-bakteri patogen yang berada di dalam ruangan akan dikeluarkan melalui ukuran ventilasi yang memadai. Ventilasi bermanfaat untuk pertukaran udara di dalam ruangan dan mengurangi kelembaban serta dapat mempengaruhi proses dilusi udara sehingga juga akan mengencerkan konsentrasi kuman TB (jumlah *droplet nuclei*) di udara dalam ruangan (Heriyani, 2011). Sehingga lingkungan/kondisi rumah dapat mempengaruhi penularan TB paru pada anak.

#### 6.1.2. Karakteristik Orangtua/Pengasuh Anak dengan TB Paru

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa rerata usia orangtua/pengasuh anak dengan TB Paru adalah 35,13 tahun, dengan usia termuda 20 tahun dan 60 tahun untuk usia tertua. Produktivitas seseorang dalam melakukan tindakan dipengaruhi oleh faktor usia. Secara umum, seseorang yang memiliki usia lebih muda cenderung akan mempunyai produktivitas yang baik dibandingkan dengan usia dewasa. Namun, terdapat beberapa kelemahan bagi usia muda yaitu masih belum matang dalam menentukan suatu tindakan atau keputusan, cenderung tidak memperhatikan lingkungan sekitarnya dan memiliki tingkat emosional yang tidak stabil dalam menyelesaikan suatu permasalahan (Sukiarko, 2007 dalam Eka, Kristiawati & Diyan, 2014).

Secara teori, semakin bertambahnya usia seseorang maka akan semakin terampil dan semakin matang pula tingkat emosionalnya karena telah mempunyai banyak pengalaman. Beberapa teori mengatakan bahwa usia produktif maksimal usia 40 tahun lebih mampu bekerja dalam ilmu pengetahuan karena kreatifitasnya lebih meningkat dibandingkan usia diatas 40 tahun. Teori lain mengemukakan bahwa semakin bertambahnya usia seseorang maka kemampuan dan motivasi kerja akan menurun, dan sebaliknya (Farida, 2011). Dengan kemampuan dan pengetahuan yang cukup tentang adanya masalah kesehatan dalam keluarga, maka apabila terdapat anggota keluarga yang memiliki gejala atau tanda dari suatu penyakit yaitu TB Paru anak maka dapat segera dicegah dan dideteksi sedini mungkin agar tidak menjadi parah dan terulang kembali.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan orang tua/pengasuh anak dengan TB paru sebagian besar dengan tingkat pendidikan SMA yaitu 51,4%. Berdasarkan hasil studi sebelumnya terkait tingkat pendidikan orangtua/pengasuh lebih sering ditemukan yang berpendidikan SLTA/SMA (Yuliana, 2007). Hasil tersebut juga dibenarkan oleh Astuti (2010) bahwa seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi maka akan memudahkan orang tersebut dalam menerima informasi sehingga dengan semakin banyak informasi yang diperoleh maka akan semakin baik pula tingkat pengetahuannya. Penelitian ini juga didukung oleh teori, menurut Perry dan Potter (2005) bahwa proses cara berpikir dan perilaku seseorang termasuk membentuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan penyakit dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan yang dimiliki seseorang tersebut. Selain itu, menurut teori Friedman (2010) semakin tinggi tingkat pendidikan suatu keluarga, maka semakin baik pengetahuan keluarga tersebut dalam merespon suatu masalah kesehatan.

Selain tingkat pendidikan, perawatan yang diberikan oleh orangtua/pengasuh dalam pengobatan TB Paru pada anak juga tidak lepas kaitannya dengan suku yang dianut di dalam keluarga tersebut. Berdasarkan hasil penelitian ini, keluarga yang memiliki anak dengan TB Paru didominasi oleh suku Jawa sebanyak 40,2%. Status kesehatan keluarga dipengaruhi oleh suku/etnis yang dianut dalam keluarga tersebut, termasuk perilaku dalam memandang kesehatan (Hanson, Gedaly & Kaakinen, 2005 dalam Amigo, 2012). Seorang individu dalam pelaksanaan tugas-tugas kesehatan keluarga tentunya tidak terlepas dari pengaruh suatu kebudayaan yang dianut lingkungan sekitarnya. Seperti yang ditekankan oleh Anderson dan Foster (2008) dalam Shandra S (2012), tingkah laku sakit dapat didefinisikan sebagai suatu bentuk atau cara dimana gejala-gejala dari suatu penyakit ditanggapi dan diperankan oleh seseorang individu yang mengalami sakit yang dipengaruhi oleh faktor perbedaan suku bangsa dan budaya.

Menurut Santrock (2003) faktor-faktor sosial budaya dapat berpengaruh terhadap status kesehatan melalui peranannya dalam menentukan norma-norma budaya yang berlaku mengenai kesehatan dengan melalui hubungan sosial yang memberikan dukungan emosional, dan dukungan bagi tingkah laku sehat maupun yang tidak sehat. Sebagai contoh, pada penelitian sebelumnya menyatakan bahwa keluarga dengan suku Jawa lebih mengutamakan pengobatan medis dibandingkan dengan pengobatan tradisional. Sedangkan, kebudayaan/suku Melayu memiliki cara tersendiri dalam mengobati suatu penyakit yaitu dengan pengobatan tradisional (Luthfiani & Shandra, 2012).

Menurut Noorkasiani, Heryati dan Rita (2009), status kesehatan individu atau masyarakat ditentukan oleh beberapa faktor, seperti lingkungan dan perilaku. Lingkungan ini termasuk dalam lingkungan sosial budaya, sedangkan perilaku yaitu berkaitan dengan asal dari dalam individu tersebut. Sosial budaya, didalamnya termasuk sistem pendidikan (formal maupun non-formal), sistem religius, sistem pemerintahan, sistem norma, sistem ekonomi/mata pencaharian, dan lain-lain. Perilaku juga sangat dipengaruhi oleh sosial budaya tempat individu tersebut dibesarkan. Oleh karena itu, perilaku dan lingkungan sosial budaya merupakan satu hal yang saling mempengaruhi dan berkaitan. Dari berbagai aspek sosial budaya tersebut, akan berdampak pada status kesehatan, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Tingkat penghasilan juga dapat berpengaruh pada perawatan TB Paru pada anak. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa TB Paru pada anak lebih banyak dialami pada keluarga dengan penghasilan tinggi (diatas UMR). Kondisi ini bertolak belakang dengan teori menurut Hiswani (2009) bahwa penghasilan rendah dapat meningkatkan seseorang terkena tuberkulosis. Menurut Musadad (2006) menyatakan bahwa rendahnya daya beli masyarakat dalam menunjang status kesehatannya dipengaruhi oleh tingkat sosial ekonomi yang rendah pula sehingga memudahkan keluarga

penderita TB paru menjadi rentan terhadap penularan penyakit infeksi, termasuk TB paru.

Hal ini mengarah pada perumahan yang buruk (suhu ruangan, ventilasi, pencahayaan, kelembaban, sanitasi yang tidak adekuat) dan terlampau padat, asupan gizi makanan yang kurang serta kondisi kerja yang buruk. Apabila keluarga memiliki penghasilan/pendapatan yang rendah maka cukup sulit untuk keluarga memenuhi kebutuhan kesehatan keluarga tersebut. Berdasarkan penelitian Samidah (2013) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara status ekonomi dengan kejadian TB Paru, artinya responden yang mempunyai status ekonomi rendah mempunyai risiko mengalami TB paru sebesar 4,0 kali dibandingkan dengan responden yang mempunyai status ekonomi tinggi.

Menurut Suryo (2010) jenis pekerjaan seseorang juga memengaruhi pendapatan keluarga yang akan berdampak terhadap pola hidup sehari-hari di antaranya konsumsi makanan, dan pemeliharaan kesehatan. Selain itu, akan memengaruhi kemampuan dalam kepemilikan rumah (konstruksi rumah). Kepala keluarga yang mempunyai pendapatan dibawah UMR akan mengonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan bagi setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status gizi yang kurang dan akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi, di antaranya TB paru. Dalam hal jenis konstruksi rumah dengan pendapatan yang kurang, maka konstruksi rumah yang dimiliki tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga akan mempermudah terjadinya penularan penyakit TB paru. Syarat pencahayaan atau luas jendela minimum yang diperlukan oleh penderita TB paru yaitu sebesar 20% dari luas lantai dengan intensitas pencahayaan minimum sebanyak 10 x lilin atau kurang lebih 60 lux.

### 6.1.3. Lima Tugas Kesehatan Keluarga dalam Pengobatan TB Paru pada Anak

#### 6.1.3.1. Kemampuan Mengenal Masalah Kesehatan yaitu TB Paru pada Anak

Dalam penelitian ini, kemampuan responden dalam mengenal masalah kesehatan yaitu TB Paru pada anak masih tergolong kategori mampu. Menurut Efendi dan Makhfudli (2009) orangtua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Sejauh mana keluarga mengetahui dan mengenal fakta-fakta masalah kesehatan meliputi pengertian, tanda dan gejala faktor penyebab dan yang mempengaruhinya, serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan tersebut.

Menurut Friedman (2010), semakin tinggi tingkat pendidikan suatu keluarga, maka semakin baik pengetahuan keluarga tersebut tentang kesehatan. Berdasarkan teori tersebut, dikatakan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam mengenal masalah TB Paru pada anak adalah tingkat pendidikan keluarga, yaitu yang mayoritas berpendidikan SMA. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Lestari (2009) dalam Lurthiani dan Shandra (2012) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan keluarga dengan terjadinya masalah kesehatan pada anggota keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan kepada 107 orangtua/pengasuh anak dengan TB Paru, sebanyak 57% keluarga mampu mengenal masalah TB Paru pada anak dengan rata-rata usia orangtua/pengasuh yaitu 35,13 tahun dengan usia termuda 20 tahun dan usia tertua 60 tahun. Keluarga yang diwakilkan oleh orangtua/pengasuh dalam hal ini sudah mampu mengenal atau mengetahui penyebab, tanda gejala dan lama pengobatan TB Paru pada anak. Pengetahuan keluarga merupakan dasar yang menentukan untuk tindakan selanjutnya oleh keluarga tersebut.



### 6.1.3.2. Kemampuan Membuat Keputusan Tindakan yang Tepat

Dasar dalam pengambilan keputusan bagi anggota keluarga yang sakit adalah hak dan tanggung jawab bersama yang pada akhirnya menentukan pelayanan yang akan digunakan (Effendy, 1998). Pengambilan keputusan oleh keluarga salah satunya dilandasi dari pengetahuan keluarga terkait dengan masalah kesehatan keluarga tersebut. Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas responden dalam kemampuan membuat keputusan tindakan yang tepat dalam pengobatan TB Paru pada anak dalam kategori tidak mampu yaitu sebanyak 51,4% keluarga, dibuktikan dengan keluarga merasa stres saat terdapat anggota keluarga yang sakit, keluarga mencari pertolongan lain dengan menggunakan pelayanan alternatif dan beberapa keluarga menghentikan pengobatan saat kondisi anak telah membaik. Menurut teori pembuatan keputusan yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003) terdapat beberapa tahap kejadian dalam pembuatan keputusan yaitu: tahap pengalaman atau pengenalan gejala, tahap asumsi peranan sakit, tahap kontak dengan pelayanan kesehatan, tahap ketergantungan pasien, tahap penyembuhan atau rehabilitasi.

Tugas dalam mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga ini merupakan salah satu bentuk upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat berkurang atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan tempat tinggal keluarga agar memperoleh bantuan (Suprajitno, 2004). Memutuskan tindakan kesehatan merupakan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan setelah mengetahui anggota keluarganya menderita Tb paru. Tindakan tersebut dilatarbelakangi oleh beberapa faktor, meliputi faktor tingkat pengetahuan keluarga, biaya, tenaga, serta waktu yang dimiliki dalam menangani permasalahan (Friedman, 1998).

Faktor pertama yaitu tenaga, terkait dengan tenaga kesehatan. Menurut (Husein, 2013) ketenagaan kesehatan nasional saat ini menghadapi berbagai masalah kecukupan, distribusi, mutu dan pengembangan profesi. Jumlah tenaga kesehatan belum mencapai jumlah yang diinginkan, penyebaran yang kurang merata, dan kompetensi tenaga yang kurang memadai serta pengembangan profesi yang masih belum sesuai harapan. Dengan demikian, dikatakan bahwa kurangnya tenaga kesehatan maka dapat menurunkan status kesehatan masyarakat sehingga hal tersebut juga berdampak pada keinginan seseorang untuk mencari bantuan/pertolongan atas status kesehatannya.

Faktor kedua yaitu pembiayaan pelayanan kesehatan. Menurut Eryando (2006) dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dibutuhkan pembiayaan kesehatan yang cukup dan berguna untuk memenuhi hak mendasar masyarakat tersebut. Tingginya pembiayaan yang berasal dari masyarakat tentunya akan meningkatkan suatu beban pengeluaran rumah tangga bagi masyarakat apabila memiliki penyakit dengan biaya perawatan yang besar.

Di samping itu, berdasarkan data dari Departemen Kesehatan RI tahun 2008, penduduk yang telah dicakup oleh jaminan pemeliharaan kesehatan sekitar 46,5% dari keseluruhan penduduk yang sebagian besar dananya berasal dari bantuan sosial untuk program jaminan kesehatan masyarakat miskin sebesar 76,4 juta jiwa atau 34,2% (SKN, 2009).

Faktor yang ketiga yaitu waktu yang dimiliki oleh keluarga dalam menangani permasalahan kesehatan. Hal tersebut berkaitan dengan akses fisik terkait dengan keberadaan pelayanan kesehatan dalam lingkungan, atau jaraknya terhadap pengguna pelayanan. Pada akses fisik ini dapat dihitung dari waktu faktor ampuh, jarak tempuh, jenis transportasi, dan kondisi di pelayanan kesehatan sehingga dapat mempengaruhi

pengambilan keputusan keluarga dalam meminta/memperoleh bantuan, dalam hal ini yaitu ke pelayanan kesehatan (Eryando, 2006).

#### 6.1.3.3. Kemampuan Memberi Perawatan pada Anggota Keluarga yang Sakit

Keluarga merupakan bagian terdekat dalam proses pemenuhan kebutuhan dasar anggota keluarga tersebut. Keluarga merupakan lini pertama dimana pencegahan dan pengobatan dilakukan serta diperlukannya keterlibatan dan dukungan dalam keluarga dalam proses penyembuhan atau rehabilitasi bagi anggota keluarga yang sakit. Berdasarkan hasil penelitian ini, kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan yang tepat terhadap TB Paru pada anak dalam kategori mampu yaitu sebanyak 55,1% dari 107 responden. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Murwani dan Yuliana (2007) yang menunjukkan bahwa dari 30 responden 18 ibu (60%) berpola perawatan baik, dan 12 ibu (40%) berpola perawatan sedang. Sejalan pula dengan teori yang dikemukakan oleh Notoadmodjo (2003) aplikasi dari suatu tindakan perawatan merupakan hasil dari tahu dan paham. Sehingga, sebelum domain pengetahuan dalam diri seseorang sampai pada tahap tingkat aplikasi, ini memungkinkan seseorang yang sudah pada domain kognitif tahu dan paham, namun belum mampu mengaplikasikan ilmu tersebut.

Kemampuan tersebut ditunjukkan keluarga dalam memberikan obat yang tepat sesuai dengan waktu dan lamanya pengobatan yang telah dianjurkan. Pemantauan/pengawasan pengobatan TB Paru pada anak menjadi tugas utama orangtua/pengasuh sehingga anak akan berobat secara teratur dan rutin. Hal tersebut sesuai dengan strategi yang diterapkan DOTS (*direct observed treatment short course*) yang diterapkan oleh WHO dalam manajemen penderita TB untuk menjamin pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung oleh seorang pengawas minum obat (PMO) (Kemenkes, 2011). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Purwanta (2005), dari hasil penelitiannya beberapa penderita TB paru menginginkan PMO adalah seorang perempuan, karena perempuan mempunyai sifat sabar dan telaten dalam memberikan perawatan. Hal ini sesuai dengan

petunjuk dari Depkes RI (2008), PMO merupakan seorang yang tinggal dekat dengan rumah penderita, bersedia membantu penderita dengan sukarela. Selain itu, dukungan orangtua/pengasuh anak juga menjadi faktor penting untuk menunjang kesembuhan anak dengan TB Paru. Dukungan keluarga yang positif yaitu keluarga dapat berpartisipasi penuh pada pengobatan penderita (anak) seperti ; pengaturan menu makan dan minum, pola istirahat, perawatan diri terutama kebersihan, dan pengambilan obat (Hiswani, 2009).

Berdasarkan hasil wawancara singkat pada sejumlah responden dalam penelitian ini, dinyatakan bahwa keluarga menyadari bahwa proses penyembuhan penyakit TB paru pada anak dipengaruhi oleh status gizi pada anak, namun terdapat beberapa keluarga yang tidak atau jarang memberikan makanan kesukaan anak sehingga anak menjadi sulit makan dan berat badannya menjadi tidak bertambah. Kekurangan gizi pada anak akan menimbulkan penurunan daya tahan tubuh karena adanya kekurangan energi dan protein akan menyebabkan penurunan sintesis asam amino dan terjadi perubahan dalam sel mediator imunitas sehingga memudahkan terjadinya suatu infeksi termasuk juga infeksi oleh kuman penyebab TB (Nurhidayah, 2009 dalam Heriyani, 2011). Menurut Badan Litbang Depkes RI (2012), proporsi tuberkulosis paru ditemukan sedikit lebih besar pada yang mengkonsumsi buah sayur kurang dari 5 porsi/hari. Proporsi tuberkulosis paru yang besar juga ditemukan pada kondisi status gizi kurus. Sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa seseorang dengan status gizi kurang mempunyai risiko meningkatkan kejadian tuberkulosis paru sebanyak 7,583 kali lebih besar dibanding status gizi baik.

Risiko terjadinya TB Paru pada anak-anak bergantung pada durasi dan kedekatan dalam terpajannya sumber infeksi. Etika batuk yang tidak dilakukan dengan baik maka dapat menyebabkan perpindahan kuman *Mycrobacterium Tuberculosis* yang dalam bentuk *droplet nuclei* melalui percikan saat batuk, bicara/bersin. Walaupun TB Paru tidak dapat

ditularkan oleh anak ke anak dikarenakan seorang anak masih belum mampu memproduksi sputum/dahak, namun hal ini dapat ditularkan oleh orang dewasa dengan penyakit paru aktif. Sejalan dengan penelitian Karim et al (2012) bahwa anak-anak di bawah 5 tahun yang kontak langsung dengan penderita TB aktif secara signifikan lebih besar untuk terjadinya BTA positif pada anak-anak.

Menurut Murdani, Suryani dan Pasek (2013) terdapat beberapa faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan TB antara lain; kepatuhan, kurangnya pengetahuan, keluarga dan masyarakat lingkungan. Kepatuhan dalam menjalankan pengobatan TB sangat penting, karena bila pengobatan tidak dilakukan secara teratur dan tidak sesuai dengan waktu yang telah ditentukan maka akan dapat menimbulkan kekebalan kuman TB terhadap OAT. Keberhasilan pengobatan juga ditunjang oleh dukungan keluarga yaitu dalam bentuk motivasi.

#### 6.1.3.4. Kemampuan Memodifikasi Lingkungan dan Menciptakan Suasana Rumah yang Sehat

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan terdapat pada kategori mampu sebanyak 60,75% dibuktikan dengan keluarga sering memberikan jalan masuk bagi matahari agar masuk ke dalam rumah/kamar dengan membuka pintu dan jendela setiap pagi, dan menjemur kasur dan bantal yang digunakan anak. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Bailon dan Maglaya (1998) dalam Makhfuldi (2009) dinyatakan bahwa ketika memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga diharapkan dapat mengetahui beberapa hal-hal sebagai berikut yaitu, sumber-sumber yang dimiliki keluarga, keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, pentingnya higiene sanitasi, sikap atau pandangan keluarga terhadap higiene sanitasi dan kekompakan antar anggota keluarga.

Menurut Notoatmodjo (2003), Kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang baik atau optimal sehingga berpengaruh positif terhadap tercapainya status kesehatan yang optimal pula. Usaha untuk memperbaiki atau mengoptimalkan lingkungan hidup manusia agar menjadi media/sarana yang baik dan dapat menunjang status kesehatan dan untuk mewujudkan kesehatan yang optimal bagi manusia yang hidup di dalamnya, termasuk ke dalam usaha kesehatan lingkungan. Menurut Mubarak (2009) dalam Sitanggang, Qura'niati dan Krisnana (2013) faktor yang mempengaruhi keluarga dalam memelihara lingkungan rumah yang dapat mempengaruhi kesehatan dan pengembangan pribadi anggota keluarga disebabkan oleh beberapa hal, yaitu yaitu: 1) keluarga kurang dapat melihat keuntungan dalam pemeliharaan lingkungan di masa yang akan datang; 2) ketidaktahuan keluarga akan higiene sanitasi yang baik dalam meningkatkan status kesehatan; 3) ketidaktahuan keluarga tentang perkembangan suatu penyakit; 4) sikap atau pandangan hidup keluarga; 5) ketidakkompakkan keluarga dalam mendukung menciptakan lingkungan yang sehat; dan 6) sumber –sumber keluarga tidak seimbang atau tidak cukup, termasuk sumber ekonomi keluarga.

a. Keluarga kurang dapat melihat keuntungan pemeliharaan lingkungan di masa yang akan datang

Ventilasi bermanfaat dalam pertukaran udara dan mengurangi kelembaban sehingga dapat menciptakan udara yang segar dalam ruangan. Luas ventilasi rumah yang < 10% dari luas lantai (tidak memenuhi syarat kesehatan) akan mengakibatkan berkurangnya konsentrasi oksigen dan bertambahnya konsentrasi karbondioksida yang bersifat racun bagi penghuninya. Sinar matahari juga berperan sebagai pembasmikuman terutama sinar ultraviolet yang mempunyai daya bunuh terhadap kuman. *Mycobacterium tuberculosis* tidak bisa bertahan hidup bila terkena sinar matahari langsung maupun udara yang panas (Wahyuni, 2005 dalam Prasetyowati & Wahyuni, 2009).

Dalam konsep penyebab penyakit dalam studi epidemiologi, maka kurang/tidak adanya sinar matahari yang masuk dalam rumah atau pencahayaan yang kurang ini termasuk faktor pendukung (*enabling factor*) yang memicuitimbulnya penyakit (Beaglehole, 1997 dalam Prasetyowati & Wahyuni, 2009). Kuman tuberculosis dapat bertahan hidup bertahun-tahun lamanya, dan akan mati bila terkena sinar matahari, sabun, lisol, karbol, dan panas api. Rumah yang tidak masuk sinar matahari mempunyai risiko menderita tuberculosis 3-7 kali dibandingkan dengan rumah yang dimasuki sinar matahari (Depkes, 2008).

b. Ketidaktahuan keluarga akan higiene sanitasi, terkait masalah TB Paru pada anak

Perilaku higiene ini ditunjukkan dengan kurangnya perilaku penderita dalam menggunakan masker yaitu kurangnya pengetahuan tentang pentingnya menggunakan masker dalam pencegahan penularan penyakit TB. Selain itu, praktik higiene dalam membuang dahak masih cenderung belum baik dibuktikan dengan keluarga jarang melarang anak untuk membuang dahak pada tempatnya dan menutup mulut ketika bersin/batuk.

c. Ketidaktahuan keluarga tentang usaha penyakit, terkait TB Paru pada anak

Berdasarkan *Centers of Disease Control* (2013), faktor lingkungan yang dapat meningkatkan terjadinya penularan kuman *Mycobacterium Tuberculosis* antara lain; konsentrasi droplet dimana semakin banyaknya *droplet nuclei* di udara maka semakin banyak penularan kuman M.Tuberculosis. ventilasi juga berperan penting dalam penularan M.Tuberculosis, bahwa ventilasi yang tidak memadai dapat mengakibatkan pengenceran dan perkembangbiakan pada *droplet nuclei*.

#### 6.1.3.5. Kemampuan Merujuk pada Fasilitas Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa 51,4% mayoritas responden dalam penelitian termasuk kategori mampu dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan di masyarakat pada kategori mampu. Kemampuan keluarga tersebut juga didukung dengan adanya program BPJS Kesehatan sehingga keluarga merasa tidak terbebani dengan biaya pengobatan TB pada anak. Kemampuan tersebut dapat dibuktikan dengan keluarga telah mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, dimana biasa mengunjungi pelayanan kesehatan yang biasa dikunjungi dan cenderung yang paling dekat misalnya Posyandu, Puskesmas, maupun Rumah Sakit.

Menurut Anggraheni (2012) terdapat faktor-faktor yang memengaruhi pengambilan keputusan masyarakat dalam memilih jasa pelayanan kesehatan dan juga dapat mempengaruhi kepuasan masyarakat dalam merasakan pelayanan kesehatan yang telah dimanfaatkannya antara lain, kualitas pelayanan, fasilitas dan biaya pengobatan. Sedangkan, fasilitas merupakan suatu elemen yang dapat mendukung dan memperlancar pelaksanaan mutu dari suatu usaha yaitu berkaitan dengan kelengkapan peralatan yang dimiliki rumah sakit/pelayanan kesehatan. Adanya kualitas pelayanan yang baik dan fasilitas yang memadai berkaitan dengan biaya pelayanan. Besarnya biaya yang dikeluarkan akan mencetuskan suatu persepsi yaitu biaya mahal dan murah, pada akhirnya akan menimbulkan suatu sikap/perilaku yang ditunjukkan dengan rasa puas atau tidak puas dalam pelayanan yang diberikan. Terdapat pula sepuluh dimensi mutu pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan kesehatan bagi masyarakat luas diantaranya kompetensi teknis, keterjangkauan, efektivitas, efisiensi, kesinambungan, keamanan, kenyamanan, informasi, ketepatan waktu dan hubungan antar manusia.



Persepsi keluarga terhadap sehat sakit erat hubungannya dengan perilaku mencari pengobatan. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebijakan pemerintah di bidang kesehatan untuk meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat. Selama ini pemerintah telah berusaha keras untuk menyediakan pelayanan yang prima untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Kemenkes, 2012).

## **6.2. Keterbatasan Penelitian**

### **6.2.1. Proses Pemilihan Lokasi Penelitian**

Sedikitnya prevalensi TB Paru pada anak di Indonesia membuat peneliti kesulitan dalam mencari lokasi penelitian. Pilihan lokasi pengambilan sampel yang peneliti rencanakan pada awal penelitian yaitu di puskesmas dan rumah sakit kota Depok, namun dalam proses pencarian sampel berlangsung ditemukan beberapa kendala yang tidak memungkinkan peneliti untuk melakukan penelitian di kota Depok dengan alasan rendahnya data kasus pasien TB anak di kota Depok. Hal tersebut mengharuskan peneliti untuk mencari lokasi penelitian lain yang dapat mendukung penelitian ini yaitu di RSUD Kota Bekasi.

### **6.2.2. Instrumen Penelitian**

Selama proses pengumpulan data ditemukan beberapa pertanyaan yang kurang sesuai dengan kelompok usia anak yang diteliti, namun peneliti tidak melakukan perbaharuan karena ketidaksesuaian tersebut baru diketahui setelah selesai proses pengumpulan data.

## **6.3. Implikasi Keperawatan**

### **6.3.1. Pelayanan Keperawatan dan Masyarakat**

- Penelitian ini memberikan gambaran karakteristik anak yang menderita TB Paru di RSUD Kota Bekasi. Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa keluarga masih dalam kategori tidak mampu dalam membuat keputusan, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Ketidakmampuan tersebut dapat

mempengaruhi persepsi sehat-sakit dari suatu keluarga. Hal ini menjadi suatu tantangan bagi pelayanan kesehatan terkait agar dapat memberikan peranannya dalam mengadvokasi keluarga agar dapat memutuskan suatu tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota keluarga yang sakit.

- Dalam pelayanan keperawatan, mengingat bahwa angka kejadian TB anak masih meningkat dan dapat pula menjadi suatu kasus/penyakit berulang/kambuhan maka adanya studi ini dapat menjadi bahan pertimbangan bagi pelayanan kesehatan untuk dapat meningkatkan pelayanan program posyandu untuk dapat memastikan bahwa anak-anak mendapatkan imunisasi/vaksin yang diperlukan dan memberikan edukasi terkait pemenuhan gizi yang baik untuk anak. Dengan hal ini maka dapat meminimalisir insiden penyakit menular pada anak, khususnya TB Paru.

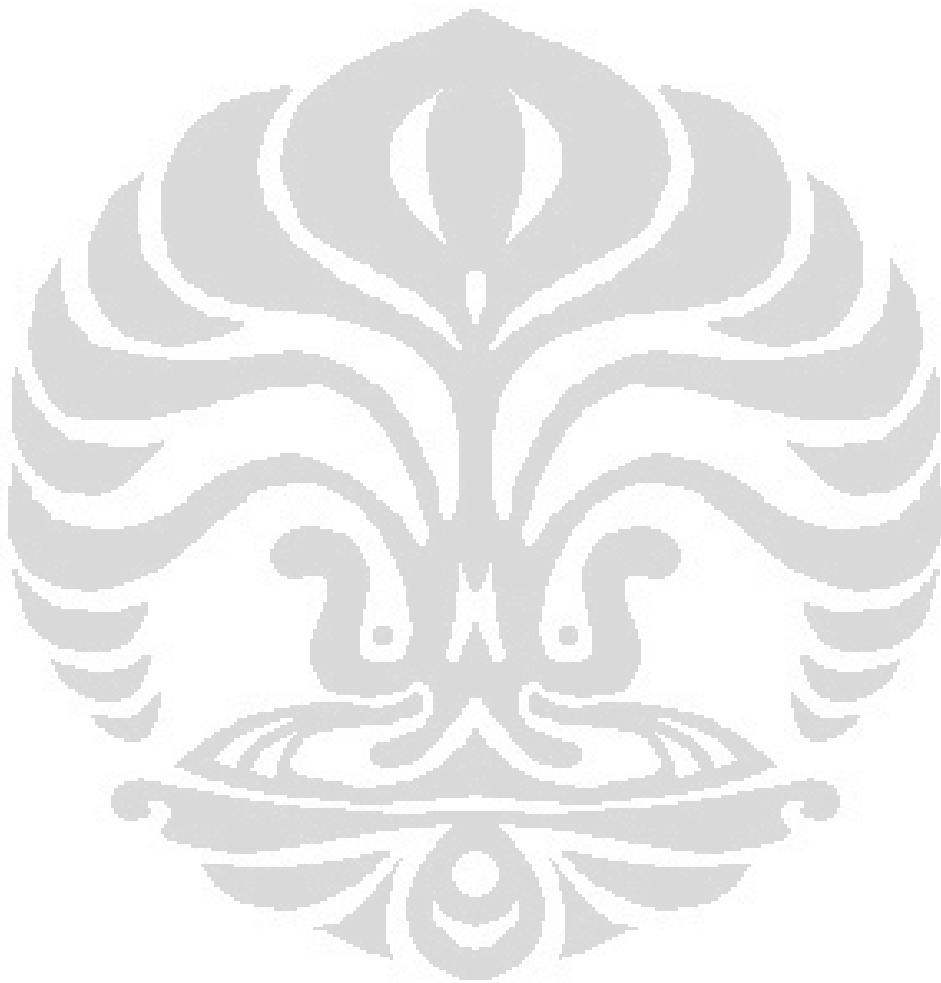
### 6.3.2. Penelitian Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan bahwa karakteristik orang tua/pengasuh anak dengan TB Paru pada variabel tingkat pendidikan terbanyak yaitu SMA dengan penghasilan >2.450.000 serta didominasi oleh suku Jawa. Selain itu, pada tugas kesehatan keluarga komponen kemampuan mengambil keputusan yang tepat masih dalam kategori tidak mampu, sehingga penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber data untuk penelitian selanjutnya untuk menganalisis lebih jauh pengaruh karakteristik orang tua/pengasuh dalam pengambilan keputusan merawat anak dengan TB Paru.

### 6.3.3. Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini dapat memberikan implikasi bagi pengembangan pendidikan keperawatan. Pengembangan tersebut didapatkan dari pembelajaran dalam meningkatkan asuhan keperawatan dalam TB Paru pada Anak serta meningkatkan peranan perawat sebagai *educator* dan *conselor* bagi

keluarga. Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan keterampilan praktisi keperawatan dalam menangani masalah TB paru pada anak terutama pada pola perawatan pada anak.



## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Simpulan**

1. Karakteristik anak yang mengalami Tuberkulosis Paru (TB Paru) didominasi oleh anak perempuan dibandingkan dengan anak laki-laki dari 107 responden. Usia anak yang mengalami TB Paru terbanyak antara rentang usia 1-3 tahun (*Toodler*) dan usia sekolah 6-12 tahun.
2. Rata-rata usia anggota keluarga yang merawat anak dengan TB Paru yaitu 35,13 tahun. Sebagian besar tingkat pendidikan anggota keluarga yaitu SMA. Sedangkan, latar belakang suku yang dianut oleh keluarga dalam merawat anak dengan TB Paru didominasi oleh suku Jawa dan dengan penghasilan > 2.450.000.
3. Tugas kesehatan keluarga dalam kemampuan mengenal masalah kesehatan yaitu TB Paru pada anak sebagian besar dengan kategori mampu. Hal ini dipengaruhi oleh usia dan tingkat pendidikan responden.
4. Tugas kesehatan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi TB Paru pada anak sebagian besar dengan kategori tidak mampu. Hal ini di pengaruhi oleh pengalaman sebelumnya dan sikap yang ditunjukkan keluarga.
5. Tugas kesehatan keluarga dalam kemampuan memberikan perawatan pada anak dengan TB Paru sebagian besar dalam kategori mampu. Pola perawatan terhadap TB Paru yang mendukung proses penyembuhan pasien anak, antara lain lingkungan perumahan, pemantauan pengobatan, pemenuhan kebutuhan nutrisi dan pemenuhan istirahat

6. Tugas kesehatan keluarga dalam kemampuan memodifikasi lingkungan yang mendukung dan menciptakan suasana yang sehat sebagian besar reponden dalam kategori mampu.
7. Tugas kesehatan keluarga dalam kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan sebagian besar dalam kategori mampu. Hal tersebut dilatarbelakangi oleh keberadaan fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

## 7.2. Saran

Beberapa saran yang dapat peneliti ajukan adalah sebagai berikut ;

### 7.2.1. Bidang Pelayanan Kesehatan

- Pelayanan kesehatan untuk kesehatan anak sebaiknya perlu diperluas kembali dalam hal meningkatkan sosialisasi mengenal masalah kesehatan pada anak, khususnya TB Paru pada anak. Peneliti menganjurkan kepada pelayanan/tenaga kesehatan untuk memberikan informasi sebanyak-banyaknya terkait perawatan anak dengan TB Paru serta dampak dari penyakit TB Paru pada anak. Hal tersebut bertujuan untuk dapat menurunkan insiden angka kejadian TB Paru pada Anak di Indonesia.
- Petugas kesehatan setempat dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan memaksimalkan perannya sebagai *counselor*, *educator* dan *consultant* serta memotivasi klien agar memberikan pengobatan secara teratur pada anak selama masa pengobatan berlangsung. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam memutuskan tindakan dan memudahkan klien dalam menentukan keputusan-keputusan yang akan diambil dalam memberikan perawatan yang tepat bagi anggota keluarga yang sakit.

- Bagi beberapa pelayanan kesehatan dapat meningkatkan pencatatan pasien TB Paru pada anak, sehingga dapat memberikan data yang akurat bagi pihak-pihak terkait.

### 7.2.2. Bidang Pendidikan Keperawatan

Bidang keperawatan sebaiknya meningkatkan kembali peranan keperawatan anak dan komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada anak dan keluarga (*Family Centered Care*). Hal ini bertujuan agar masyarakat khususnya orangtua/pengasuh anak dapat mengoptimalkan perawatan yang tepat untuk anak yang sakit.

### 7.2.3. Bidang Penelitian

- Peneliti menyarankan bahwa instrumen dalam penelitian ini perlu dikembangkan dengan menambahkan variabel riwayat pemberian imunisasi BCG pada anak dan karakteristik orang tua, serta perlu mengembangkan instrument yang sesuai dengan kelompok usia yang diteliti.
- Dalam penelitian ini peneliti menyarankan untuk dilakukan penelitian lanjutan terkait hubungan antara karakteristik orangtua/pengasuh dalam pengobatan TB Paru pada anak serta rerata lama pengobatan TB Paru pada anak. Serta mengidentifikasi status TB pada orang tua/anggota keluarga yang tinggal bersama dengan anak yang terdiagnosis TB paru.
- Penelitian selanjutnya diharapkan dapat melakukan observasi langsung kepada keluarga terkait pelaksanaan lima tugas kesehatan yang telah dilakukan oleh keluarga.

## DAFTAR REFERENSI

- Alimul, A. (2008). *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Alfa, G.A.P. Elvie, L & Ramli, H. A. (2012). Hubungan Gambaran Foto Toraks dan Uji Tuberkulin pada Anak dengan Diagnosis Tuberkulosis Paru di RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado Periode Januari 2012 – Desember 2012. Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, Manado. Sulawesi Utara (Tidak Dipublikasi).
- Amelia, R. (2011). *Hubungan Tingkat Stres Dengan Strategi Koping Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Penyakit TB Paru di RW 01 Kelurahan Aren Jaya Kecamatan Bekasi Timur (Skripsi)*. Universitas Veteran : Jakarta (Tidak Dipublikasi).
- American Thoracic Society. (2000). Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis in Adults and Children. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161(),1376-1392.
- Amigo, T. A. E. (2012). *Hubungan Karakteristik dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada Aggregate Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis Yogyakarta (Tesis)*. Universitas Indonesia : Depok, Jawa Barat. (Tidak Dipublikasi)
- Anggraheni, N. V. (2012). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengambilan Keputusan Masyarakat Untuk Memilih Jasa Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Simo Kabupaten Boyolali (Skripsi)*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Antopo, P. D. (2012). Analisis faktor yang berhubungan dengan perilaku keluarga dalam mencegah penularan tb paru berdasarkan tugas keluarga dibidang kesehatan di puskesmas pegirian Surabaya. *Jurnal Keperawatan Universitas Airlangga* 1 (1) 10.
- Ayuningtiyas, L. W. (2013). *Hubungan Pelaksanaan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Pencapaian Tugas Perkembangan Balita di Bina Keluarga Balita (BKB) Glagahwero Kecamatan Kalisat Jember (Skripsi)*. Universitas Jember : Jawa Timur.
- Awusi, R.Y.E., Saleh, Y. D & Hadiwijoyo, Y. (2009). Faktor-Faktor yang

Mempengaruhi Penemuan Penderita TB Paru di Kota Palu Provinsi Sulawesi Tengah. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 5(2), 59-68.

Bagiada, M. I & Primasari, N. L. P. (2010). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Ketidapatuhan Penderita Tuberkulosis Dalam Berobat di Poliklinik DOTS RSUP Sanglah Denpasar. *Jurnal Penyakit Dalam*, 11(3), 158-163.

Behera, D. (2010). *Textbook of Pulmonary Medicine, Volume 1 & 2*. India : Jaype Brothers Medical Publishers (P) Ltd.

Behrman, K & Arvin, N. (2000). *Nelson Textbook of Pediatrics 15/E*. Philadelphia : Saunders Company

Budiarto, E. (2002). *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC

Cahyono, S. (2010). *Vaksinasi, Cara Ampuh Cegah Penyakit Infeksi*. Yogyakarta : Kanisius

Centers of Disease Control, (2013). *Transmission and Pathogenesis of Tuberculosis*. Retrieved from [www.cdc.gov/tb/education/corecurr/pdf/chapter2.pdf](http://www.cdc.gov/tb/education/corecurr/pdf/chapter2.pdf) transmission and Pathogenesis of Tuberculosis. Di Akses pada 22 November 2014.

Christensen, P. J & Kenney, J. W. (2009). *Nursing Process : Application of Conceptual Models, 4th Ed*. Mosby-Year Book.

Corwin, E. J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi, 3rd Ed*. Jakarta : EGC

Dempsey, P. A. (2002). *Riset Keperawatan : Buku ajar dan latihan*. Jakarta: EGC.

Departemen Kesehatan. (2005). *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Tuberculosis*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.

Depkes RI. (2008). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. Edisi ke dua Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Trans Info Media

Djaja, S. Suriani, O. Lolong, D. B. (2009). *Determinan Upaya Pengobatan Tuberculosis Pada Anak di Bawah Umur 15 Tahun*. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 8 (3), 1004-1014.



- Effendy, N. (1998). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC
- Efendi, F & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Eka, Y.C. Kristiawati & Diyan, P. (2014). *Faktor-Faktor yang mempengaruhi Perilaku Kader KIA Dalam deteksi Dini Perkembangan Balitas Di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Babat Lamongan*. Diakses dari <http://journal.unair.ac.id/filerPDF/ijchn7a0340ebc3full.pdf>
- Engel, J. (2008). *Pocket Guide to Pediatric Assessment, 4th Ed*. USA : Mosby
- Eriyanto. (2007). *Teknik Sampling Analisis Opini Publik*. Yogyakarta : LkiS
- Eriyanto. (2006). Diakses dari [Http://Www.Academia.Edu/6348970/Hubungan\\_Jarak\\_Pelayanan\\_Kesehatan\\_Terhadap\\_Keinginan\\_Masyarakat\\_Dalam\\_Pemanfaatan\\_Pelayanan\\_Kesehatan\\_Di\\_Daerah\\_Terpencil](http://Www.Academia.Edu/6348970/Hubungan_Jarak_Pelayanan_Kesehatan_Terhadap_Keinginan_Masyarakat_Dalam_Pemanfaatan_Pelayanan_Kesehatan_Di_Daerah_Terpencil)
- Esnita, R. (2013). *Tuberkulosis Pada Anak*. Retrieved from <http://rotinsuluhospital.org/berita-4--tuberkulosis-pada-anak.html>. Diakses pada 21 November 2014.
- Farida. (2011). Kepemimpinan Efektif dan Motivasi Kerja Dalam Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat. *Jurnal Ners*, 6(1) 31-41.
- Feigin, R.D. DeAngelis, C. D & Jones. M. D. (2006). *Oski's Pediatrics : Principles and Practice of Pediatrics, Fourth Edition*. USA : Philadelphia
- Fungani, I. (2014). *Hubungan Antara Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Penderita Stroke Di Poliklinik Saraf RSUD Ajibarang (Skripsi)*. Universitas Jendral Soedirman : Purwokerto, Jawa Timur.
- Friedman, et al. (2003). *Family Nursing: Research, Theory and Practice. (Fifth Edition)*. New Jersey: Prentice Hall.
- Freidman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori, dan praktik*, alih bahasa, Akhir Yani S. Hamid dkk; Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Gulo, W. (1998). *Dasar-Dasar Statistika Sosial*. Salatiga : Yayasan Bakor LPKI
- Gupte, S. (2004). *Speaking of : Child Care Everything ou wanted to know*.

New Delhi : Sterling Publishers

- Heriyani, F. (2011). *Faktor Risiko Kejadian TB Anak di Wilayah Kerja Puskesmas Cempaka Banjarbaru*. Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat.
- Hidayat, A & Alimul, A. (2008). *Pengantar ilmu kesehatan anak untuk pendidikankebidanan*. Jakarta : salemba medika.
- Hiswani. (2009). *Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat*.  
Diakses dari <http://library.usu.ac.id/download/fkmhiswani6.pdf>
- Hull, D. (2008). *Dasar-Dasar Pediatri*. Jakarta : EGC
- Hurlock, E.B.(1998). *Perkembangan Anak*. (Alih bahasa oleh Soedjarmo & Istiwidayanti). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Huesein, R. (2013). *Studi Evaluasi Ketersediaan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas Pada Kabupaten/Kota Daerah Terhadap Pencapaian Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota (Thesis)*. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesai : Depok
- Ikalor, A. (2013). Pertumbuhan dan Perkembangan. *Jurnal Pertumbuhan dan Perkembangan*, 7 (1), 1-6.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia. (2013). Retrieved from <http://idai.or.id/public-articles/>. Diakses pada 16 Desember 2014.
- International Child Health Review Collaboration. (2012). *Tuberkulosis*. Retrieved from <http://www.ichrc.org/48-tuberkulosis>. Di Akses pada 8 November 2014.
- Karim, M. (2012). Risk Factors of Childhood Tuberculosis : a Case Control Study From Rural Bangladesh. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 1(1), 76-86.
- Kartasmita, C. B. (2009). Epidemiologi Tuberkulosis. *Sari Pediatri*, 11(2), 124-129.
- Kementrian Kesehatan. (2011). *Rencana Aksi Nasional : Programmatic Management of Drug Resistance Tuberculosis Pengendalian Tuberkulosis. Indonesia : 2011-2013*. Kementrian Kesehatan RI
- Kementrian Kesehatan. (2013). *Juknis Manajemen TB Anak*. Jakarta :

- Kementerian Kesehatan RI  
Kementrian Kesehatan. (2013). *Tatalaksana Tuberkulosis*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Laban, Y. Y. (2008). *Kesehatan Masyarakat TBC. Penyakit & Cara Pencegahan*. Yogyakarta : Kanisius
- Laila, R. M. (2004). *Karakteristik Sumber Penularan pada Penderita TB Paru Anak yang Berobat di Poliklinik Paru Anak RS. Dr. Kariadi Semarang (Tesis)*. Universitas Diponegoro, Semarang.
- Manalu, H. S. P. (2010). Faktor-Faktor yang mempengaruhi kejadian TB Paru dan Upaya Penanggulangannya. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 9(4), 1340-1346.
- Marcdante, K. J., Kliegman, R. M., Jenson, H. B. & Behrman, R. E. (2014). *Ilmu Kesehatan Anak Esensial Edisi Keenam*. Siangapore : Elsevier
- Muaris, H. 2006. *Bekal Sekolah untuk anak Balita*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Murdani, P. K., Suryani, N & Pasek, M. S. (2013). Hubungan Persepsi dan Tingkat Pengetahuan Penderita Tuberkulosis Dengan Kepatuhan Pengobatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng 1. *Jurnal Magister Kedokteran Keluarga*, 1(1), 14-23.
- Murniasih, E & Livana. (2007). Hubungan Pemberian Imunisasi BCG Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru Pada anak Balita Di Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru Ambarawa Tahun 2007. *Jurnal Kesehatan Surya Medika Yogyakarta*, Di Akses dari <https://skripsistikes.files.wordpress.com/2009/08/1.pdf>
- Musadad, A. (2006). *Hubungan Faktor Lingkungan Rumah Dengan Penularan TB Paru Kontak Serumah*. *Jurnal Ekologi Kesehatan*, 5(3), 486-496.
- Muscari, M. E. (2005). *Panduan Belajar : Keperawatan Pediatrik, E/3*. Jakarta : EGC
- Myers, J., Neighbors, M., & Jones, R.T. (2002). *Principles of Pathophysiology and Emergency Medical Care*. Canada : Delmar
- Naben., Suhartono., & Nurjazuli. (2013). *Kebiasaan Tinggal di Rumah Etnis*

- Timor Sebagai Fator Risiko Tuberkulosis Paru. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, 12 (1) 10-21.
- Notoatmodjo 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Parikh, Crabbe, Auldist & Rothenberg. (2009). *Pediatric Thoracic Surgery*. London : Spriger-Verlag
- Perhimpunan Dokter Paru di Indonesia. (2006). *Tuberkulosis. Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan di Indonesia*. Retrieved From <http://www.klikdpi.com/konsensus/tb/tb.html>. Diakses pada 23 November 2014.
- Perry, A.G., & Potter, P.A. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik*. (Ed 4). (Y. Asih, Terj.). Jakarta: EGC.
- Polit, D. F & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research : Principles and Methods 7th Ed*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Prasetyowati, I & Wahyuni, C. U. (2009). Hubungan Antara Pencahayaan Rumah, Kepadatan Penghuni dan Kelembaban, dan Risiko Terjadinya Infeksi TB Anak SD di Kabupaten Jember. *Jurnal Kedokteran Indonesia*, 1(1)88-93.
- Pusat Data dan Informasi.. (2013). *Data dan Informasi Kesehatan Provinsi Jawa Barat*. Kementerian Kesehatan RI
- Rahardja, K. & Tjay, T.H. (2007). *OBAT-OBAT PENTING. Kasiat, Penggunaan dan Efek-efek Sampingnya*. Jakarta : Elex Media Komputindo.
- Ratjen, F & Deterding, R. R. (2006). *Kendig and Chernick's Disorders of the Respiratory tract in Children-8th Ed*. Philadelphia : Elsevier Saunders.
- Raviglione, M. C. (2006). *Tuberculosis. A Comprehensive, International Approach, Third Edition, Part A*. New York : Informa Healthcare USA
- Riset Kesehatan Dasar. (2013). *Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan : Kementerian Kesehatan RI
- Rizqina, M. (2011). *Peran Keluarga Dalam Merawat Penderita TB Paru dan Konsep Diri Penderita TB Paru di Balai Pengobatan Penyakit Paru (BP4) (Skripsi)*. Universitas Sumatera Utara : Medan
- Samidah, I. (2013). *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Suka Merindu Kota Bengkulu*. Di unduh dari file:///C:/Users/Fitri/Downloads/manuskrip%20bu%20ida.doc

- Santrock. J. W. (2003). *Adolescence, 6th Edition*. Brown and benchmark
- Sari, E. E. (1993). *Audience Research : Pengantar Studi Penelitian Terhadap Pembaca, Pendengar dan Pemirsa*. Yogyakarta : Andi Offset
- Sarwani, D. SR. Nurlaela, S & Zahrotul, I. A. (2012). Faktor Risiko Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB). *Jurnal Kesehatan Masyarakat, 8 (1)*, 60-66.
- Shah, Ira. (2008). *TUBERCULOSIS*. (Retrieved from [http://www.pediatriconcall.com/fordocor/Diseases\\_a\\_z/article.aspx?artid=107](http://www.pediatriconcall.com/fordocor/Diseases_a_z/article.aspx?artid=107)) Diakses pada 20 November 2014.
- Shandra & Lufthiani. (2012). *Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Pada Suku Melayu di Kelurahan Pekan Labuhan Kecaatan Medan Labuhan*. Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara.
- Sitanggang, Y.A, Qura'niati, N & Krisnana, I. (2013). Hubungan Penatalaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kejadian ISPA Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Martapura. Di akses dari <http://journal.unair.ac.id/filerPDF/pmnj42a2555164full.docx>
- Somantri, I. (2007). *Keperawatan Medikal Bedah : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Starke, J. R. (2004). *Tuberculosis in Children*. Seminar Respir Crit Care Med. 2004;25(3).
- Starke, J. R. (2006). *Tuberculosis and Nontuberculous Mycobacterial Infection ; Tuberculosis in Infants and Children*. Washington, DC : American Society for Microbiology.
- Sugiharti, Y. (2010) (Retrieved from ). <https://www.ibudanbalita.com/diskusi/BALITA-THE-GOLDEN-AGE>.) Diakses pada 25 November 2014.
- Sunarjo, D. (2000). TBC Pada Anak. Retrieved from [rsud.patikab.go.id/v2/download/TBC.doc](http://rsud.patikab.go.id/v2/download/TBC.doc). Di Akses pada 23 November 2014.
- Supartini, Y. (2004). *Buku ajar konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta:EGC
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga : Aplikasi Dalam Praktik*. Jakarta : EGC

- Suryanah. (1996). *Keperawatan Anak untuk Siswa SPK*. Jakarta : EGC
- Suryo, J. (2010). *Herbal Penyembuh Gangguan Sistem Pernapasan*. Yogyakarta: B First
- Swarjana, I. K. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : ANDI
- Syamsianah, A & Rosidi, A. (2012). Optimalisasi Perkembangan Motorik Kasar dan Ukuran Anropometri Anak Balita di Posyandu “Balitaku Sayang” Kelurahan Jangli Kecamatan Tembalang Kota Semarang. *Seminar Hasil Penelitian ..(..)*, 162-169.
- Theolis.(2012). *Current Diagnosis of Infant Tuberculosis Infection*. USA : Bentham ebooks.
- Tim Pengajar Anak. (2012). *Buku Perkuliahan Program D3 Keperawatan FIK UNIPDU Jombang*. FK Unipdu : Jombang.
- Unaradjan, D. D. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta : Universitas Atma Jaya
- Murwani, A & Yuliana, Y. (2007). Tingkat Keberhasilan Penyembuhan Tuberkulosis Paru Primer Pada Anak Usia 1-6 Tahun Di Desa Cibuntu Cibitung Bekasi dengan Pendekatan Pola Perawatan. *Jurnal Kesehatan Surya Medika Yogyakarta*. Di akses pada <https://skripsistikes.files.wordpress.com/2009/08/5.pdf>
- Wasis. (2008). *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat*. Jakarta : EGC
- Wong, D.L. (2008). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 6th Ed*. Mosby : Inc
- Zulfitri, R & Agrina, H. (2012). Gambaran Pelaksanaan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Rumbai. *Jurnal Ners Indonesia*, 2 (2), 109-115.

## Lampiran 2 : Instrumen Penelitian



## KUESIONER PENELITIAN

Kepada  
Calon Responden Penelitian  
Dengan hormat,  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Fitri Alfisah  
NPM : 1106089035  
No Hp : 085716400932  
Email : fitri.alfisah@ui.ac.id

Selamat pagi/siang/sore

Saya adalah mahasiswa tingkat akhir Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia angkatan 2011. Saat ini saya sedang melakukan penelitian tugas akhir (skripsi) mengenai **“Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dalam Pengobatan Tuberkulosis Paru pada Anak”**. Penelitian ini bertujuan untuk melihat keoptimalan tugas kesehatan keluarga yang telah dilakukan dalam merawat anak yang sakit. Partisipasi Anda bersifat sukarela. Anda berhak memilih ikut atau tidak ataupun mundur dalam penelitian ini tanpa ada sanksi apapun. Saya mohon kesediaan Anda untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dan jika anda berkenan mengikuti, dimohon untuk menandatangani lembar persetujuan.

Mohon kesediaan anda untuk mengisi kuesioner di bawah ini dengan sejujur-jujurnya dan apa adanya sesuai dengan pengalaman anda. Pada kuesioner ini tidak ada jawaban salah atau benar dan jawaban anda dijamin kerahasiaannya. Harap tidak ada pertanyaan yang terlewatkan. Saya bersedia ditanya oleh Anda apabila terdapat prosedur yang kurang jelas dalam kuesioner penelitian ini. Terimakasih atas partisipasi dan bantuan anda.

Hormat saya,

Fitri Alfisah  
1106089035

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Fitri Alfisah

Judul penelitian : **Gambaran Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dalam Pengobatan Tuberkulosis Paru pada Anak**

Saya mengetahui bahwa penelitian ini dilakukan dengan memberikan pertanyaan dalam kuesioner yang harus saya isi dengan lengkap, jujur, serta sesuai petunjuk. Saya menyatakan bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner ini. saya telah mendapatkan informasi bahwa menjadi responden dalam penelitian ini tidak merugikan dan menimbulkan risiko yang berbahaya bagi saya. Saya telah dijelaskan bahwa penelitian ini bersifat sukarela dengan identitas responden yang dirahasiakan oleh peneliti. Data yang saya berikan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Demikian pernyataan ini saya tanda tangani tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Mengetahui  
Peneliti

...., Februari 2015  
Mengetahui,

(FitriAlfisah)  
(.....)



## KUESIONER PENELITIAN

No. Responden :  
 Tanggal :  
 InisialNama :

### I. Data Dasar Keluarga (Kuesioner Demografi)

Petunjuk :

- Berilah tanda *chekclist* (√) pada jawaban yang dipilih
- Semua pertanyaan harus dijawab
- Tiap pertanyaan harus diisi dengan satu jawaban

1. Usia Orangtua :

2. Tingkat Pendidikan :
- TidakSekolah/Tidaktamat SD
- SD
- SMP
- SMA
- PerguruanTinggi

3. Penghasilan :
- < 2.450.0000
- > 2.450.0000

4. Suku :
- Jawa  Batak  Lainnya...
- Sunda  Betawi

5. Usia Anak :

6. Jenis Kelamin Anak :
- Laki-laki
- Perempuan

## II. Kuesioner

Petunjuk : Berilah tanda *checklist* (√) pada jawaban yang dipilih

TB = Tuberkulosis = flek paru

No.	Pernyataan	Setuju	Tidak Setuju
1.	Keluarga menganggap penyakit TB paru disebabkan oleh kuman TB		
2.	Penyakit TB paru merupakan penyakit menular		
3.	Penyakit TB paru ditularkan oleh anak ke anak		
4.	Tanda gejala utama penyakit TB paru anak adalah batuk lebih dari 3 (tiga) minggu, penurunan berat badan dan kurang nafsu makan		
5.	Penyakit TB paru pada anak ditandai dengan sesak nafas dan nyeri dada		
6.	Penyakit TB paru pada anak ditularkan melalui percikan saat bicara, batuk/bersin		
7.	Kurangnya pencahayaan sinar matahari dalam rumah dapat menyebabkan pertumbuhan kuman TB		
8.	Lama pengobatan TB paru anak adalah 5 bulan		
9.	penyakit TB paru pada anak dapat dicegah dengan pemberian vaksin/imunisasi BCG		
10.	Pencegahan TB paru anak sebaiknya tidak tidur sekamar dengan anak lainnya yang menderita TB paru		
11.	Keluarga menganggap bahwa kuman TB dapat menyebar ke otak anak		

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Tidak Pernah
12.	Keluarga melakukan semua saran yang diberikan oleh petugas rumah sakit				
13.	Keluarga menghentikan pengobatan jika anak sudah membaik (tidak batuk, tidak demam, nafsu makan normal)				
14.	Keluarga melakukan kontrol rutin ke rumah sakit				
15.	Keluarga merasa stres saat anak sakit				

Universitas Indonesia

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Tidak Pernah
16.	Keluarga membawa anak ke dukun/alteratif untuk mendapat pengobatan				
17.	Keluarga membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari seperti makan, mandi, dll				
18.	Keluarga melakukan cuci tangan saat sebelum dan sesudah memberikan makanan pada anak				
19.	Ketika anak demam, keluarga melakukan kompres pada anak				
20.	Pemberian obat pada anak dilakukan setelah makan				
21.	Keluarga menganjurkan anak untuk tidak membuang meludah sembarangan				
22.	Keluarga menganjurkan kepada anak untuk menutup mulut ketika batuk/bersin				
23.	Keluarga memberikan makan ke anak sebanyak 3x sehari				
24.	Keluarga memberikan makanan kesukaan anak				
25.	Keluarga menyediakan waktu untuk membersihkan rumah dan lingkungan di sekitar rumah				
26.	Keluarga membersihkan lingkungan yang kotor agar tidak bersarang kuman penyakit				
27.	Keluarga membuka pintu dan jendela rumah setiap hari				
28.	Keluarga melarang anak untuk melakukan kegiatan yang dapat memperburuk penyakitnya seperti jajan sembarangan, makan makanan yang tidak bergizi dll				
29.	Keluarga menjemur kasur dan bantal yang dipakai anak				
30.	Keluarga menciptakan lingkungan yang nyaman untuk anak istirahat				

No.	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Tidak Pernah
31.	Keluarga merasa malu saat anak keluar rumah dan bersosialisasi dengan orang lain				
32.	Keluarga tidak mengusahakan sinar matahari agar masuk ke kamar tidur/rumah				
33.	Keluarga datang ke rumah sakit jika terjadi masalah kesehatan pada anak				
34.	Keluarga merasa terbebani dengan biaya pengobatan anak di rumah sakit				
35.	Pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan adalah pelayanan yang terbaik				
36.	Keluarga dapat mencapai rumah sakit dengan mudah melalui angkutan, kendaraan pribadi (motor/mobil) dll				
37.	Setelah berobat/kontrol ke rumah sakit kondisi kesehatan anak menjadi membaik				

Terimakasih atas kerjasamanya ...

Lampiran 3 : Surat Ijin Penelitian



**INSTALASI DIKLAT  
RSUD KOTA BEKASI**

Jl. Pramuka No. 55 Telp. 8841005 Fak. 8853731  
BEKASI

**SURAT KETERANGAN**

No. 76 / Diklat – RSUD / V/ 2015

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Sri Sutarsih Lukman, Sp.M  
Jabatan : Kepala Instalasi Diklat RSUD Kota Bekasi

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : FITRI ALFISAH  
NPM : 1106089035  
Asal Mahasiswa : Universitas Indonesia Fakultas Ilmu Keperawatan

Bahwa yang bersangkutan benar telah selesai melaksanakan kegiatan Penelitian di Bagian Anak Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi, terhitung tanggal 25 Maret - 24 April 2015.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bekasi, 04 Mei 2015

Kepala Instalasi Diklat  
RSUD Kota Bekasi

dr. Sri Sutarsih Lukman, Sp.M  
Nip. 19570724 198312 2 001

Universitas Indonesia

## Lampiran 4 : Biodata Penelitian



### **IdentitasDiri**

Nama : Fitri Alfisah  
Tempattanggallahir : Jakarta, 7 April 1993  
Jeniskelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Telepon : +62 8571640 0932  
Email : fitrialfisah0@gmail.com  
Alamat : Jl. Pinang Ranti 006/07 no.31, makasar, Jakarta Timur

### **PendidikanFormal**

1998 – 1999 : TK Miniatur, Jakarta  
1999 - 2005 : SDN Jati Asih V, Bekasi  
2005 - 2008 : SMPN 20, Jakarta  
2008 - 2011 : SMAN 42, Jakarta  
2011- 2015 : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok

**Universitas Indonesia**