



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA
TERHADAP KLIEN TUBERKULOSIS PARU
YANG BEROBAT DI POLI PARU
PUSKESMAS KECAMATAN JAGAKARSA**

SKRIPSI

**WIJI SARASWATI
1006823601**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI SARJANA
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA
TERHADAP KLIEN TUBERKULOSIS PARU
YANG BEROBAT DI POLI PARU
PUSKESMAS KECAMATAN JAGAKARSA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan

**WIJI SARASWATI
1006823601**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI SARJANA
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Wiji Saraswati

NPM : 1006823601

Tanda Tangan : 

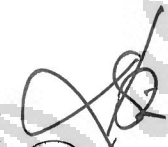
Tanggal : 13 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Wiji Saraswati
NPM : 1006823601
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Gambaran Dukungan Sosial Keluarga Terhadap
Klien Tuberkulosis Paru Yang Berobat Di Poli
Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa

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 : Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN ()

Penguji : Ns. Sukihananto, S.Kep.,M.Kep ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Gambaran Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Klien Tuberkulosis Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa”**. Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan.

Peneliti mendapatkan banyak dukungan, arahan, bimbingan, dan doa dari berbagai pihak dalam penyusunan skripsi ini. Untuk itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN., selaku pembimbing skripsi saya yang selalu sabar dalam memberikan arahnya selama pembuatan proposal ini.
3. Ibu Kuntarti, S.Kp., M. Biomed, selaku koordinator mata ajar Tugas Akhir.
4. Dr. H. Kurnianto Amien, MM, Kepala Suku Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Selatan, yang telah memberikan izin sehingga penelitian ini dapat terlaksana.
5. Dr. Eliza, M.kes, Kepala Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melanjutkan pendidikan dan memberikan izin uji kuisioner.
6. Dr.Dewi Mustika , M.Kes, Kepala Puskesmas Kecamatan Jagakarsa yang telah memberikan izin sehingga penelitian ini dapat terlaksana.
7. Dr. Asrie Rahayu, Kepala Pemberantasan Penyakit Menular sekaligus Penanggung Jawab Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa.
8. Manih Samat, AMK, sahabat sekaligus Koordinator Program TB Puskesmas Kecamatan Jagakarsa.

9. Kedua orang tuaku, Drs. Pandji. S dan Suprapti, SPd untuk doa dan restunya.
10. Suami tercinta, matahariku, Supriyanto, dan sun shines; Caca, Dea, dan Rafi, sumber inspirasiku yang selalu memberikan semangat dan doa kepada peneliti untuk terus maju.
11. Teman-teman ekstensi angkatan 2010 yang saya cintai yang selalu menguatkan dan saling mendukung selama proses pembelajaran.
12. Serta semua pihak yang telah membantu peneliti baik secara langsung maupun tidak langsung yang tak dapat disebutkan namanya satu persatu.

Peneliti menyadari keterbatasan dan kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, Peneliti mengharapkan saran dan kritik yang membangun untuk perbaikan dalam penelitian selanjutnya. Akhirnya, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Depok, 13 Juli 2012

Peneliti

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

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

Nama : Wiji Saraswati
NPM : 1006823601
Program Studi : S1 Keperawatan-Ekstensi
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 dukungan sosial keluarga terhadap klien tuberkulosis paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa”

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 memublikasikan 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 : 13 Juli 2012

Yang menyatakan



(Wiji Saraswati)

DAFTAR ISI

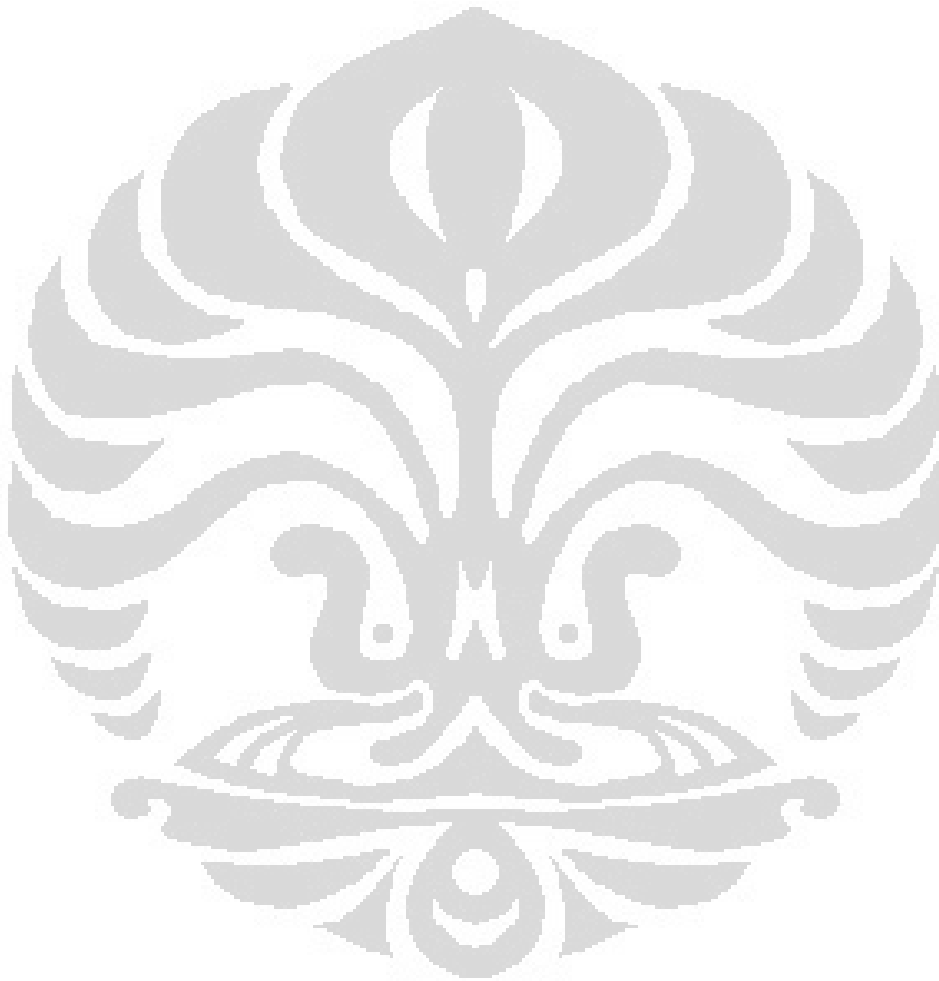
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Masalah Penelitian	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2 .TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Dukungan Sosial Keluarga.....	6
2.1.1. Definisi.....	6
2.1.2. Sumber Dukungan Sosial.....	6
2.1.3. Type Dukungan Sosial.....	9
2.2 Tuberkulosis Paru.....	10
2.2.1. Definisi.....	10
2.2.2. Penyebab dan Cara Penularan.....	11
2.2.3. Penemuan dan Diagnosis.....	12
2.2.4. Gejala Klinis Tuberkulosis.....	13
2.2.5. Klasifikasi Tuberkulosis.....	14
2.2.6. Pengobatan Tuberkulosis.....	16
2.2.7. Strategi DOTS.....	18
2.3. Kerangka Teori	18
BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep	21
3.2 Definisi Operasional	22
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	27
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	27

4.3 Tempat Penelitian.....	29
4.4 Waktu Penelitian.....	29
4.5 Etika Penelitian	29
4.6 Alat Pengumpul Data.....	31
4.7 Prosedur Pengumpul Data	34
4.8 Pengolahan dan Analisis Data	35
 BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	 38
 BAB 6 PEMBAHASAN.....	 45
 BAB 7 PENUTUP.....	 52
 DAFTAR REFERENSI.....	 55



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	: Kerangka Teori.....	20
Gambar 3.1	: Kerangka Konsep.....	22

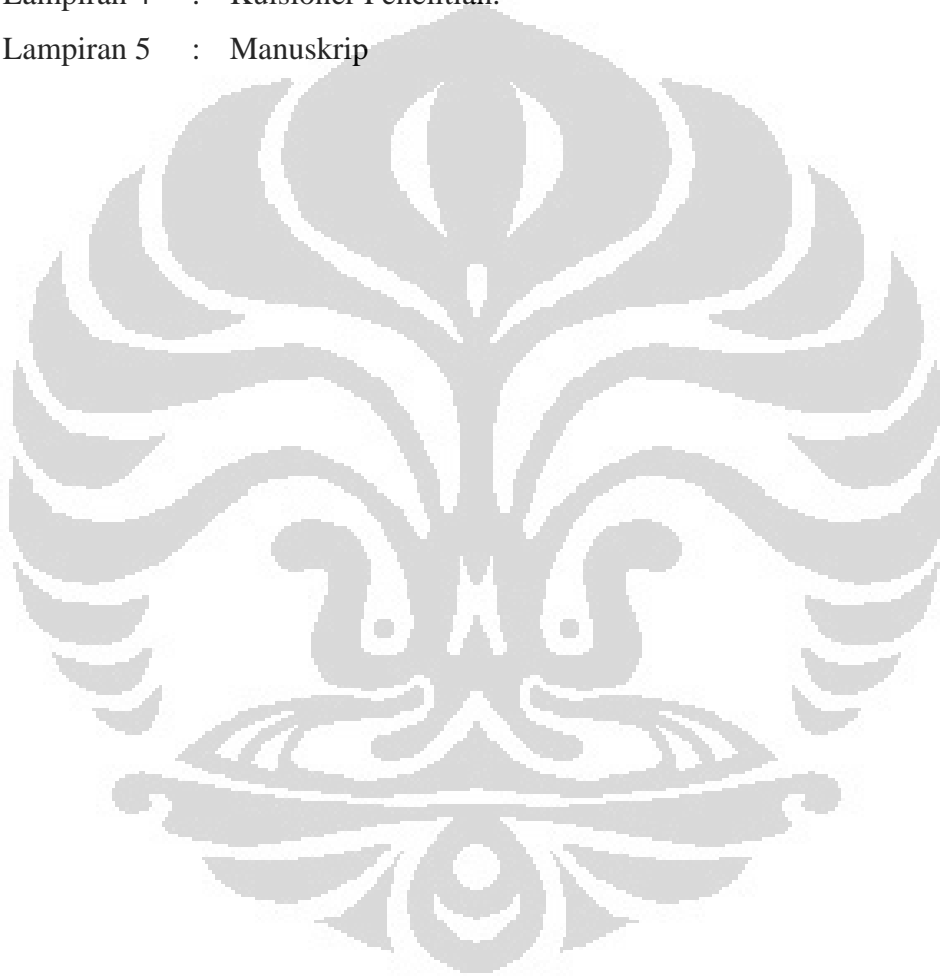


DAFTAR TABEL DAN DIAGRAM

Tabel 3.1	: Definisi operasional, cara ukur, hasil ukur, dan skala ukur.....	23
Tabel 4.2	: Analisis univariat karakteristik responden dan variabel independen.....	37
Tabel 5.1	: Distribusi responden berdasarkan umur.....	39
Tabel 5.2	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga, dan fase pengobatan.....	41
Tabel 5.3	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga jenis dukungan emosional.....	41
Tabel 5.4	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga jenis dukungan nyata/instrumental.....	42
Tabel 5.5	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga jenis dukungan informasi.....	42
Tabel 5.6	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga jenis dukungan jaringan.....	43
Tabel 5.7	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan total dukungan sosial keluarga.....	43
Diagram 5.1	: Proporsi dukungan sosial keluarga berdasarkan besar dukungan.....	44

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Ijin Penelitian dari Suku Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Selatan.
- Lampiran 2 : Inform Consent
- Lampiran 3 : Surat persetujuan tertulis untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- Lampiran 4 : Kuisioner Penelitian.
- Lampiran 5 : Manuskrip



ABSTRAK

Nama : Wiji Saraswati
Program Studi : Program Sarjana Ekstensi
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Gambaran Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Klien
Tuberkulosis Paru Yang Berobat Di Puskesmas
Kecamatan Jagakarsa

Dukungan sosial keluarga merupakan bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga agar klien TB merasa nyaman, dicintai, dihargai, dan diperhatikan sehingga klien TB termotivasi untuk mematuhi pengobatan yang sedang dijalannya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran dukungan sosial keluarga terhadap klien TB Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa. Metode deskriptif dengan *total sampling* diterapkan pada penelitian ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan yang baik dari masing-masing jenis dukungan. Jenis dukungan instrumental memiliki rata-rata dukungan tertinggi (25,51%). Oleh karena itu disarankan Puskesmas Kecamatan Jagakarsa untuk mengembangkan dukungan instrumental untuk meningkatkan motivasi dan kepatuhan berobat klien TB.

Kata kunci:
Dukungan sosial keluarga, dukungan instrumental, TB Paru

ABSTRACT

Nama : Wiji Saraswati
Program Studi : Extension Undergraduate Program
Faculty of Nursing, University of Indonesia
Judul : A family social support description for TB clients who
treated at Jagakarsa Health Center

A family social support is a form of support provided by the family to make TB clients feel comfortable, loved, respected, and noted that clients are motivated to adhere to TB treatment. This study aims to describe family social support for TB clients who seek treatment at Jagakarsa Health Center. A descriptive with total sampling method applied in this study. The results showed good support from each type of support. The instrumental support had the highest average score (25.51%). It is therefore recommended Jagakarsa Health Centers develop instrumental support guidance to enhance client motivation and adherence to TB treatment.

Keywords:

Family social support, instrumental support, pulmonary TB

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang.

Tuberkulosis, selanjutnya disebut TB, merupakan penyakit yang berbahaya. Kasus baru TB menginfeksi sekitar 8,5-9,2 juta penduduk dunia pada tahun 2010 dan menyebabkan 1,2-1,5 juta kematian, termasuk kematian akibat TB dengan HIV positif. TB merupakan penyebab utama kematian kedua akibat penyakit infeksi di dunia setelah HIV. Kuman TB yang kebal terhadap obat anti TB, dikenal sebagai TB-MDR (Tuberkulosis-Multi Drug Resistance), sebagai akibat dari kasus yang tidak berhasil disembuhkan, juga terus meningkat, selain itu, munculnya pandemi HIV/AIDS di dunia juga meningkatkan resiko kejadian TB akibat koinfeksi TB HIV (WHO, 2011). TB dapat mengakibatkan kematian bila tidak ditangani dengan benar dan saat ini penyebarannya terus meningkat.

Penyebaran TB meningkat dengan pesat dan menjadi masalah kesehatan utama di dunia. Sepertiga penduduk di dunia diperkirakan terinfeksi TB saat ini. WHO mencanangkan TB sebagai kedaruratan dunia/global emergency pada tahun 1993, karena jumlah penyakit TB yang terus meningkat dan banyak yang tidak berhasil disembuhkan, terutama pada negara yang dikelompokkan dalam 22 negara dengan masalah TB terbesar, salah satunya Indonesia (Kemenkesri, 2011).

TB masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia saat ini. Indonesia merupakan negara keempat setelah India, China, dan Afrika Selatan, yang memiliki insiden kasus mencapai 0,37 juta-0,54 juta pada tahun 2010 (WHO, 2011). Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 dan 2001 menunjukkan bahwa TB merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi. Hasil survey Prevalensi TB Indonesia tahun 2004 menunjukkan bahwa angka prevalensi TB

BTA positif secara nasional adalah 110 per 100.000 penduduk (Kemenkesri, 2011). TB merupakan masalah kesehatan utama masyarakat yang harus segera diberantas dan dihindari penyebarannya.

Strategi stop TB dilakukan untuk memberantas TB melalui strategi Directly Observed Treatment Short-course (DOTS). WHO merekomendasikan target global Millennium Development Goal (MDGs) yaitu untuk membasmi TB pada tahun 2015. WHO dan International Union Against TB and Lung Disease (IUATLD) telah mengembangkan strategi penanggulangan TB yang dikenal dengan strategi DOTS pada awal tahun 1990-an, dengan fokus utama penemuan dan penyembuhan pasien, dan prioritas utama diberikan kepada klien TB tipe menular (Kemenkesri, 2011).

Jumlah penderita TB Paru di DKI Jakarta tahun 2009 sebanyak 13.377 penderita dan 6.164 diantaranya merupakan TB BTA+. 34 % penderita dinyatakan sembuh dari 11.868 penderita yang diobati. Sedangkan untuk wilayah Jakarta Selatan sendiri terdapat 1.469 penderita Tb dengan BTA+ 1.314 kasus. Angka kesembuhan di Wilayah Jakarta Selatan cukup tinggi sebesar 82 % (Profil Kesehatan DKI Jakarta, 2010).

Puskesmas Kecamatan Jagakarsa merupakan salah satu puskesmas yang terletak di Jakarta Selatan. Puskesmas Kecamatan Jagakarsa merupakan Puskesmas dengan fasilitas rawat inap non RB yang pertama di Jakarta Selatan. Puskesmas Kecamatan Jagakarsa sudah menerapkan strategi DOTS dan merupakan puskesmas percontohan untuk Program Practical Approach to Lung Health (PAL) dalam pemberantasan TB di wilayah kerjanya. PAL merupakan sebuah pendekatan yang berpusat pada klien untuk penatalaksanaan dan diagnosis berkualitas gangguan pernafasan pada setting puskesmas (WHO, 2008). Kunjungan total Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa sebanyak 2467 orang pada tahun 2011. Klien TB yang ditemukan pada tahun 2011; TB BTA + sebanyak 87 kasus, Kambuh 8 kasus, TB BTA Negatif 140 kasus, Ekstra Paru 6 kasus, dan TB Anak 45 kasus. 62 dari 97 kasus (64%) TB BTA +, sampai dengan

Universitas Indonesia

tri wulan II, berhasil dikonversi tahun 2011. Klien TB yang default pada tahun 2011 sebanyak 14 klien yang terdiri dari 11 orang pada tri wulan I, 2 orang pada tri wulan II, dan 1 orang pada tri wulan III, drop out obat (DO) 19 orang dan meninggal 3 orang.

Resiko penularan TB Paru masih tinggi di wilayah Kecamatan Jagakarsa, dimana ditemukan belum semua klien TB yang ada minum obat secara teratur, yang dibuktikan dengan masih terdapat klien drop out obat 19 orang dari 307 klien dalam satu tahun. Hal ini mungkin disebabkan karena lamanya waktu yang dibutuhkan untuk pengobatan TB Paru, yaitu minimal enam bulan. Oleh karena itu dibutuhkan dukungan dari berbagai pihak, terutama dari orang terdekat klien, seperti keluarga. Penelitian yang pernah dilakukan oleh Hutapea (2006) menemukan hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis. Hasil analisis menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang baik, akan meningkatkan kepatuhan klien minum obat anti tuberkulosis. Penelitian Rachmawati dan L. Turniani (2006) menjelaskan bahwa ada efek langsung dukungan sosial terhadap motivasi klien TB untuk sembuh dari penyakitnya. Seseorang akan sembuh lebih cepat dari sakit bila keluarganya membantunya memecahkan masalah dengan lebih efektif. Adaptasi terhadap masalah kesehatan yang kronis juga didukung oleh adanya sistem yang efektif dari dukungan sosial (Wallston, et al dalam Rustiana 2006).

Manusia merupakan makhluk sosial. Manusia tidak dapat hidup sendiri tanpa bantuan orang lain. Semua kebutuhan baik fisik, sosial dan psikis termasuk rasa aman, rasa ingin dihargai, rasa kasih dan sayang, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain. Seseorang yang terpapar oleh faktor stressor, salah satunya penyakit, biasanya akan mencari dukungan dari orang-orang di sekitarnya, misalnya keluarganya, sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan, dan dicintai. Keluarga maupun teman dekat biasanya akan memberikan dukungan yang dapat membantu orang tersebut mengatasi masalahnya. Dukungan sosial adalah bantuan yang diterima oleh individu dari orang lain atau kelompok di

sekitarnya, dengan membuat penerima merasa nyaman, dicintai, dan dihargai (Sarafino, 2006).

Penelitian mengenai dukungan sosial keluarga bagi klien TB penting untuk dilakukan agar dapat menunjang keberhasilan pengobatan bagi klien TB. Hasil penelitian ini akan sejalan dengan penelitian Hutapea dan Rachmawati dan L.Turniani, dan dapat dilanjutkan dengan penelitian sejenis untuk membuktikan bahwa dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan klien TB terhadap pengobatan TB.

1.2. Masalah Penelitian

Penelitian Hutapea (2006) menemukan hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis. Adaptasi terhadap masalah kesehatan yang kronis juga didukung oleh adanya sistem yang efektif dari dukungan sosial (Wallston, et al dalam Rustiana 2006). Klien TB Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa 19 orang putus obat/drop out obat dan 3 orang meninggal. Informasi terkait dukungan sosial keluarga terhadap klien TB Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa belum tersedia. Berdasarkan situasi ini, mendorong peneliti melakukan penelitian tentang bagaimana pemberian dukungan sosial keluarga bagi klien TB di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa.

1.3. Tujuan Penelitian.

1.3.1. Tujuan Umum.

Mengidentifikasi gambaran dukungan sosial keluarga terhadap klien TB Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa.

1.3.2. Tujuan Khusus.

Mengidentifikasi:

- a. Karakteristik (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga, dan lamanya minum obat) klien TB Paru.
- b. Dukungan sosial keluarga terhadap klien TB yang terdiri dari:
 - dukungan emosional atau harga diri
 - dukungan instrumental atau dukungan nyata
 - dukungan informasi
 - dukungan persahabatan atau jaringan

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Poliklinik Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa.

Hasil penelitian dapat menjadi panduan dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien Tuberkulosis Paru, maupun penerapan intervensi keperawatan mandiri yang komprehensif terhadap klien klien TB Paru terutama yang berhubungan dengan dukungan sosial keluarga. Para perawat di poli paru diharapkan dapat lebih memotivasi klien TB Paru terhadap kepatuhan minum obat, memutus mata rantai penularan TB Paru, meningkatkan angka keberhasilan pengobatan TB Paru, menurunkan angka klien putus obat/drop out dan gagal pengobatan.

1.4.2. Pengembangan Ilmu Keperawatan.

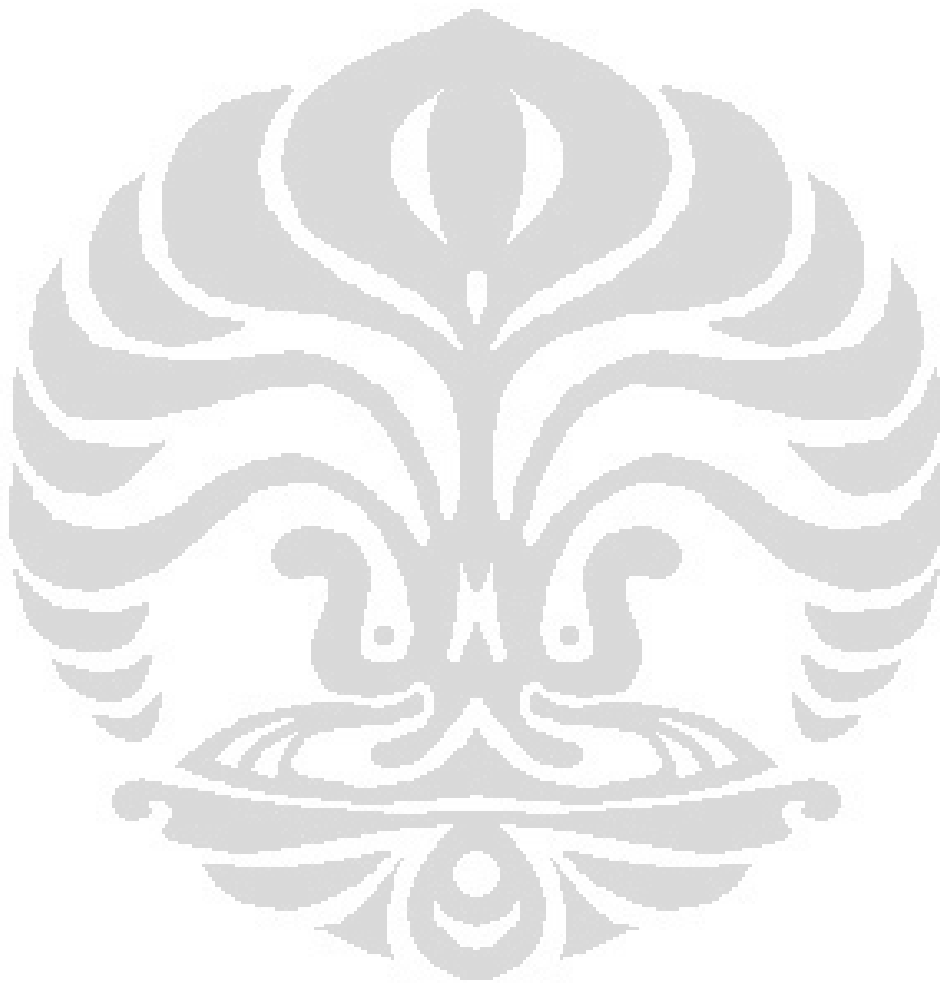
Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan manfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan, terutama yang berkaitan dengan model dukungan sosial keluarga terhadap klien TB Paru.

1.4.3. Institusi Pendidikan.

Hasil penelitian dapat menjadi dasar pengembangan materi dukungan keluarga terhadap klien TB yang dapat digunakan dalam proses pendidikan mahasiswa.

1.4.4. Penelitian Keperawatan.

Penelitian ini dapat menjadi landasan bagi pengembangan penelitian keperawatan selanjutnya tentang dukungan sosial keluarga untuk mengembangkan asuhan keperawatan yang bermutu bagi masyarakat luas.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA.

2.1.1. Definisi.

Beberapa ahli mengemukakan beragam definisi tentang dukungan sosial, namun pada intinya memiliki pengertian yang sama. Dukungan sosial merujuk pada kenyamanan yang dirasakan, perhatian, penghargaan, atau bantuan yang diterima seseorang dari orang lain atau kelompok (Gentry & Kobasa, 1984; Wallston, et al, 1983; Wills & Fegan, 2001 dalam Sarafino, 2006; Baron & Byrne, 2005), pendapat lain dari dukungan sosial yaitu suatu pemahaman bahwa orang lain berespon dan mau membantu kebutuhan seseorang, yang dapat membantu orang tersebut mengatasi stresnya (Aronson, Wilson, & Akert, 2007). Sedangkan Taylor mengemukakan dukungan sosial sebagai suatu informasi dari orang lain bahwa seseorang dicintai dan diperhatikan, dihormati dan dihargai, dan merupakan bagian dari suatu jaringan komunikasi dan kewajiban bersama (Taylor, 1995).

Kesimpulan dari beragam definisi tersebut menunjukkan bahwa dukungan sosial merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diterima oleh seseorang dari orang lain atau kelompok untuk membantu orang tersebut memenuhi kebutuhannya, yang akan membantunya mengatasi stress, sehingga ia merasa nyaman, diperhatikan, dicintai, dihargai, dihormati, dan menjadi bagian dari suatu kelompok.

2.1.2. Sumber Dukungan Sosial.

Sumber dukungan sosial dapat beraneka ragam. Dukungan yang diterima dapat berasal dari pasangan atau orang yang dicintai, keluarga, teman, rekan kerja,

petugas kesehatan, atau organisasi masyarakat (Sarafino, 2006; Baron & Byrne, 2005). Sumber dukungan sosial menurut Caplan (1974) dalam Friedman, dkk, (2010) terdiri atas jaringan informal yang spontan (misalnya jaringan sosial keluarga) yaitu kelompok yang dipandang sebagai pemberi bantuan terbanyak selama masa yang dibutuhkan, dukungan terorganisasi yang tidak diarahkan oleh petugas kesehatan yang profesional, dan upaya terorganisasi oleh profesional kesehatan. Orang dengan dukungan sosial percaya bahwa mereka dicintai, dihargai, dan merupakan bagian dari jaringan sosial, seperti keluarga atau organisasi masyarakat yang dapat membantu saat dibutuhkan atau terdapat hal yang membahayakan (Sarafino, 2006).

Keluarga merupakan salah satu sumber dukungan sosial. Keluarga yaitu dua atau lebih individu yang tinggal dalam satu rumah atau tinggal berdekatan satu sama lain, saling memiliki suatu ikatan emosional, terikat dalam hubungan sosial, peran, dan tugas, dan berbagi ikatan budaya, rasa kasih sayang, dan saling memiliki (Anderson & Sabatelli, 2006; Friedman, Bowden & Jones, 2003; Hanson, GedalyDuff, & Kaakinen, 2005; McBride, 2006; Murray & Zentner, 2000 dalam Allender, Rector, & Warner, 2010).

Praktik keperawatan keluarga yaitu asuhan keperawatan yang diberikan kepada keluarga dan anggota keluarga dalam keadaan sehat maupun sakit dengan tujuan untuk membantu keluarga mencapai kesejahteraan keluarga yang lebih tinggi (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Keperawatan keluarga menurut Friedman, Bowden, & Jones (2003) memandang keluarga dalam lima cara pandang yang meliputi:

a. Keluarga sebagai konteks.

Pada model ini, keluarga dipandang sebagai konteks bagi klien atau anggota keluarga (Bozett, (1987); Robinson (1995) dalam Friedman, dkk (2003)). Asuhan keperawatan berfokus pada individu. Keluarga dipandang

sebagai sumber daya bagi klien atau sebagai sebuah stressor. Keluarga merupakan latar belakang atau merupakan fokus sekunder, sedangkan individu menjadi fokus utama terkait pengkajian dan intervensi keperawatan. Perawat melibatkan keluarga dalam berbagai tingkatan. Pengkajian dilakukan kepada keluarga sebagai bagian dari sistem pendukung sosial bagi klien. Pengaruh nyata dan sosioemosional keluarga terhadap klien juga dikaji dan merupakan bagian dalam rencana terapi klien.

b. Keluarga sebagai kumpulan dari anggota-anggotanya.

Keluarga dipandang sebagai akumulasi atau kumpulan individu yang menjadi anggota keluarganya. Keperawatan diberikan kepada seluruh anggota keluarganya yang merupakan fokus dari asuhan keperawatan, namun sebagai unit yang terpisah, bukan unit yang saling terkait.

c. Subsistem keluarga sebagai klien.

Merupakan dasar dari keperawatan keluarga interpersonal, dimana subsistem keluarga merupakan fokus dan penerima pengkajian dan intervensi. Fokus keperawatan keluarga dapat berupa hubungan antara orang tua dan anak, interaksi pernikahan, isu pemberian asuhan, dan masalah bonding attachment.

d. Keluarga sebagai klien.

Keluarga dipandang sebagai sebuah sistem yang saling mempengaruhi. Fokus asuhan terdapat pada hubungan dan dinamika yang ada di dalam keluarga, fungsi dan struktur keluarga, hubungan subsistem keluarga, dan hubungan keluarga dengan lingkungan luarnya.

e. Keluarga sebagai komponen masyarakat.

Keluarga merupakan komponen dari masyarakat. Keluarga dipandang sebagai suatu sub sistem dalam sistem yang lebih besar, yaitu masyarakat atau komunitas. Keluarga dipandang sebagai salah satu lembaga dasar yang ada di masyarakat.

Dukungan sosial keluarga merupakan suatu proses hubungan antara keluarga dan lingkungan sosialnya. Keluarga merupakan sebuah lingkungan sosial yang penting bagi klien dan merupakan salah satu sumber dukungan sosial utama. Friedman, dkk (2003) menjelaskan bahwa dukungan sosial keluarga adalah proses yang terjadi selama masa hidup, dengan type dukungan sosial yang bervariasi sepanjang siklus kehidupan keluarga.

Bila terdapat salah satu anggota keluarganya yang sakit, maka anggota keluarga yang lain akan saling memberikan dukungan agar terbebas dari masalah kesehatan yang sedang dialaminya. Seseorang akan sembuh lebih cepat dari sakit bila keluarganya membantunya. Adanya dukungan sosial yang berasal dari keluarga, suami, atau istri cenderung menurunkan stressor, karena dukungan sosial bekerja sebagai pelindung untuk melawan perubahan peristiwa kehidupan yang berpotensi penuh stress (Rustiana, 2006).

2.1.3. Type Dukungan Sosial.

Empat type dukungan sosial menurut Cutrona & Russel, (1990); Schaefer, Coyne, & Lazarus, (1981); Wills & Fegan, (2001); dalam Sarafino, (2006).

- a. Dukungan emosional atau harga diri (Emotional or Esteem Support), yaitu meliputi menyampaikan empati, kepedulian, perhatian, pandangan positif, dan dorongan semangat terhadap seseorang. Hal tersebut mendorong perasaan nyaman dan menenteramkan hati dengan rasa memiliki dan dicintai pada saat stress berlangsung.
- b. Dukungan yang nyata atau dukungan instrumental (Tangible or Instrumental Support), meliputi bantuan langsung atau nyata, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uangnya atau membantu menyelesaikan tugas-tugasnya saat stress, seperti merawat anak sehingga dapat mengurangi tuntutan atas waktu dan keuangan.

- c. Dukungan informasi (Informational Support) mencakup memberikan nasehat, arahan, saran, atau umpan balik atas apa yang dilakukan seseorang. Misalnya jika seseorang sedang sakit, ia akan mendapatkan informasi dari keluarganya atau dokter tentang bagaimana mengatasi penyakitnya.
- d. Dukungan jaringan atau persahabatan (Companionship Support). Yaitu ketersediaan orang lain untuk menghabiskan waktu dengan orang tersebut, sehingga ia merasa menjadi bagian dalam suatu kelompok masyarakat yang saling berbagi minat dan aktivitas sosial.

Type dukungan yang dibutuhkan dan didapatkan berbeda-beda secara umum, tergantung pada situasi/kondisi stress. Klien kanker menemukan dukungan emosi dan harga diri yang paling membantu dibandingkan type dukungan lainnya, sementara klien penderita penyakit kronis ringan menemukan beberapa type dukungan yang berbeda sama-sama menolong (Martin, et al, 1994 dalam Sarafino, 2006). Penelitian lain yang dilakukan oleh Rachmawati, T dan L, Turniani (2006) menemukan dukungan sosial emosional paling kuat dalam mempengaruhi motivasi untuk sembuh terhadap klien Tuberkulosis yang berobat di Puskesmas.

2.2. TUBERKULOSIS PARU.

2.2.1. Definisi.

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium tuberculosis*) yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura dan kelenjar pada hilus. (Black & Hawks, 2009; KEMENKESRI, 2011; WHO, 2011).

2.2.2. Penyebab dan Cara Penularan.

TB disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, sejenis kuman berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/um dan tebal 0,3-0,6/um. Kuman *Mycobacterium tuberculosis complex* dibedakan secara epidemiologi, digolongkan menjadi *M. tuberculosis*, Varian Asian, Varian African I, Varian African II, dan *M. bovis* (Amin dan Bahar, 2007).

Infeksi TB Paru melalui udara terjadi melalui inhalasi droplet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi/pasien dengan TB BTA positif. Saat penderita TB BTA positif batuk atau bersin, ia menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei). Jumlah percikan dahak pada satu kali batuk, diperkirakan sekitar 3.000 percikan. Partikel infeksi ini dapat menetap dalam udara bebas selama 1-2 jam, tergantung pada ada tidaknya sinar ultraviolet, ventilasi yang buruk, dan kelembaban. Kuman dapat tahan berhari-hari sampai berbulan-bulan dalam suasana lembab dan gelap.

Basil tuberkel yang mencapai alveolus akan menimbulkan reaksi peradangan. Leukosit polimorfonuklear akan memfagosit bakteri namun tidak membunuh organisme tersebut. Alveoli yang terserang akan mengalami konsolidasi dan menyebabkan pneumonia akut yang dapat sembuh dengan sendirinya. Basil juga menyebar melalui getah bening menuju ke kelenjar getah bening regional. Lesi primer paru akibat kuman *M. tuberculosis* disebut fokus Ghon dan gabungan terserangnya kelenjar getah bening regional dan lesi primer disebut kompleks ghon. Kompleks ghon dapat dilihat melalui pemeriksaan radiografi, tetapi kebanyakan infeksi TB Paru tidak terlihat secara klinis atau dengan radiografi (Price & Standridge dalam Price & Wilson, 2006).

Daya penularan klien TB Paru ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular penderita tersebut, namun hanya sekitar 10 % yang terinfeksi TB akan menjadi sakit TB. Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut, sedangkan faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita TB adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya infeksi HIV/AIDS dan malnutrisi/gizi buruk (DEPKES, 2007).

2.2.3. Penemuan dan Diagnosis.

Penemuan klien suspek TB dilakukan dengan cara passive promotive case finding, yaitu penjarangan tersangka penderita yang datang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan dengan meningkatkan penyuluhan TBC atau promosi aktif. Bila terdapat klien dengan sputum BTA positive, maka harus diperiksa orang yang kontak serumah, dan jika terdapat gejala suspek TB, maka harus dilakukan pemeriksaan dahaknya (KEMENKESRI, 2011).

Diagnosa ditegakkan melalui pemeriksaan dahak mikroskopik (KEMENKESRI,2011; WHO,2011) yaitu melalui pemeriksaan tiga spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu.

a. Sewaktu (S).

Klien dengan suspek TB mengumpulkan dahak pada saat kunjungan pertama kali. Klien suspek TB dibekali satu buah pot sputum untuk mengumpulkan dahak pagi hari pada hari kedua saat ia pulang.

b. Pagi (P).

Dahak ditampung pada pot sputum segera setelah bangun tidur di pagi hari kedua. Pot sputum dibawa dan diserahkan sendiri oleh klien kepada petugas di UPK.

c. Sewaktu (S).

Klien dengan suspek TB kembali diambil dahaknya saat ia menyerahkan dahak pagi pada hari kedua di UPK.

Pemeriksaan foto toraks perlu dilakukan pada beberapa kondisi tertentu, namun diagnosis TB Paru terutama ditegakkan dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis dan tidak memerlukan foto toraks. Kondisi yang memerlukan pemeriksaan foto toraks dilakukan pada kondisi sebagai berikut:

- a. Terdapat 1 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif. Kasus ini memerlukan pemeriksaan foto toraks untuk mendukung diagnosis TB Paru BTA positif.
- b. Ketiga spesimen dahak hasilnya tetap negatif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
- c. Klien diduga mengalami komplikasi sesak nafas berat yang membutuhkan penanganan khusus, seperti pneumotorak, pleuritis eksudativa, efusi perikarditis atau efusi pleura, dan klien yang mengalami hemoptisis berat.

2.2.4. Gejala Klinis Tuberkulosis.

Keluhan yang dirasakan klien TB Paru dapat bermacam-macam dan seringkali tanpa keluhan sama sekali. Namun gejala yang umum ditemui pada klien TB Paru meliputi; gejala utama berupa batuk terus menerus dan berdahak selama tiga minggu atau lebih. Gejala lainnya yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas dan rasa nyeri dada, badan lemah, nafsu makan menurun, berat badan

menurun, rasa kurang enak badan (malaise), berkeringat malam walaupun tanpa kegiatan, dan demam meriang lebih dari satu bulan (Amin dan Bahar, 2007).

2.2.5. Klasifikasi Tuberkulosis.

Penentuan klasifikasi penyakit dan type tuberkulosis meliputi lokasi atau organ tubuh yang sakit, bakteriologi, tingkat keparahan penyakit, dan riwayat pengobatan TB sebelumnya. Berikut ini merupakan klasifikasi Tuberkulosis (KEMENKESRI, 2011):

- a. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena.
 - 1) Tuberkulosis Paru. Yaitu tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura dan kelenjar pada hilus.
 - 2) Tuberkulosis Ekstra Paru. Yaitu tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, kelenjar limfe, tulang, dan lain-lain.
- b. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis.
 - 1) Tuberkulosis paru BTA positif. Yaitu bila terdapat kondisi; sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif, 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks menunjukkan gambaran tuberkulosis, 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif, dan bila terdapat 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
 - 2) Tuberkulosis paru BTA negatif. Yaitu kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB Paru BTA positif, meliputi; terdapat setidaknya tiga spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif, pemeriksaan foto toraks menunjukkan gambaran Tuberkulosis, tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT, ditentukan atau

Universitas Indonesia

dipertimbangkan berdasarkan klinis oleh dokter memerlukan terapi pengobatan.

c. Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit.

- 1) TB Paru BTA negatif foto toraks positif, dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru yang luas dan atau keadaan pasien buruk.
- 2) TB Ekstra paru. TB ekstra paru berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya dibagi menjadi TB ekstra paru ringan, misalnya TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal. TB ekstra paru berat, misalnya meningitis milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin. Penderita TB Paru yang juga menderita TB ekstra paru, harus dicatat sebagai penderita TB Paru untuk kepentingan pencatatan. Sedangkan penderita TB Ekstra paru dengan infeksi pada beberapa organ, maka dicatat sebagai TB Ekstra paru pada organ yang penyakitnya paling berat.

d. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya dibagi menjadi beberapa type pasien, yaitu:

- 1) Kasus baru, yaitu klien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).
- 2) Kasus kambuh (relaps), yaitu klien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).

- 3) Kasus setelah putus berobat (default), yaitu klien yang telah berobat dan putus berobat dua bulan atau lebih dengan BTA positif (apusan atau kultur).
- 4) Kasus setelah gagal (failure), yaitu klien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan ke lima atau lebih selama pengobatan.
- 5) Kasus pindahan, yaitu klien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB yang lain untuk melanjutkan pengobatannya
- 6) Kasus lain, yaitu semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan di atas, misalnya kasus kronis, yaitu klien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang.

2.2.6. Pengobatan Tuberkulosis.

Pengobatan TB memiliki tujuan untuk menyembuhkan klien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan, dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT. Adapun jenis obat anti tuberkulosis yang digunakan (KEMENKESRI, 2011) terdiri dari:

- a. Isoniazid (H) memiliki sifat bakterisid dengan dosis harian 5 mg/kgBB atau 10 mg/kgBB diberikan tiga kali dalam satu minggu.
- b. Rifampicin (R) memiliki sifat bakterisid dengan dosis harian 10 mg/kgBB atau 10 mg/kgBB diberikan tiga kali dalam satu minggu.
- c. Pyrazinamide (Z) memiliki sifat bakterisid dengan dosis harian 25 mg/kgBB atau 35 mg/kgBB diberikan tiga kali dalam satu minggu.
- d. Streptomycin (S) memiliki sifat bakterisid dengan dosis harian 15 mg/kgBB atau 15 mg/kgBB diberikan tiga kali dalam satu minggu
- e. Ethambutol (E) memiliki sifat bakteristatik dengan dosis harian 15 mg/kgBB atau 30 mg/kgBB diberikan tiga kali dalam satu minggu.

Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan beberapa prinsip (KEMENKESRI, 2011), seperti OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat,

Universitas Indonesia

dalam jumlah cukup, dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan, dilakukan pengawasan langsung minum obat (Directly Observed Treatment-DOTS) untuk menjamin kepatuhan klien menelan obat melalui seorang Pengawas Minum Obat (PMO), dan pengobatan diberikan dalam dua tahapan, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

a. Tahap Intensif.

Pada tahap ini, klien minum obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Pengobatan secara tepat, biasanya menjadikan klien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu dua minggu, dan klien TB BTA positif menjadi TB BTA negatif atau berhasil konversi dalam dua bulan.

b. Tahap Lanjutan.

Klien mendapatkan jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama pada tahap ini. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah untuk terjadinya kekambuhan.

Paduan obat anti Tuberkulosis (OAT) yang digunakan oleh program nasional penanggulangan tuberkulosis di Indonesia menurut KEMENKESRI (2011) terdiri dari: Kategori 1 (2(HRZE)/4(HR)3), kategori 2 (2⁹HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3), paduan sisipan (HRZE), dan kategori anak (2(HRZ)/4(HR)). Paduan obat anti tuberkulosis (OAT) lini pertama dan peruntukannya, meliputi:

- a. Kategori-1 (2HRZE/4H3R3). Paduan OAT ini diberikan untuk klien baru dengan klasifikasi klien baru TB Paru BTA positif, klien TB Paru BTA negatif foto toraks positif, dan klien TB ekstra paru.
- b. Kategori-2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3). Paduan OAT ini diberikan untuk klien BTA positif yang telah diobati sebelumnya namun klien kambuh, gagal, atau klien dengan pengobatan setelah putus berobat (default).
- c. OAT sisipan (HRZE). Paket sisipan KDT adalah sama seperti paduan paket untuk tahap intensif kategori-1 yang diberikan selama sebulan (28 hari).

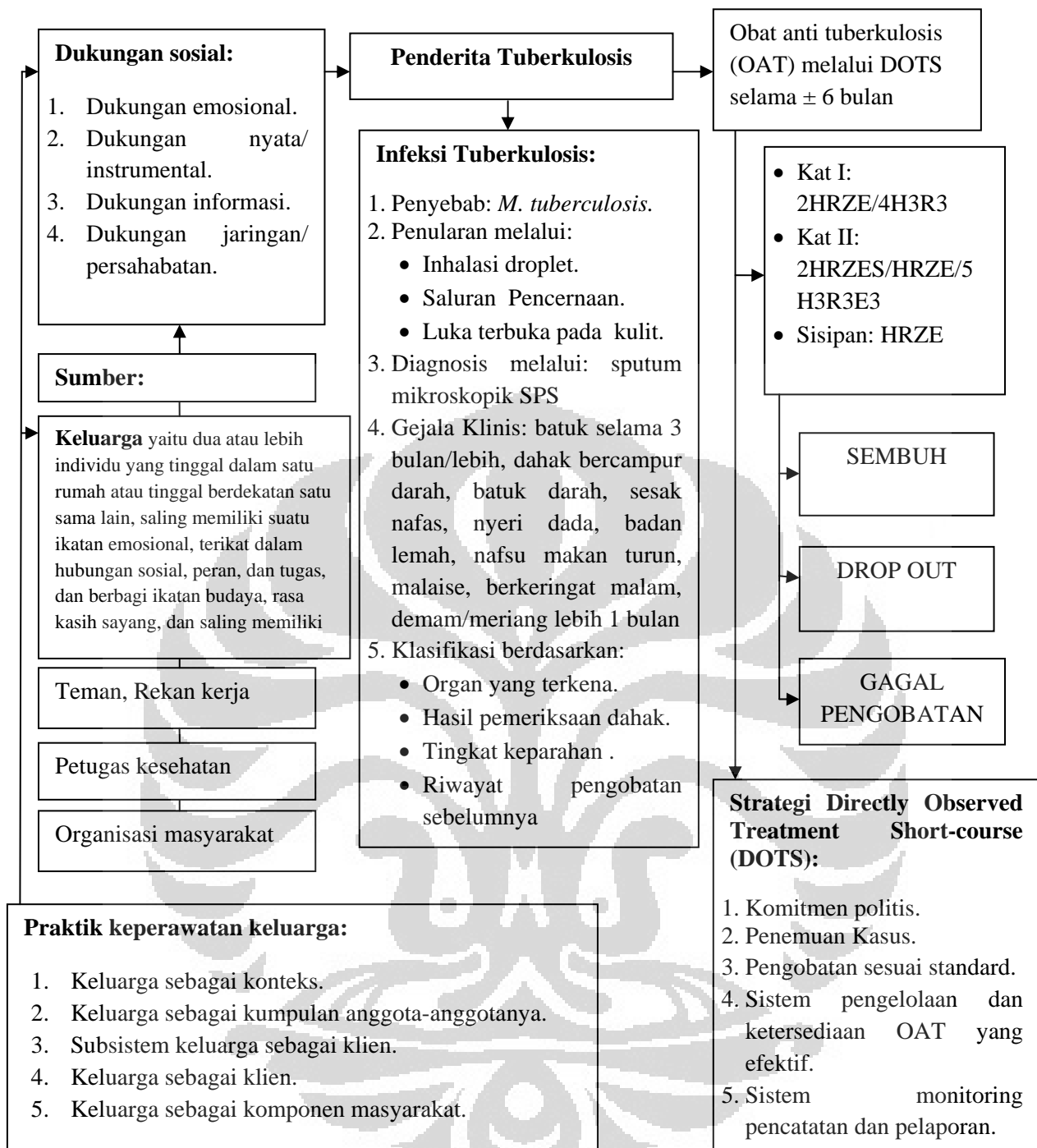
2.2.7. Strategi DOTS.

WHO dan International Union Against TB and Lung Diseases (IUATLD) mengembangkan strategi pengendalian TB yang dikenal sebagai DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) pada awal tahun 1990-an. Strategi DOTS ini terdiri dari lima komponen kunci, yaitu:

- a. Komitmen politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan.
- b. Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya.
- c. Pengobatan yang standar, dengan supervisi dan dukungan bagi klien TB.
- d. Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif.
- e. Sistem monitoring pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan klien dan kinerja program.

2.3. Kerangka Teori.

Gambaran kerangka teori dukungan sosial keluarga terhadap klien Tuberkulosis Paru dapat dilihat pada gambar 2.1 kerangka teori pada halaman berikutnya.



2.1. Gambar kerangka teori

Sumber: Allender, Rector, & Warner (2010); Baron & Byrne (2005); Friedman, Bowden & Jones (2003); Kemenkesri (2011); Sarafino (2006); Taylor (1995); WHO (2011).

BAB 3

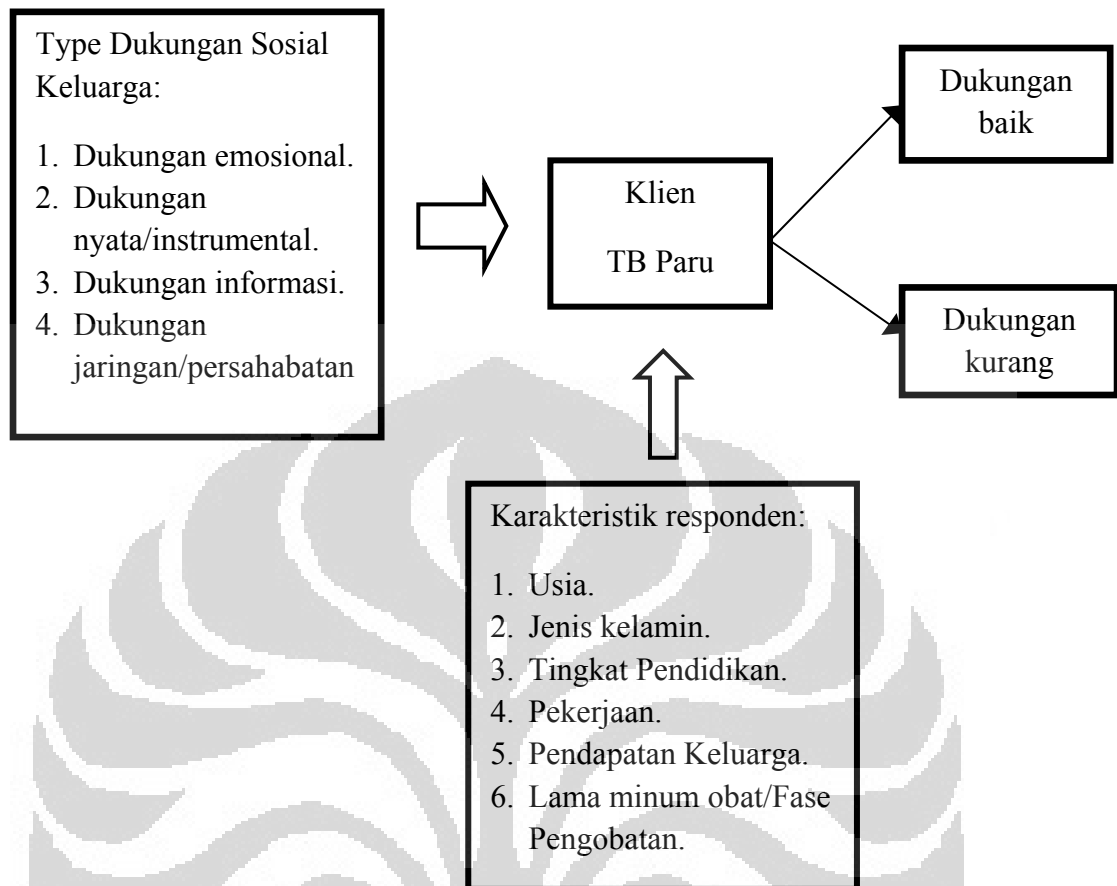
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

Kerangka konsep adalah rangkuman dari kerangka teori yang disusun dengan baik dalam bentuk diagram yang menunjukkan jenis serta hubungan antara variabel yang diteliti dan variabel lainnya yang terkait (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoadmodjo, 1993 dalam Wasis, 2008). Kerangka konsep berdasarkan dua definisi di atas yaitu rangkuman dari kerangka teori yang disusun dengan baik dalam bentuk diagram yang menunjukkan jenis serta hubungan antara variabel yang diteliti dan variabel lainnya terkait yang diamati atau diukur melalui penelitian yang dilakukan.

Konsep dan variabel yang digunakan harus didefinisikan dengan jelas sehingga tidak terjadi kerancuan dalam pengukuran variabel, analisis data, interpretasi hasil serta kesimpulan. Definisi operasional adalah suatu definisi yang menjadikan suatu konsep yang masih bersifat abstrak menjadi operasional sehingga memudahkan dalam pengukuran variabel tersebut (Wasis, 2008).

3.1. Kerangka Konsep.

Berdasarkan tinjauan pustaka, diperoleh gambaran bahwa dukungan sosial keluarga terdiri dari dukungan emosional atau harga diri, dukungan instrumental, dukungan informasi, dan dukungan persahabatan yang diberikan oleh keluarga kepada klien TB Paru. Bentuk masing-masing dukungan sosial yang diberikan keluarga pada klien TB Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa dapat terlihat sebagai output atau keluaran berupa dukungan baik dan dukungan kurang. Hal ini dapat dilihat pada gambar 3.1



Gambar 3.1. Kerangka konsep penelitian

Berdasarkan gambaran kerangka konsep di atas, variabel independen dalam penelitian ini adalah dukungan sosial keluarga yang terdiri dari dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, dan dukungan persahabatan, sedangkan variabel dependen adalah klien TB Paru.

3.2. Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur, dan Skala Ukur.

Adapun definisi operasional, cara ukur, hasil ukur, dan skala ukur masing-masing variabel dalam penelitian ini digambarkan dalam tabel 3.1.

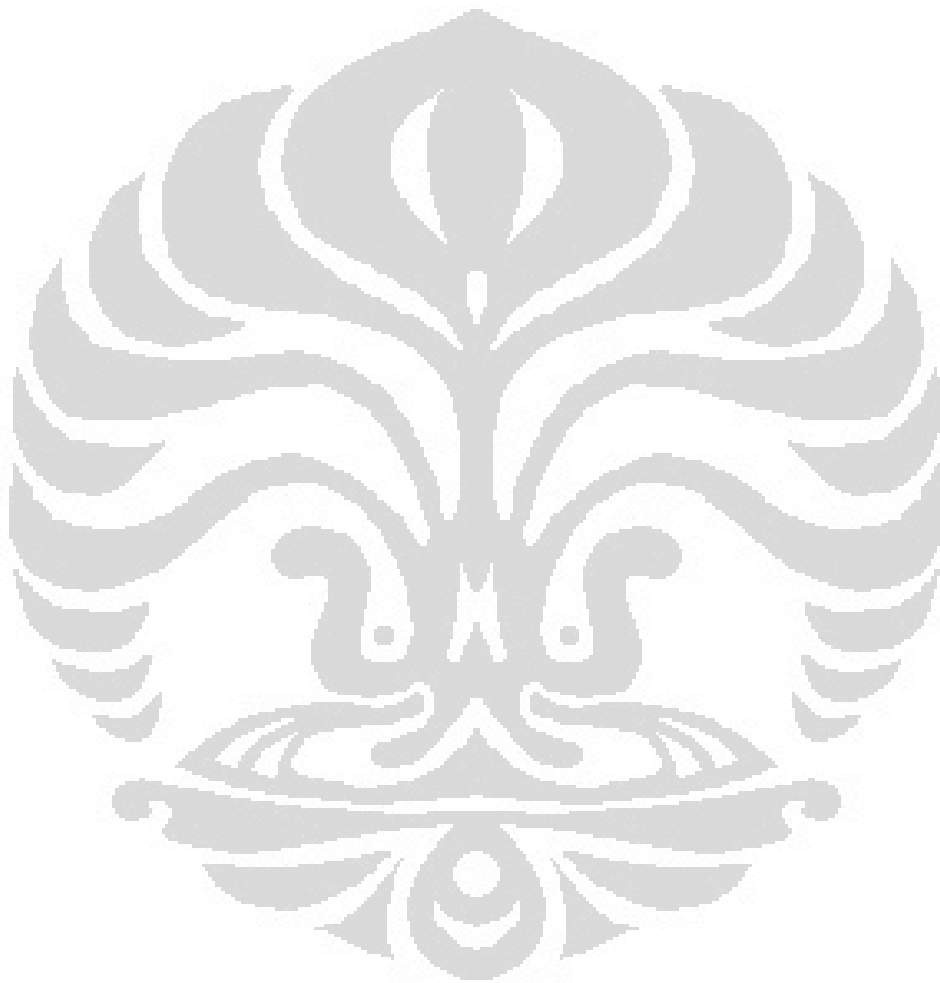
Tabel 3.1. Definisi operasional, cara ukur, hasil ukur, dan skala ukur.

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Independen					
1.	Dukungan emosional	Support/dukungan yang berasal dari keluarga klien TB berupa perhatian yang meliputi rasa empati, kepedulian, perhatian, pandangan positif, dan dorongan semangat terhadap klien TB sehingga menimbulkan perasaan nyaman, rasa dicintai, dan menenteramkan hati pada saat stress berlangsung.	Melalui instrumen kuisisioner	Jika skor > 12,5 maka dukungan baik. Jika skor ≤ 12,5 maka dukungan kurang.	Ordinal
2.	Dukungan instrumental	Support/dukungan yang berasal dari keluarga klien TB yang meliputi bantuan langsung, seperti memberi transport untuk berobat saat tak ada uang, meminjamkan uangnya atau membantu menyelesaikan tugas-tugasnya sehingga dapat mengurangi tuntutan atas waktu dan keuangan.	Melalui instrumen kuisisioner.	Jika skor > 12,5 maka dukungan baik. Jika skor ≤ 12,5 maka dukungan kurang.	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
3.	Dukungan Informasi.	Support/dukungan yang berasal dari keluarga klien TB yang mencakup pemberian nasehat, arahan, saran, atau umpan balik yang dapat membantu klien TB mengatasi penyakitnya.	Melalui instrumen kuisisioner.	Jika skor > 12,5 maka dukungan baik. Jika skor ≤ 12,5 maka dukungan kurang.	Ordinal.
4	Dukungan persahabatan	Support/dukungan yang berasal dari keluarga klien TB berupa kesediaan keluarga untuk menghabiskan waktu bersama klien TB, sehingga ia merasa menjadi bagian dalam keluarga yang saling berbagi minat dan aktivitas sosial.	Melalui instrumen kuisisioner.	Jika skor > 12,5 maka dukungan baik. Jika skor ≤ 12,5 maka dukungan kurang.	Ordinal.
Karakteristik responden					
5.	Umur	Jumlah tahun sejak lahir hingga ulang tahun terakhir.	Melalui alat pengumpulan data penelitian bagian data karakteristik responden	Umur dalam Interval tahun	
6.	Jenis Kelamin	Gender yang dibawa sejak lahir oleh penderita Tuberkulosis yang dibedakan antara laki-laki dan	Melalui alat pengumpulan data penelitian bagian data karakteristik	1= Laki-laki. 2= Perempuan	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		perempuan.	responden		
7.	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal yang telah diselesaikan pasien.	Melalui alat pengumpulan data penelitian bagian data karakteristik responden	1=Tidak tamat SD/tidak sekolah. 2=Tamat SD 3=Tamat SMP. 4=Tamat SMA 5=Perguruan tinggi	Ordinal.
8.	Pekerjaan	Aktivitas yang dilakukan responden dan responden menghasilkan uang dari aktivitas tersebut.	Melalui alat pengumpulan data penelitian bagian data karakteristik responden	1= PNS/ABRI/ POLRI. 2=Swasta 3=Wiraswasta. 4=Buruh 5=Ibu Rumah tangga 6=Pelajar/ Mahasiswa 7=Lain-lain.	Nominal
9.	Pendapatan keluarga	Kemampuan individu untuk mendapatkan barang/jasa yang dibutuhkan dihitung dari pendapatan yang diperolehnya dalam satu bulan dan dikelompokkan berdasarkan upah minimum regional (UMR) DKI Jakarta.	Melalui alat pengumpulan data penelitian bagian data karakteristik responden	1= < Rp.1.118.000/ dibawah UMR 2= ≥ Rp.1.118.000/ sesuai/di atas UMR	Ordinal.
10.	Lamanya minum obat/Fase	Lamanya penderita minum obat anti Tuberkulosis	Melalui alat pengumpulan data penelitian	1= ≤ 2 bulan/Fase awal	Nominal.

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
	pengobatan.		bagian data karakteristik responden	2= > 2 bulan/ Fase Lanjutan	



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Setelah merumuskan tujuan, teori terkait, dan kerangka konsep penelitian, selanjutnya pada bab ini akan dijelaskan rancangan pelaksanaan penelitian yang digunakan untuk mengetahui gambaran dukungan sosial keluarga klien TB Paru dengan menguraikan metodologi penelitian yang meliputi: desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, dan pengolahan dan analisis data.

4.1. Desain Penelitian.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif sederhana sehingga peneliti hanya melakukan deskripsi mengenai fenomena yang ditemukan untuk mengetahui gambaran dukungan sosial keluarga terhadap klien TB Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa. Penelitian ini hanya melakukan studi observasi cross-sectional, dimana peneliti hanya melaksanakan pengamatan sewaktu saja tanpa melakukan intervensi apa pun (Sastroasmoro & Ismael, 2011).

4.2. Populasi dan Sampel.

4.2.1. Populasi.

Populasi adalah keseluruhan dari unit di dalam pengamatan yang akan kita lakukan penelitian (Hastono dan Sabri, 2010). Populasi dalam penelitian ini

adalah semua klien TB Paru BTA+ maupun BTA- yang masih menjalani pengobatan di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa.

4.2.2. Sampel.

Sampel dalam penelitian ini merupakan bagian dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi yang nilai/karakteristiknya akan diukur dan hasilnya akan digunakan untuk menduga karakteristik dari populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan total sampling, yaitu semua subyek yang datang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa dan memenuhi kriteria inklusi selama penelitian berlangsung.

Kriteria inklusi sampel adalah klien yang didiagnosa menderita TB Paru BTA positif maupun BTA negatif, berusia 15-65 tahun, kesadaran kompos mentis, kooperatif, penderita minum obat anti tuberkulosis (OAT) minimal selama 1 minggu, klien mengambil obat di bawah pengawasan Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa dan bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi sampel adalah klien TB ekstra paru, klien TB Anak, klien sesak nafas, klien mengalami batuk darah yang membutuhkan penanganan segera, atau kondisi lainnya yang membutuhkan tindakan emergensi, klien tidak mengambil obat anti Tuberkulosis di bawah pengawasan Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa dan bukan klien TB/keluarga klien yang datang untuk mengambilkan obat. Besaran sampel dalam penelitian ini adalah keseluruhan populasi yang ada yang memenuhi kriteria inklusi, kurang lebih berjumlah 64 orang.

4.3. Tempat Penelitian.

Penelitian dilakukan di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa yang terletak di Jl. M. Kahfi I, Jagakarsa, Jakarta Selatan. Penelitian dilakukan di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa karena Puskesmas Kecamatan Jagakarsa merupakan puskesmas pertama dengan fasilitas rawat inap non RB di wilayah Jakarta Selatan, menerapkan strategi DOTS dalam penanggulangan TB di wilayah kerjanya dan merupakan puskesmas percontohan untuk program Practical Approach to Lung Health (PAL), yaitu program pemerintah dengan pendekatan asuhan yang berpusat pada klien untuk penatalaksanaan dan diagnosis berkualitas gangguan pernafasan pada setting puskesmas berupa skrining terhadap penderita dengan keluhan batuk lebih dari dua minggu, sehingga penjarangan terhadap suspek TB Paru lebih efektif. Selain itu masih terdapat klien Tuberkulosis Paru yang berobat di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa yang drop out pengobatan dan meninggal, namun belum terdapat penelitian tentang dukungan sosial keluarga yang diterima oleh klien TB Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa.

4.4. Waktu Penelitian.

Waktu penelitian dilaksanakan selama satu bulan, sejak 10 Mei 2012 sampai dengan 10 Juni 2012, sehingga diharapkan seluruh populasi yang ada datang berkunjung ke Puskesmas untuk kontrol pengobatannya.

4.5. Etika Penelitian.

Selama penelitian, terdapat beberapa prinsip dasar dan kaidah etik yang dijaga oleh peneliti yang diadopsi dari teori Milton (1999) dalam Bondan Palestin dalam Notoatmodjo (2010) yaitu sebagai berikut:

- a. Menghormati harkat dan martabat manusia (respect for human dignity).
Peneliti mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi se jelas mungkin tentang tujuan penelitian yang dilakukan. Peneliti memberikan kebebasan kepada calon responden untuk terlibat maupun tidak terlibat dalam penelitian. Oleh karena itu peneliti memberikan informed consent yang mencakup penjelasan manfaat penelitian, kemungkinan resiko yang dapat timbul, manfaat yang didapatkan, pernyataan kesediaan peneliti untuk menjawab pertanyaan tentang penelitian yang belum dipahami calon responden, persetujuan responden dapat mundur dari partisipasinya dalam penelitian kapan pun, dan jaminan kerahasiaan terhadap identitas maupun informasi yang diberikan responden.
- b. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (respect for privacy and confidentiality).
Peneliti menghormati hak dasar responden akan privasi dan kebebasan responden dalam menyampaikan atau tidak menyampaikan informasi. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan menggunakan coding sebagai pengganti identitas responden.
- c. Keadilan dan keterbukaan (respect for justice and inclusiveness).
Peneliti menjelaskan tentang prosedur penelitian dan menjamin bahwa semua responden memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan jender, agama, etnis, dan lain-lain.
- d. Mempertimbangkan manfaat dan kerugian yang dapat timbul (balancing harms and benefits).
Peneliti berusaha untuk meminimalisasi dampak yang dapat merugikan responden. Penelitian ini menjunjung tinggi kaidah keilmuan dan dilakukan berdasarkan hati nurani, moral, kejujuran, kebebasan, dan tanggung jawab.

4.6. Alat Pengumpulan Data.

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi instrumen yang berhubungan dengan karakteristik responden, dan dukungan sosial keluarga yang disusun dalam sebuah kuisisioner. Instrumen karakteristik responden meliputi: usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga, dan fase pengobatan yang sedang dijalani klien. Sedangkan instrumen dukungan sosial keluarga yang merupakan variabel independen dalam penelitian ini akan diukur menggunakan instrumen kuisisioner dukungan sosial yang telah teruji validitas maupun reliabilitasnya.

Kuisisioner ini mengukur empat komponen dalam dukungan sosial, yang didasari oleh teori Cutrona & Russel, (1990); Schaefer, Coyne, & Lazarus, (1981); Wills & Fegan, (2001); dalam Sarafino, (2006) Taylor (1995), dan Friedman (2003), yaitu: dukungan emosional, dukungan nyata/instrumental, dukungan informasi, dan dukungan jaringan/persahabatan. Beberapa dari pertanyaan kuisisioner ini juga mengadaptasi kuisisioner dukungan emosional Schaefer, Coyne, dan Lazarus (1981) dalam Sarafino (2006). Kuisisioner ini mengukur bentuk dukungan sosial keluarga yang paling banyak diterima oleh klien Tuberkulosis yang berobat di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa.

Kuisisioner terdiri dari 20 pernyataan yang terdiri dari pernyataan positif dan pernyataan negatif untuk masing-masing bentuk dukungan sosial. Pernyataan yang mengkaji dukungan sosial emosional, dukungan sosial instrumental/nyata, dukungan sosial informasi, dan dukungan sosial jaringan/persahabatan, masing-masing terdiri dari lima pernyataan.

Skala pengukuran yang digunakan adalah Skala Likert dengan masing-masing pernyataan memiliki skor selalu, sering, jarang, tidak pernah. Skor yang dihasilkan pada masing-masing dukungan yaitu antara 5-20. Untuk jawaban

pernyataan positif, “selalu” diberikan skor = 4, “sering” = 3, “jarang” = 2, dan “tidak pernah” =1. Sedangkan untuk pernyataan negatif, “selalu” diberikan skor = 1, “sering” = 2, “jarang” = 3, dan “tidak pernah” =4. Jumlah skor akhir diperoleh dengan menjumlahkan keseluruhan skor dari masing-masing item pernyataan. Setelah itu dikategorikan menjadi dukungan baik dan dukungan kurang. Sebagai nilai tengah, digunakan median dengan rumus:

$$\frac{n+1}{2} = \frac{16+1}{2} = 8,5.$$

Posisi 8,5 terletak antara skor 12 dan 13, sehingga $\frac{12+13}{2} =$ skor 12,5. Berdasarkan nilai tengah tersebut, maka skor kurang atau sama dengan 12,5 dikatakan dukungan kurang dan skor lebih dari 12,5 dikatakan dukungan baik.

Sedangkan untuk mengetahui total dukungan sosial keluarga yaitu dengan menjumlahkan seluruh skor total dukungan sosial keluarga (maksimal skor 80) lalu dibagi 4. Skor kurang atau sama dengan 12,5 dikatakan dukungan kurang dan skor lebih dari 12,5 dikatakan dukungan baik.

Sebelum digunakan sebagai alat ukur, instrumen kuisioner tersebut dilakukan uji validitas dan reliabilitasnya terlebih dahulu. Validitas yaitu suatu indeks yang menunjukkan suatu alat ukur benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2010). Untuk mengetahui apakah suatu kuisioner mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skor masing-masing item pernyataan dengan skor total kuisioner tersebut. Bila semua pernyataan yang ada memiliki korelasi yang bermakna (construct validity), maka dapat dikatakan semua pernyataan yang ada dalam kuisioner tersebut sudah mengukur konsep yang akan kita ukur (Notoatmodjo, 2010). Teknik korelasi yang digunakan yaitu Koefisien Korelasi Pearson Product Moment (Hastono & Sabri, 2010).

Untuk mengetahui apakah nilai korelasi yang dihasilkan dari masing-masing pernyataan tersebut signifikan, maka perlu dibandingkan pada tabel nilai product moment. Bila terdapat pernyataan yang nilai korelasinya kurang dari nilai pada tabel product moment, maka dapat dikatakan pernyataan tersebut tidak valid, sehingga harus dikeluarkan dari kuisioner, diganti, atau direvisi (Notoatmodjo, 2010).

Setelah teruji validitasnya, kuisioner tersebut diuji reliabilitasnya. Reliabilitas yaitu suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Suatu alat ukur dikatakan reliabel bila alat ukur tersebut mampu memberikan hasil pengukuran yang tetap konsisten atau tetap asas (ajeg) bila pengukuran dilakukan berulang-ulang kali terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010).

Uji reliabilitas menguji jumlah random error dalam teknik pengukuran yang mencakup karakteristik keandalan, konsistensi, akurat, dan ajeg (Burns & Groove, 2003). Reliabilitas ditunjukkan dalam bentuk koefisien korelasi, dengan koefisien 1,00 menunjukkan reliabilitas yang sempurna dan koefisien 0,00 menunjukkan tidak reliabilitas. Reliabilitas 0,80 dianggap koefisien terendah yang dapat diterima untuk sebuah alat ukur yang sudah dikembangkan dengan baik. Untuk instrumen yang baru, reliabilitas 0,70 dianggap dapat diterima (Burns & Groove, 2001 dalam Burns & Groove, 2003).

Terdapat beberapa teknik untuk mencari reliabilitas suatu instrumen. Namun untuk mencari reliabilitas suatu instrumen yang skornya merupakan suatu rentangan beberapa nilai maupun berupa skala, maka teknik reliabilitas yang paling sesuai adalah menggunakan rumus alpha cronbach (Arikunto, 2006).

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan terhadap 30 orang klien TB Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu sebagai responden. Uji validitas dilakukan dengan Koefisien Korelasi Pearson Product Moment dengan $n = 30$ dan r tabel = 0,361 dan derajat kepercayaan 95%.

Universitas Indonesia

Jika r hitung $< r$ tabel (0,361) maka pernyataan tersebut tidak valid. Jika r hitung $> r$ tabel (0,361) maka pernyataan tersebut dinyatakan valid. r hitung dapat dilihat dari korelasi butir dengan total skornya dengan menggunakan Koefisien Korelasi Pearson Product Moment.

Pada uji validitas tahap I didapatkan empat pernyataan yang tidak valid, yaitu pernyataan nomor 5, 7, 15, dan 20 dengan nilai r hitung kurang dari 0,361. Pernyataan tersebut kemudian dikeluarkan dan dilakukan uji validitas tahap II pada 16 item pernyataan yang tersedia dengan hasil r hitung 0,606-0,862 atau pernyataan dapat dikatakan valid.

Pernyataan yang sudah valid dilakukan uji reliabilitas menggunakan rumus Alpha Cronbach. Jika r_{Alpha} positif dan lebih besar dari 0,700 maka reliabel dan jika r_{Alpha} negatif dan lebih kecil dari 0,700 maka tidak reliabel. Hasil uji reliabilitas didapatkan hasil r_{Alpha} positif dan lebih besar dari 0,700. Pada hasil akhir r_{Alpha} terhadap 16 pernyataan yaitu 0,936, sehingga dapat dikatakan kuisioner yang ada sudah valid dan reliabel. Kuisioner sudah layak disebarakan kepada responden untuk melakukan penelitian karena sudah valid dan reliabel. Empat pernyataan yang tidak valid kemudian dilakukan revisi konten dan dikonsulkan kepada pembimbing sehingga layak untuk disebarakan.

4.7. Prosedur Pengumpulan Data.

Prosedur pengumpulan data meliputi prosedur administratif dan prosedur teknis. Prosedur tersebut meliputi hal sebagai berikut:

4.7.1. Prosedur Administratif.

Penelitian dilakukan setelah mendapat surat izin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan mendapatkan izin/rekomendasi dari

Kepala Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan dan Kepala Puskesmas Kecamatan Jagakarsa.

4.7.2. Prosedur Teknis.

Prosedur teknis yang dilakukan oleh peneliti sebelum maupun selama penelitian berlangsung meliputi:

- a. Meminta izin kepada Kepala Kesmas, Kepala Diklat dan Penanggung Jawab Program TB Puskesmas Kecamatan Jagakarsa, menyampaikan maksud dan tujuan penelitian.
- b. Mengidentifikasi responden yang memenuhi kriteria inklusi.
- c. Peneliti menjelaskan kepada calon responden tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian, hak untuk menolak dan jaminan kerahasiaan sebagai responden.
- d. Menawarkan pasien untuk menjadi responden penelitian dan menandatangani lembar persetujuan jika bersedia menjadi responden.
- e. Data dikumpulkan oleh peneliti dengan mengisi format karakteristik responden, dilanjutkan dengan format dukungan sosial menggunakan kuisioner dukungan sosial keluarga.
- f. Selama proses pengumpulan data, responden diperkenankan untuk bertanya kepada peneliti jika terdapat hal yang kurang ia pahami.
- g. Waktu yang dibutuhkan untuk pengumpulan data \pm 30 menit setiap responden.
- h. Instrumen penelitian yang sudah diisi selanjutnya dikumpulkan untuk diolah dan dianalisis.

4.8. Pengolahan dan Analisis Data.

Setelah data terkumpul, dilakukan pengolahan dan analisa data melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

4.8.1. Pengolahan data.

Prosedur pengolahan data yang dilakukan meliputi:

a. Pengecekan data (editing).

Data yang telah dikumpulkan dilakukan pengecekan untuk memastikan kelengkapan, kesesuaian, kejelasan, dan kekonsistenan jawaban.

b. Pemberian kode (coding).

Data yang diperoleh diberikan kode untuk mempercepat proses entry data dan mempermudah saat melakukan analisis. Saat entry data, pemberian kode dilakukan pada data kategorik seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, tingkat kepatuhan minum obat, dan tingkat kepuasan dukungan sosial.

c. Memproses data (Processing).

Processing dilakukan dengan cara memasukkan data dari kuisioner ke dalam komputer dengan menggunakan salah satu program komputer.

d. Pembersihan data (Cleaning).

Proses pembersihan data dilakukan dengan mengecek kembali data yang sudah di-entry. Pengecekan dilakukan apakah ada data yang hilang (missing) dengan melakukan list, mengecek kembali apakah data yang sudah di-entry benar atau salah dengan melihat variasi data atau kode yang digunakan serta kekonsistenan data dengan membandingkan dua tabel.

4.8.2. Analisis data.

Analisis data dalam penelitian ini meliputi analisis univariat karena bentuk penelitiannya adalah deskriptif dan tidak bersifat analitik. Tujuan analisis ini untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti. Karakteristik responden yang merupakan variabel confounding, variabel independen, dan variabel dependen dideskripsikan berdasarkan jenis data variabel.

Analisis univariat masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.2. pada halaman berikutnya.

Tabel 4.2. Analisis univariat karakteristik responden dan variabel independen.

No.	Variabel	Jenis data	Deskripsi
Karakteristik responden			
1.	Umur	Numerik	Mean, Median, SD, Min-Mak, 95% CI
2.	Jenis Kelamin	Kategorik	Jumlah, Persentasi (%)
3.	Tingkat Pendidikan	Kategorik	Jumlah, Persentasi (%)
4.	Pekerjaan	Kategorik	Jumlah, Persentasi (%)
5.	Pendapatan keluarga	Kategorik	Jumlah, Persentasi (%)
6.	Lamanya minum obat	Kategorik	Jumlah, Persentasi (%)
Variabel Independen			
7.	Dukungan Emosional	Sosial Kategorik	Jumlah, Persentasi (%)
8.	Dukungan Instrumental	Sosial Kategorik	Jumlah, Persentasi (%)
9.	Dukungan Informasi	Sosial Kategorik	Jumlah, Persentasi (%)
10.	Dukungan Persahabatan	Sosial Kategorik	Jumlah, Persentasi (%)
11.	Dukungan Keluarga	Sosial Kategorik	Jumlah, Persentase (%)

Penyajian masing-masing variabel dengan menggunakan tabel dan interpretasi berdasarkan hasil yang diperoleh.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Pelaksanaan Penelitian.

Penelitian tentang gambaran dukungan sosial keluarga terhadap klien Tuberkulosis Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa dilakukan selama kurang lebih satu bulan, yaitu tanggal 8 Mei-8 Juni 2012. Pengambilan data dilakukan dengan memberikan angket kepada klien Tuberkulosis Paru yang datang untuk kontrol dan mengambil obat anti tuberkulosis di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa. Responden yang didapatkan selama proses pengumpulan data sebanyak 66 responden.

5.2. Penyajian Data Hasil Penelitian.

Hasil penelitian dibagi dalam dua bagian, yaitu data mengenai karakteristik responden dan dukungan sosial keluarga.

5.2.1. Karakteristik Responden.

Responden penelitian ini terdiri 66 orang. Karakteristik responden dalam penelitian ini terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga dalam satu bulan, dan fase pengobatan.

a. Karakteristik Responden berdasarkan Umur.

Distribusi umur responden dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi umur dalam tahun. Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa umur minimal responden yaitu 15 tahun dan umur maksimal responden yaitu 63

tahun. Rata-rata umur responden adalah 35,64 tahun dengan standar deviasi 13,03 tahun. Rata-rata umur klien TB yang berobat berada pada rentang 32,43 tahun sampai 38,84 tahun (95%).

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur di poli paru puskesmas kecamatan jagakarsa, jakarta selatan, 2012 (n=66)

N	Min	Mak	Mean	Median	SE	SD
66	15	63	35.64	32.50	1.604	13.027

b. Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan Keluarga, dan Fase Pengobatan.

Distribusi jenis kelamin responden dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu perempuan dan laki-laki. Berdasarkan jenis kelamin, responden dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak daripada responden perempuan. Responden dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 34 responden (51,5%). Sedangkan jenis kelamin perempuan sebanyak 32 responden (48,5%).

Distribusi tingkat pendidikan responden dikelompokkan menjadi lima kategori yaitu tidak tamat SD/tidak sekolah, tamat SD, tamat SMP, tamat SMA, Perguruan Tinggi. Berdasarkan tingkat pendidikan, responden dengan tingkat pendidikan tamat SMA terlihat lebih banyak, sebanyak 29 responden (43,9%). Urutan kedua yaitu tamat SMP sebanyak 12 responden (18,2%). Sedangkan paling kecil yaitu Perguruan Tinggi sebanyak 6 responden (9,1 %).

Distribusi jenis pekerjaan responden pada penelitian ini dikelompokkan menjadi tujuh kategori, yaitu PNS/TNI/ABRI, swasta, wiraswasta, buruh, ibu rumah tangga, pelajar/mahasiswa, dan lain-lain. Jenis pekerjaan

responden yang terbanyak yaitu pelajar/mahasiswa sebanyak 18 responden (27,3%). Urutan kedua yaitu ibu rumah tangga sebanyak 13 responden (19,7%). Sedangkan yang terendah yaitu PNS/TNI/ABRI sebanyak 2 responden (3%).

Distribusi pendapatan keluarga setiap bulannya dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu pendapatan di bawah Upah Minimum Regional (UMR) pekerja dan pendapatan sesuai dan atau lebih dari UMR. Responden dengan jumlah pendapatan sesuai dan atau lebih dari UMR lebih banyak yaitu 34 responden (51,5 %), sedangkan responden dengan pendapatan kurang dari UMR sebanyak 32 responden (48,5 %).

Distribusi fase pengobatan responden pada penelitian ini dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu fase pengobatan awal dan fase pengobatan lanjutan. Fase pengobatan responden yang terbanyak yaitu pada fase pengobatan lanjutan sebanyak 38 responden (57,6%), sedangkan fase pengobatan awal sebanyak 28 responden (42,4 %). Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, pendapatan keluarga, dan fase pengobatan di poli paru puskesmas kecamatan jagakarsa, jakarta selatan, 2012 (n=66)

Kategori	Jenis Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	34	51.5
	Perempuan	32	48.5
	Total	66	100.0
Tingkat Pendidikan	Tidak sekolah	11	16.7
	Tamat SD	8	12.1
	Tamat SMP	12	18.2
	Tamat SMA	29	43.9
	Perguruan Tinggi	6	9.1
	Total	66	100.0

Kategori	Jenis Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Jenis Pekerjaan	PNS/TNI/ABRI	2	3.0
	Swasta	5	7.6
	Wiraswasta	12	18.2
	Buruh	8	12.1
Jenis Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	13	19.7
	Pelajar/mahasiswa	18	27.3
	Lain-lain	8	12.1
Total		66	100.0
Pendapatan Keluarga	Dibawah UMR	32	48.5
	\geq UMR	34	51.5
Total		66	100.0
Fase Pengobatan	Fase awal	28	42.4
	Fase Lanjutan	38	57.6
Total		66	100.0

5.2.2. Analisis Univariat Dukungan Sosial Keluarga.

Analisis univariat pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proporsi dan distribusi frekuensi dari variabel penelitian. Analisis ini dilakukan setelah dilakukan proses pengolahan data yang kemudian ditampilkan melalui tabel dan diagram

a. Dukungan Sosial Keluarga berdasarkan Jenis Dukungan Emosional.

Distribusi responden berdasarkan jenis dukungan sosial emosional yang berasal dari keluarga yang dirasakan oleh responden. 97% responden merasakan dukungan emosional baik. Sementara 3% responden merasakan dukungan emosional yang kurang. Penjelasan lebih rinci dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga jenis dukungan emosional di poli paru puskesmas kecamatan jagakarsa, jakarta selatan, 2012 (n=66)

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Dukungan Baik	64	97.0
Dukungan Kurang	2	3.0
Jumlah	66	100.0

b. Dukungan Sosial Keluarga berdasarkan Jenis Dukungan Nyata/Instrumental.

Distribusi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga yang dirasakan oleh responden dari jenis dukungan sosial nyata/instrumental. Dukungan sosial yang baik dirasakan oleh 98,5% responden dan 1,5% responden merasakan dukungan kurang. Penjelasan lebih rinci dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga jenis dukungan sosial nyata/instrumental di poli paru puskesmas kecamatan jagakarsa, jakarta selatan, 2012 (n=66)

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Dukungan Baik	65	98.5
Dukungan Kurang	1	1.5
Jumlah	66	100.0

c. Dukungan Sosial Keluarga berdasarkan Jenis Dukungan Informasi.

Distribusi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga jenis dukungan sosial informasi yang dirasakan oleh responden. Jumlah terbanyak yaitu dukungan baik sebanyak 97% responden sedangkan 3% responden merasakan dukungan kurang. Penjelasan lebih rinci dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga jenis dukungan sosial informasi di poli paru puskesmas kecamatan jagakarsa, jakarta Selatan, 2012 (n=66)

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Dukungan Baik	64	97.0
Dukungan Kurang	2	3.0
Jumlah	66	100.0

d. Dukungan Sosial Keluarga berdasarkan Jenis Dukungan Jaringan.

Distribusi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga yang dirasakan oleh responden dari jenis dukungan sosial jaringan/persahabatan terbanyak yaitu dukungan baik sebanyak 98,5% responden. Dukungan kurang dirasakan oleh 1,5% responden. Penjelasan lebih rinci dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga jenis dukungan sosial jaringan/persahabatan di poli paru puskesmas kecamatan jagakarsa, jakarta selatan, 2012 (n=66)

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Dukungan Baik	65	98.5
Dukungan Kurang	1	1.5
Jumlah	66	100.0

e. Dukungan Sosial Keluarga berdasarkan Total Dukungan Keluarga.

Distribusi responden berdasarkan total dukungan sosial keluarga yang dirasakan oleh responden dari jenis dukungan sosial emosional, dukungan nyata/instrumental, dukungan informasi, dan dukungan jaringan/persahabatan. 97% responden merasakan keluarga memberikan dukungan yang baik dan 3% responden merasakan dukungan yang kurang. Penjelasan secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi responden berdasarkan total dukungan sosial keluarga di poli paru puskesmas kecamatan jagakarsa, jakarta selatan, 2012 (n=66)

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Dukungan Baik	64	97.0
Dukungan Kurang	2	3.0
Jumlah	66	100.0

f. Dukungan Sosial Keluarga berdasarkan Besar Dukungan.

Proporsi dukungan sosial keluarga berdasarkan besar dukungan yang diterima dari masing-masing jenis dukungan sosial dapat dilihat pada diagram 5.1 yang menjelaskan bahwa jenis dukungan sosial keluarga yang diterima oleh responden terbesar adalah jenis dukungan nyata/instrumental sebesar 25,51 % diikuti oleh dukungan emosional sebesar 25,29 %. Dukungan terendah yaitu jenis dukungan informasi (24,35 %). Penjelasan lebih rinci dapat dilihat pada diagram 5.1.

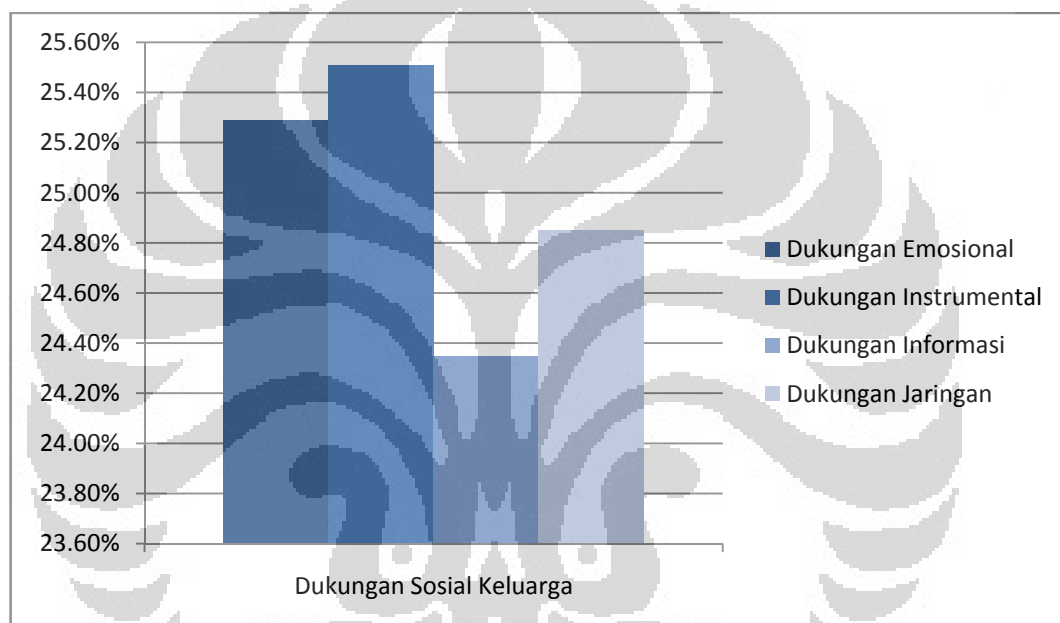


Diagram 5.1 Proporsi dukungan sosial keluarga berdasarkan besar dukungan pada responden di poli paru puskesmas kecamatan jagakarsa, jakarta selatan, 2012 (n=66)

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian.

6.1.1. Sampel.

Teknik pemilihan sampel dalam penelitian ini yaitu menggunakan total sampling. Sampel dalam teknik ini yaitu semua subyek yang datang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa dan memenuhi kriteria inklusi selama penelitian berlangsung. Namun teknik ini memiliki kelemahan jika populasi yang ada hanya sedikit dan terdapat populasi yang tidak sesuai dengan kriteria inklusi. Sehingga jumlah sampel yang diperoleh sebanyak 66 orang walaupun waktu pengambilan data sudah dilaksanakan selama satu bulan dengan asumsi bahwa keseluruhan populasi akan datang kontrol dan mengambil obat anti tuberkulosis, namun peneliti harus memperhitungkan kemungkinan bahwa klien akan diwakili oleh keluarganya dalam pengambilan obat.

Populasi sebaiknya diperlebar menjadi sekecamatan atau satu wilayah kerja dan teknik yang sesuai untuk dipergunakan yaitu teknik cluster sampling sehingga cakupan dapat diperluas dan pengambilan data dapat dilakukan juga di puskesmas kelurahan sehingga dapat menggambarkan dukungan sosial keluarga klien TB pada suatu wilayah kerja (Sastroasmoro dan Ismael, 2011).

6.2. Analisis Univariat.

6.2.1. Karakteristik Responden.

Responden dalam penelitian ini berjumlah 66 orang. Karakteristik responden dalam penelitian ini terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga dalam satu bulan, dan fase pengobatan.

Distribusi responden berdasarkan umur pada tabel 5.1, dapat dilihat bahwa umur minimal responden yaitu 15 tahun dan umur maksimal responden yaitu 63 tahun. Rata-rata umur responden adalah 35,64 tahun dengan standar deviasi 13,03 tahun. Rata-rata umur klien TB yang berobat berada pada rentang 32,43 tahun sampai 38,84 tahun (95%). Kemenkesri (2011) menjelaskan bahwa sekitar 75 % klien TB merupakan kelompok umur yang produktif secara ekonomis (15-50 tahun). Dampak yang dapat dihasilkan yaitu menurunnya produktivitas dan pendapatan keluarga.

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada tabel 5.2 menjelaskan jenis kelamin terbanyak yaitu laki-laki sebesar 51,5%, sementara 48,5 % sisanya merupakan wanita. Klien TB sebagian besar adalah laki-laki, 36 % dari keseluruhan kasus TB merupakan wanita (WHO, 2011).

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan pada tabel 5.2 menjelaskan bahwa tingkat pendidikan responden yang terbanyak yaitu tamat dari SMA sebesar 43,9% dan paling kecil yaitu tamat akademi/S1 sebesar 9,1%. Penelitian Aisyah (2003) menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan klien TB maka semakin tinggi peluangnya untuk patuh minum obat. Pendidikan terbanyak responden adalah tamat SMA, bila ditunjang dengan dukungan informasi dan dukungan sosial lainnya yang adekuat, maka potensi klien untuk patuh minum obat dan sembuh semakin besar.

Universitas Indonesia

Distribusi responden berdasarkan pekerjaan pada tabel 5.2 menjelaskan bahwa jenis pekerjaan responden yang terbanyak yaitu pelajar/mahasiswa sebesar 27,3%. Sedangkan yang terendah yaitu PNS/TNI/ABRI sebesar 3%. Hal ini dapat berdampak pada prestasi belajar siswa/mahasiswa tersebut. Kemampuan seseorang untuk belajar dipengaruhi oleh faktor fisik dan kognitif, tingkat perkembangan, kesehatan fisik, dan proses berpikir intelektual (Potter & Perry, 2005). Penelitian terkait hubungan TB dengan prestasi belajar pelajar/mahasiswa klien TB di Puskesmas tersebut belum ditemukan.

Distribusi responden berdasarkan penghasilan keluarga dalam setiap bulannya pada tabel 5.2 menjelaskan bahwa pendapatan keluarga terbanyak yaitu > Rp. 1.118.000 atau di atas UMR sebesar 51,5 %, sedangkan 48,5 % memiliki penghasilan perbulan < Rp. 1.118.000 atau di bawah UMR. Klien TB dapat kehilangan waktu kerjanya rata-rata 3-4 bulan yang dapat berdampak pada menurunnya pendapatan keluarga sekitar 20-30 % (Kemenkesri, 2011). Bila ditunjang dengan dukungan sosial keluarga yang baik, maka dampak tersebut dapat diminimalkan.

Distribusi responden berdasarkan fase pengobatan pada tabel 5.2 menjelaskan bahwa fase pengobatan responden terbanyak pada fase lanjutan/> 2 bulan pengobatan sebesar 57,6%, sementara sisanya sebesar 42,4% menjalani fase awal pengobatan/< 2 bulan. Kondisi sakit dapat menyebabkan perubahan fisik maupun emosional, tergantung pada beratnya penyakit, tingkat ketidakmampuan, dan lamanya waktu sakit dan waktu pengobatan (Potter & Perry, 2005). Jika klien TB memiliki dukungan sosial yang baik, maka dapat membantunya untuk beradaptasi dengan kondisi sakitnya maupun dengan lamanya waktu yang dibutuhkan klien untuk pengobatan (Potter & Perry, 2005).

6.2.2. Dukungan Sosial Keluarga.

Dukungan sosial keluarga yang akan dibahas yaitu dukungan emosional, dukungan nyata/instrumental, dukungan informasi, dan dukungan jaringan/persahabatan.

a. Dukungan Sosial Emosional.

Distribusi dukungan sosial keluarga dari jenis dukungan emosional pada tabel 5.3 menjelaskan dukungan yang baik sebanyak 97%. Dukungan kurang dirasakan sebanyak 3%. Dukungan emosional meliputi empati, kepedulian, perhatian, pandangan positif, dan dorongan semangat terhadap seseorang (Cutrona & Russel, (1990); Schaefer, Coyne, & Lazarus, (1981); Wills & Fegan, (2001); dalam Sarafino, (2006)).

Dukungan emosional yang dirasakan oleh klien TB yang berobat di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa merupakan dukungan baik sehingga klien TB yang berobat di puskesmas tersebut memiliki potensi untuk patuh minum obat dan sembuh dari penyakitnya. Dukungan yang baik yang dirasakan oleh seseorang ketika ia menghadapi sumber stress dalam hidupnya akan membantu individu tersebut beradaptasi dan memiliki mekanisme koping yang adaptif yang akan membantunya mengatasi masalah (Sarafino, 2006).

b. Dukungan Sosial Nyata/Instrumental.

Distribusi responden berdasarkan dukungan sosial keluarga dari jenis dukungan nyata/instrumental yang dirasakan oleh klien TB yang berobat di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa merupakan dukungan baik sebesar 98,5 % dan dukungan kurang sebesar 1,5 %.

Dukungan sosial nyata merupakan bentuk dukungan yang diberikan secara langsung dan nyata kepada seseorang sehingga individu yang menerimanya merasa nyaman dan dicintai (Cutrona & Russel, (1990);

Schaefer, Coyne, & Lazarus, (1981); Wills & Fegan, (2001); dalam Sarafino, (2006)).

Dukungan sosial nyata yang dirasakan individu merupakan dukungan yang baik (98,5 %) sehingga klien TB yang berobat di Puskesmas kecamatan Jagakarsa memiliki potensi tinggi untuk patuh minum obat dan sembuh dari penyakitnya.

c. Dukungan Sosial Informasi.

Dukungan sosial keluarga dari jenis dukungan informasi berdasarkan tabel 5.5 menjelaskan dukungan baik sebesar 97% sedangkan 3% responden merasakan dukungan kurang. Dukungan informasi mencakup nasehat, arahan, saran, informasi, atau umpan balik yang didapatkan individu dari orang lain (Cutrona & Russel, (1990); Schaefer, Coyne, & Lazarus, (1981); Wills & Fegan, (2001); dalam Sarafino, (2006)).

Dukungan informasi yang didapatkan oleh klien TB yang berobat di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa cukup tinggi (97%) sehingga klien TB memiliki potensi yang tinggi untuk patuh minum obat dan sembuh dari penyakitnya, terutama jika didukung dengan informasi yang benar tentang penyakitnya dari petugas kesehatan.

d. Dukungan Sosial Jaringan/Persahabatan.

Dukungan sosial keluarga dari jenis dukungan jaringan/persahabatan yang dirasakan oleh responden pada tabel 5.6 menjelaskan dukungan baik sebesar 98,5% dan dukungan kurang sebesar 1,5%. Dukungan sosial jaringan/persahabatan yaitu dukungan yang berupa ketersediaan orang lain untuk menghabiskan waktu bersama-sama, menjadi bagian dalam suatu kelompok dan saling berbagi minat dan aktivitas sosial (Cutrona & Russel, (1990); Schaefer, Coyne, & Lazarus, (1981); Wills & Fegan, (2001); dalam Sarafino, (2006)).

Dukungan sosial jaringan yang baik dirasakan oleh klien TB yang berobat di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa sangat tinggi (98,5%) sehingga klien TB memiliki potensi yang tinggi untuk patuh minum obat dan sembuh dari penyakitnya. Dukungan jaringan yang tinggi dapat diberdayakan oleh petugas kesehatan untuk mengoptimalkan potensi kesembuhan klien melalui PMO keluarga, pembentukan kelompok swabantu, dan lain-lain.

Walaupun semua dukungan sosial saling berkaitan dan mempengaruhi, namun dukungan jaringan sangat penting karena dapat mempengaruhi dukungan lainnya (Rachmawati dan L. Turniani, 2006) Sebagai contoh, dukungan informasi akan menjadi lebih efektif bila ditunjang dengan dukungan jaringan yang baik.

e. Total Dukungan Keluarga.

Distribusi responden berdasarkan total dukungan keluarga yang dirasakan pada tabel 5.7 menjelaskan 97% dukungan baik dan 3% dukungan kurang. Total dukungan keluarga yaitu keseluruhan bentuk dukungan sosial (dukungan emosional, dukungan nyata, dukungan informasi, dan dukungan jaringan) merupakan dukungan atau bantuan yang diberikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga individu tersebut merasa nyaman, diperhatikan, dihargai, dan menjadi bagian dari keluarga sehingga dapat membantu individu tersebut mengatasi stressnya (Gentry & Kobasa (1984); Wallston, et al (1983); Wills & Fegan (2001) dalam Sarafino (2006); Baron & Byrne (2005), Aronson, Wilson, & Akert (2007)).

Penelitian Rachmawati dan L. Turniani (2006) menjelaskan bahwa ada efek langsung dukungan sosial terhadap motivasi klien TB untuk sembuh dari penyakitnya. Penelitian Hutapea (2006) menjelaskan bahwa semakin baik dukungan sosial keluarga yang diterima oleh klien TB akan meningkatkan kepatuhannya untuk minum obat.

Dukungan sosial keluarga berdasarkan besarnya dukungan yang diterima dari masing-masing jenis dukungan pada diagram 5.1 menjelaskan bahwa Dukungan sosial keluarga terbesar yang diterima oleh klien TB Paru yaitu dari jenis dukungan nyata/instrumental (25,51 %). Kemudian urutan kedua yaitu dukungan emosional (25,29 %) dan paling kecil dukungan informasi (24,35 %).

Penelitian Rachmawati dan L. Turniani (2006) menjelaskan bahwa dukungan emosional merupakan jenis dukungan yang paling kuat dalam mempengaruhi motivasi klien TB. Namun belum dibahas peran dari masing-masing dukungan dalam penelitian ini terhadap motivasi dan kepatuhannya minum obat.

Dukungan paling kecil dirasakan yaitu dukungan informasi. Hal ini perlu ditingkatkan lagi dukungannya karena kepatuhan klien TB untuk minum obat dipengaruhi oleh perilaku klien dan cara terbaik untuk perubahan perilaku yaitu melalui pemberian informasi yang efektif (Sarwono (1993) dan Notoatmodjo (2003) dalam Hutapea (2006)).

BAB 7

PENUTUP

7.1. Simpulan.

Berdasarkan penelitian deskriptif yang sudah dilakukan maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Karakteristik klien TB yang berobat di Poli Paru: rata-rata umur klien berada pada rentang umur 32,43-38,84 tahun; jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki; tingkat pendidikan terbanyak yaitu SMA, jenis pekerjaan terbanyak adalah pelajar/mahasiswa, rata-rata penghasilan sesuai atau di atas batas Upah Minimum Regional (UMR) pekerja, dan fase pengobatan terbanyak yaitu pada fase pengobatan lanjutan.
- b. Dukungan sosial keluarga meliputi dukungan emosional atau harga diri; dukungan instrumental atau dukungan nyata; dukungan informasi; dukungan persahabatan atau jaringan jenis dukungan nyata/instrumental dan dukungan informasional menunjukkan dukungan yang baik.

7.2. Saran.

7.2.1. Saran untuk Pengelola Program TB di Puskesmas.

- a. Meningkatkan dukungan informasi bagi klien dan keluarga. Berdasarkan analisa hasil menggambarkan semua jenis dukungan yang diterima merupakan dukungan yang baik, namun dukungan sosial keluarga terendah adalah dukungan informasi. Petugas kesehatan yang ada, dalam hal ini pengelola program TB dapat meningkatkan akses informasi kesehatan tentang penatalaksanaan TB agar dapat memotivasi klien untuk sembuh, memutus mata rantai penularan TB dan mencegah komplikasi akibat TB maupun akibat efek samping pengobatan yang tidak teratur.

- b. Mengembangkan potensi bersumber dari dukungan yang ada pada keluarga klien untuk meningkatkan motivasi dan kepatuhan minum obat klien TB. Petugas dapat melibatkan keluarga dalam program pengobatan klien TB.
- c. Bekerja sama dengan petugas program uks dalam penjangkaran kasus tb di sekolah. Berdasarkan data demografi responden didapatkan jenis pekerjaan terbesar adalah pelajar/mahasiswa. Perlu dilakukan pengkajian lebih lanjut terkait hal tersebut untuk memutus mata rantai penularan TB.

7.2.1. Saran untuk Peneliti lainnya.

- a. Peneliti merasa masih banyak terdapat keterbatasan dalam penelitian ini. Oleh sebab itu peneliti menyarankan untuk menggunakan metode cluster sampling dalam penelitian sejenis untuk dapat mewakili gambaran dukungan sosial keluarga dalam suatu wilayah kerja.
- b. Penelitian ini masih merupakan penelitian dasar yang dapat dikembangkan lebih jauh dikaitkan dengan motivasi klien dan kepatuhannya minum obat anti tuberkulosis.
- c. Penelitian ini belum dapat menggambarkan bagaimana peran dari masing-masing dukungan sosial yang ada terhadap motivasi dan kepatuhan penderita minum obat dan dukungan jenis apa yang paling berperan dalam meningkatkan motivasi dan kepatuhan minum obat.
- d. Belum terdapat faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi dukungan sosial yang diberikan orang lain untuk dapat diterima dan dimanfaatkan oleh klien TB agar dapat memotivasi dan meningkatkan kepatuhannya untuk minum obat.

DAFTAR REFERENSI

- Amin dan Bahar (2007). *Tuberkulosis paru*. Dalam Sudoyo, et al. (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam*. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Aisyah. (2003). *Hubungan persepsi, pengetahuan tb paru, dan pmo dengan kepatuhan berobat pasien tb paru di puskesmas kecamatan jatinegara jakarta timur*. Skripsi. FKM UI.
- Allender, et al. (2010). *Community health nursing; Promoting and protecting the public's health. 7th edition*. Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins.
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta. Rineka Cipta.
- Aronson, et al. (2007). *Social psychology. Sixth edition*. Pearson Prentice Hall.
- Astuti, M. W, et al. (2009). *Gambaran keteraturan berobat penderita tbc paru di unit pelayanan paru puskesmas kecamatan pasar minggu*. Skripsi. Fakultas Kedokteran. Universitas Trisakti.
- Baron and Byrne. (2005). *Psikologi sosial. Jilid 2. Edisi kesepuluh.*(Djuwita, et al. Penerjemah). Erlangga.
- Black and Hawks. (2009). *Medical surgical nursing; Clinical management for positive outcomes. 7th ed*. Elsevier Saunders.
- Burns and Grove. (2003). *Understanding nursing research. Third Edition*. Saunders.
- Chandra. B. (2012). *Biostatistik untuk kedokteran dan kesehatan*. EGC.
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. (2010). *Profil kesehatan provinsi dki jakarta tahun 2009*. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

- Friedman, et al. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga; riset, teori, dan praktik. Ed. 5.* (Hamid, A. Y. S., et al. Penerjemah). EGC.
- Hastono. (2007). *Analisis data kesehatan.* Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Hastono dan Sabri. (2010). *Statistik kesehatan. Cetakan ke-5.* Rajawali Pers.
- Hasymi. (2009). *Pengaruh dukungan sosial keluarga dan intimasi terhadap persepsi tingkat nyeri pada pasien miokard infark di RSUD Dr. M. Yunus. Bengkulu.* Fakultas Ilmu Keperawatan. Universitas Indonesia.
- Hutapea, T. P. (2006). *Pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis.* Artikel. RSUD Dr. Saiful Anwar. Malang.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Pedoman nasional pengendalian tuberkulosis.* Kemenkes RI. Dirjen Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan.
- Kumar, et al. (2007). *Buku ajar patologi robbins. Ed. 7. Vol. 2.* (Pendit, B. U. Penerjemah). EGC.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan. Ed. Rev.* Jakarta. Rineka Cipta.
- Polit and Beck. (2004). *Research; Principles and methods. 7th edition.* Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A., and Perry, A.G. (2006). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktik. Edisi 4.* (Komalasari, R., et al. Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Price and Wilson. (2006). *Patofisiologi; Konsep klinis proses-proses penyakit. Edisi 6.* (Pendit, et al. Penerjemah). EGC.
- Puskesmas Kecamatan Jagakarsa. (2011). *Laporan tahunan tahun 2011.* Puskesmas Kecamatan Jagakarsa.

- Rachmawati, T & L, Turniani. (2006). *Pengaruh dukungan sosial dan pengetahuan tentang penyakit tb terhadap motivasi untuk sembuh penderita tuberkulosis paru yang berobat di puskesmas*. Buletin penelitian sistem kesehatan. Vol. 9. No. 3. Juli.
- Rustiana. (2006). *Dukungan sosial dan pengaruhnya bagi kesehatan*. Artikel. Kemas. Vol 1.
- Sarafino, E. P. (2006). *Health psychology; Biopsychosocial interactions. Fifth edition*. John Willey & Sons, Inc.
- Sastroasmoro dan Ismael. (1995). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Cetakan Pertama. Bagian Ilmu Kesehatan Anak. Universitas Indonesia. Bina Rupa Aksara.
- Sastroasmoro dan Ismael. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Ed ke-4*. Sagung Seto.
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology. 3rd ed.* McGraw-Hill, Inc.
- Wasis. (2008). *Pedoman riset praktis untuk profesi perawat*. EGC.
- WHO. (2011). *WHO report 2011; Global tuberculosis control*. WHO.



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
DINAS KESEHATAN

SUKU DINAS KESEHATAN
KOTA ADMINISTRASI JAKARTA SELATAN

Jl. Radio I No. 8 Kebayoran Baru Telp. 7395287, 7395344, Fax 7251373
JAKARTA

KODE POS : 12130

28 April 2012

Nomor : 296 /-1.777.22
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Persetujuan penelitian
Wiji Saraswati

Kepada
Yth. Dekan FIKes Keperawatan
Universitas Indonesia
Di
Jakarta

Menindaklanjuti surat saudara Nomor : 1845/H.2.F12.DI/PDP.04.04/2012 tanggal 19 April 2012, Hal Permohonan Penelitian dengan judul "Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Penderita Tuberculosis Paru yang berobat di Poli Paru di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu, Puskesmas Kec. Jagakarsa " Kota Administrasi Jakarta Selatan yang akan dilaksanakan pada periode April dan Mei 2012 dengan ini kami menyetujui / tidak keberatan.

Demi kelancaran pelaksanaan kegiatan penelitian tersebut, agar Saudara menghubungi Kepala Puskesmas setempat

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

KEPALA SUKU DINAS KESEHATAN
KOTA ADMINISTRASI JAKARTA SELATAN

Dr. H. KURNIANTO AMIEN, MM
NIP/NRK.196109271989101001/120724

Tembusan :
Ka.Pkm.Kec. Pasar Minggu
Ka.Pkm.Kec. Jagakarsa

Inform consent untuk partisipasi dalam penelitian
Gambaran dukungan sosial keluarga terhadap klien tuberkulosis paru
yang berobat di poli paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa

Saya/peneliti adalah Wiji Saraswati. Saya perawat di Puskesmas Kecamatan Pasar Minggu dan saat ini sedang melanjutkan pendidikan S1 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Alamat saya di Jl. Purwa III Kav. DKI Blok. Q No. 34 Jakarta Selatan. Saya dapat dihubungi di nomor telepon 0878-86734260 atau 021- 7867206. Penelitian ini merupakan bagian dari persyaratan untuk Program Pendidikan Sarjana Keperawatan saya di Universitas Indonesia. Pembimbing saya adalah Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp, MN dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Bpk/Ibu/Sdr/i diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai responden. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui lebih jauh tentang gambaran dukungan sosial keluarga terhadap klien Tuberkulosis Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa. Keputusan Bpk/Ibu/Sdr/i untuk berpartisipasi ataupun tidak dalam penelitian ini, tidak mempengaruhi hak Bpk/Ibu/Sdr/i sebagai pasien yang mendapatkan perawatan dan pengobatan yang sedang berjalan di Puskesmas ini. Apabila Bpk/Ibu/Sdr/i telah memutuskan untuk berpartisipasi, Bpk/Ibu/Sdr/i bebas untuk mengundurkan diri dari penelitian ini kapan pun jika merasa tidak ingin melanjutkan partisipasinya.

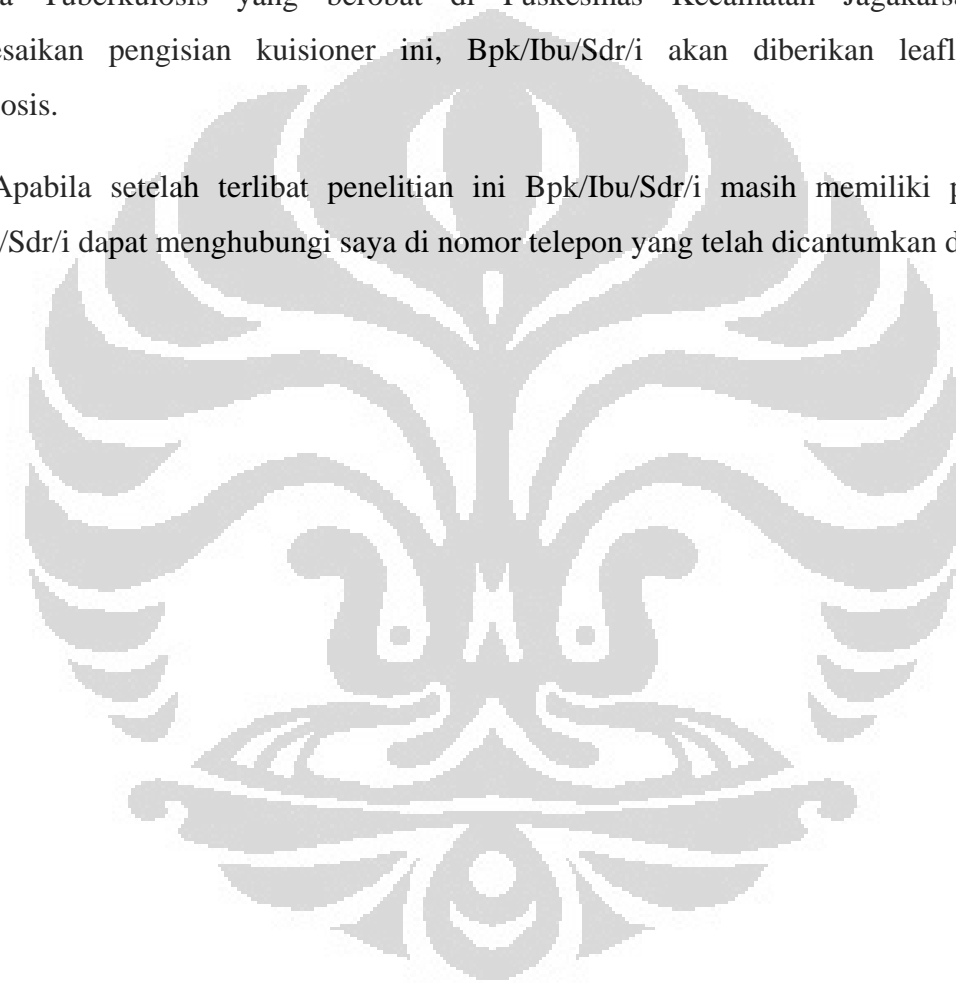
Bpk/Ibu/Sdr/i diminta untuk mengisi kuisisioner yang diberikan. Kuisisioner ini terdiri dari dua bagian. Bagian pertama berisi data umum, seperti; usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status sosial ekonomi. Bagian kedua berisi pertanyaan tentang dukungan sosial yang Bpk/Ibu/Sdr/i dapatkan dari keluarga. Diharapkan Bpk/Ibu/Sdr/i dapat menyelesaikan pengisian kuisisioner ini antara 20-30 menit.

Saya akan menjaga kerahasiaan dan partisipasi Bpk/Ibu/Sdr/i dalam penelitian ini. Nama Bpk/Ibu/Sdr/i tidak akan dicatat dimana pun. Semua kuisisioner yang telah terisi hanya akan diberikan nomor kode yang tidak bisa digunakan untuk mengidentifikasi identitas Bpk/Ibu/Sdr/i. Apabila hasil penelitian ini dipublikasikan, tidak ada satu identifikasi yang berkaitan dengan Bpk/Ibu/Sdr/i akan ditampilkan dalam publikasi tersebut. Siapapun yang

bertanya tentang partisipasi Bpk/Ibu/Sdr/i dan apa yang Bpk/Ibu/Sdr/i jawab di penelitian ini, Bpk/Ibu/Sdr/i berhak untuk tidak menjawabnya. Namun, jika diperlukan, catatan penelitian ini dapat dijadikan barang bukti apabila pengadilan memintanya. Partisipasi Bpk/Ibu/Sdr/i dalam penelitian ini, sejauh yang saya ketahui, tidak menyebabkan resiko yang lebih besar dari pada resiko yang biasa Bpk/Ibu/Sdr/i hadapi sehari-hari.

Manfaat dari penelitian ini adalah untuk mengetahui type dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga penderita dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan untuk penderita Tuberkulosis yang berobat di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa. Setelah menyelesaikan pengisian kuisioner ini, Bpk/Ibu/Sdr/i akan diberikan leaflet tentang tuberkulosis.

Apabila setelah terlibat penelitian ini Bpk/Ibu/Sdr/i masih memiliki pertanyaan, Bpk/Ibu/Sdr/i dapat menghubungi saya di nomor telepon yang telah dicantumkan di atas.



Lembar persetujuan menjadi responden penelitian

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, telah membaca penjelasan tentang penelitian ini dan memperoleh jawaban atas hal-hal yang kurang saya pahami. Saya mengetahui manfaat dan tujuan dari penelitian ini, maka saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Wiji Saraswati, mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia yang berjudul, “Gambaran Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Klien Tuberkulosis Paru Yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa”.

Adapun dalam pengisian data ini saya tidak mendapatkan paksaan dari pihak manapun dan saya secara suka rela berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai responden. Data yang saya berikan adalah benar adanya tanpa ada rekayasa dalam bentuk apapun.

Jakarta,

Peneliti,

Responden,

()

Saksi,

()

**“Gambaran Dukungan Sosial Keluarga Terhadap Klien Tuberkulosis Paru
Yang Berobat Di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa”**

Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda silang (X) pada jawaban yang paling sesuai dengan diri anda. Bagian kotak kecil di sisi kanan hanya diisi oleh petugas.

A. DATA DEMOGRAFI.

1. Nama Inisial :
2. Tanggal lahir :
3. Jenis Kelamin :
 - a. Laki-laki. b. Perempuan.
4. Pendidikan yang sudah diselesaikan:
 - a. Tidak tamat SD/tidak sekolah. b. Tamat SD. c. Tamat SMP
 - d. Tamat SMA. e. Akademi/S1 f. S2.
5. Pekerjaan :
 - a. PNS/ABRI/POLRI. b. Swasta. c. Wiraswasta
 - d. Buruh. e. IRT/Tidak bekerja f. Pelajar. g. Lain-lain, sebutkan...
6. Jumlah penghasilan dalam keluarga:
 - a. < Rp. 1.118.000,- b. ≥ Rp. 1.118.000,-
7. Lamanya minum Obat Anti Tuberkulosis:
 - a. ≤ 2 bulan. b. > 2 bulan

B. DUKUNGAN SOSIAL

Di bawah ini merupakan pernyataan mengenai dukungan/support dari keluarga yang Bapak/Ibu/Sdr/i rasakan selama sakit. Isilah dengan tanda rumput (√) pada kolom “selalu”, jika dukungan tersebut selalu dirasakan, “sering” jika dukungan tersebut sering dirasakan, “jarang” jika dukungan tersebut jarang dirasakan, dan “tidak pernah” jika dukungan tersebut tidak pernah dirasakan pada masing-masing pernyataan berikut:

NO	Pernyataan	Sikap Keluarga			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
Keluarga saya					
1	Dapat dipercaya untuk berkeluh kesah				
2	Ada ketika saya membutuhkannya.				
3	Memberi semangat jika saya sedang putus asa.				
4	Peduli terhadap penyakit yang saya derita.				
5	Tidak peduli pada saya karena takut tertular				
6	Membantu memberikan uang transport ke Puskesmas ketika saya sedang kesusahan.				
7	Menolak mengambilkan obat ke puskesmas				
8	Menemani berobat ketika kondisi tubuh saya sedang lemah.				
9	Menyediakan makanan sehat selama saya sakit.				
10	Merawat saya selama saya sakit.				
11	Memberikan saran				

NO	Pernyataan	Sikap Keluarga			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
	dalam mengambil keputusan pengobatan yang tepat.				
12	Memberikan informasi tentang pengobatan yang dapat membantu penyembuhan saya.				
13	Mengingatkan pentingnya minum obat.				
14	Membantu mencari informasi kesehatan dari petugas kesehatan.				
15	Menganjurkan pengobatan alternatif.				
16	Tidak menjauhi saya walaupun saya menderita TB.				
17	Melibatkan saya dalam kegiatan keluarga seperti kumpul keluarga dan arisan keluarga.				
18	Menghabiskan waktu bersama-sama dengan saya setiap ada kesempatan, seperti menonton televisi bersama.				
19	Melibatkan saya dalam pengambilan keputusan di keluarga, misalnya ketika ada salah seorang anggota keluarga yang sedang kesusahan atau sakit.				
20	Saya dianggap seperti orang asing di rumah.				

Terima kasih atas partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/i sebagai responden dalam penelitian ini.

GAMBARAN DUKUNGAN SOSIAL KELUARGA TERHADAP KLIEN TUBERKULOSIS PARU YANG BEROBAT DI PUSKESMAS KECAMATAN JAGAKARSA

Wiji Saraswati

ABSTRAK.

Dukungan sosial keluarga merupakan bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga agar klien TB merasa nyaman, dicintai, dihargai, dan diperhatikan sehingga klien TB termotivasi untuk mematuhi pengobatan yang sedang dijalaninya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran dukungan sosial keluarga terhadap klien TB Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa. Metode deskriptif dengan total sampling diterapkan pada penelitian ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan yang baik dari masing-masing jenis dukungan. Jenis dukungan instrumental memiliki rata-rata dukungan tertinggi (25,51%). Oleh karena itu disarankan Puskesmas Kecamatan Jagakarsa untuk mengembangkan dukungan instrumental untuk meningkatkan motivasi dan kepatuhan berobat klien TB.

Kata Kunci:

Dukungan sosial keluarga, dukungan instrumental, TB Paru

ABSTRACT

A family social support is a form of support provided by the family to make TB clients feel comfortable, loved, respected, and noted that clients are motivated to adhere to TB treatment. This study aims to describe family social support for TB clients who seek treatment at Jagakarsa Health Center. A descriptive with total sampling method applied in this study. The results showed good support from each type of support. The instrumental support had the highest average score (25.51%). It is therefore recommended Jagakarsa Health Centers develop instrumental support guidance to enhance client motivation and adherence to TB treatment.

Keywords:

Family social support, instrumental support, pulmonary TB.

PENDAHULUAN

Tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan utama di dunia. TB menginfeksi sekitar 8,5-9,2 juta penduduk di dunia tahun 2010 dan menyebabkan 1,2-1,5 juta kematian (WHO,2011). Penyebarannya terus meningkat dan banyak yang tidak berhasil disembuhkan sehingga WHO mencanangkan TB sebagai kedaruratan dunia/global emergency pada tahun 1993, terutama pada 22 negara dengan masalah TB terbesar, salah satunya Indonesia.

Indonesia merupakan negara keempat terbanyak untuk kasus TB dengan insiden kasus mencapai 0,37 juta-0,54 juta tahun 2010. Menurut Survey Kesehatan rumah tangga (SKRT), TB menempati urutan ketiga penyakit penyebab kematian pada semua kelompok usia dan urutan pertama untuk penyakit infeksi tahun 1995 dan 2001. WHO dan International Union Against TB dan Lung Disease (IUATLD) mengembangkan strategi DOTS pada awal tahun 1990-an untuk penanggulangan TB dengan fokus utama penemuan dan penyembuhan pasien yang diprioritaskan pada penderita TB tipe menular (Kemenkesri, 2011).

Pengobatan TB memerlukan waktu yang cukup lama, minimal 6 bulan, menyebabkan terdapat beberapa klien TB yang putus obat sehingga dibutuhkan dukungan dari berbagai pihak terutama keluarga sebagai orang terdekat klien. Penelitian Hutapea (2006) menjelaskan bahwa dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan kepatuhan klien TB minum obat. Adaptasi terhadap masalah kesehatan yang kronis juga didukung oleh sistem efektif dari dukungan sosial (Wallston, et al dalam Rustiana 2006).

Puskesmas Kecamatan Jagakarsa merupakan salah satu puskesmas yang terletak di Jakarta Selatan yang sudah menerapkan strategi DOTS dan Program Practical Approach to Lung (PAL) dalam pemberantasan TB di wilayah kerjanya. Klien TB yang ditemukan pada tahun 2011; TB BTA + sebanyak 87 kasus, Kambuh 8 kasus, TB BTA Negatif 140 kasus, Ekstra Paru 6 kasus, dan TB Anak 45 kasus. Klien TB yang default pada tahun 2011 sebanyak 14 orang, drop out obat (DO) 19 orang dan meninggal 3 orang.

Resiko penularan TB Paru masih tinggi di wilayah Kecamatan Jagakarsa, dimana ditemukan belum semua klien TB yang ada minum obat secara teratur, yang dibuktikan dengan terdapat klien TB drop out obat 19 orang dari 307 orang dalam satu tahun. Gambaran dukungan sosial yang ada terhadap klien TB belum diketahui dan belum pernah dilakukan penelitian tentang dukungan sosial keluarga di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa.

Penelitian mengenai dukungan sosial keluarga bagi klien TB penting untuk dilakukan agar dapat menunjang keberhasilan pengobatan bagi klien TB. Hasil penelitian ini akan sejalan dengan

penelitian Hutapea dan dapat dilanjutkan dengan penelitian sejenis untuk membuktikan bahwa dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan klien TB terhadap pengobatan TB.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif sederhana untuk mengetahui gambaran dukungan sosial keluarga terhadap klien TB Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa. Sampel dalam penelitian ini adalah keseluruhan populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah klien yang didiagnosa menderita TB Paru BTA positif maupun BTA negatif, berusia 15-65 tahun, kesadaran kompos mentis, kooperatif, minum obat di bawah pengawasan Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa, sudah minum obat anti tuberkulosis minimal selama 1 minggu, dan bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah klien TB Ekstra Paru, TB Anak, sesak nafas, klien TB yang membutuhkan tindakan emergensi, minum obat di luar pengawasan Puskesmas Kecamatan Jagakarsa, dan keluarga klien.

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuisioner yang berisi tentang karakteristik responden dan komponen dukungan sosial yang terdiri dari dukungan emosional, dukungan nyata/instrumental, dukungan informasi, dan dukungan jaringan/persahabatan yang diadaptasi dari teori Cutrona & Russel, (1990); Schaefer, Coyne, & Lazarus, (1981); Wills & Fegan, (2001); dalam Sarafino, (2006), Taylor (1995), dan Friedman (2003) . Instrumen sebelumnya telah diuji validitas dan reliabilitasnya dengan r hitung 0,606 sampai dengan 0,862 (95%) dan r_{Alpha} 0,936.

Penelitian dilakukan di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa yang telah menerapkan program Practical Approach to Lung Health (PAL) dan menjalankan strategi DOTS dalam penanggulangan TB Parunya. Pengambilan data dilakukan selama satu bulan, yaitu tanggal 10 Mei 2012-10 Juni 2012.

Prosedur pengumpulan data meliputi dua hal, yaitu prosedur administratif dan prosedur teknis. Prosedur administratif yang dilakukan meliputi proses rekomendasi/izin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Kepala Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan, dan Kepala Puskesmas Kecamatan Jagakarsa. Sedangkan prosedur teknis meliputi serangkaian kegiatan yang dilakukan dalam pengumpulan data.

Setelah mendapatkan izin penelitian, peneliti mengidentifikasi responden yang memiliki kriteria inklusi. Peneliti menjelaskan kepada calon responden tentang penelitian yang akan diambil, tujuan penelitian, manfaat penelitian, hak untuk menolak, dan jaminan kerahasiaan sebagai responden.

Calon responden diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang belum dipahaminya. Calon responden dapat terlibat dalam penelitian ini setelah menandatangani surat persetujuan sebagai responden. Waktu yang dibutuhkan dalam pengumpulan data \pm 30 menit, dan selama proses pengumpulan data, responden diperkenankan untuk bertanya kepada peneliti tentang hal yang belum dipahaminya. Instrumen yang telah terisi selanjutnya diolah dan dianalisis.

Sebelum dianalisis, data diolah terlebih dahulu. Kuisisioner yang telah terkumpul dilakukan proses editing terhadap kelengkapannya. Data yang sudah lengkap akan diberi kode untuk mempercepat proses entry data dan mempermudah analisis data. Data yang sudah diberi kode selanjutnya diproses dengan menggunakan salah satu program komputer. Pengecekan terakhir kemudian dilakukan untuk melihat adakah data yang hilang, apakah data yang sudah di-entry benar atau salah.

Selama proses pengumpulan data maupun pengolahan dan analisis data terdapat etika yang dijaga penuh oleh peneliti. Responden yang dilibatkan dalam penelitian ini berpartisipasi tanpa mendapatkan paksaan dari pihak mana pun dan memiliki hak yang sama dalam penelitian. Responden menandatangani lembar persetujuan untuk terlibat dalam penelitian ini setelah diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian, haknya sebagai responden, dan hal-hal yang belum dipahami responden sebelum maupun selama penelitian berlangsung.

HASIL

Karakteristik responden terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan keluarga, dan fase pengobatan responden. Karakteristik berdasarkan umur didapatkan kelompok umur yang paling banyak yaitu umur 20-35 tahun (47%) dan paling sedikit 15-20 tahun (9,1 %). Umur minimal responden 15 tahun dan maksimal 63 tahun. Umur rata-rata dalam penelitian ini adalah \pm 32,43 tahun sampai 38,84 tahun (95%).

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin yaitu sebanyak 51,5 % responden berjenis kelamin laki-laki dan sebanyak 48,5 % berjenis kelamin perempuan.

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan yang terbanyak yaitu pendidikan SMA sebesar 43,9 % yang dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di poli paru puskesmas kecamatan jagakarsa, jakarta selatan, 2012

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak tamat SD/tidak sekolah	11	16.7
Tamat SD	8	12.1
Tamat SMP	12	18.2
Tamat SMA	29	43.9
Tamat Akademi/S1	6	9.1
Jumlah	66	100.0

Karakteristik responden berdasarkan jenis pekerjaan cukup bervariasi. Sebagian besar responden merupakan pelajar/mahasiswa sebesar 27,3% dan ibu rumah tangga sebanyak 19,7 % seperti dijelaskan pada tabel 2.

Tabel 2 Distribusi responden berdasarkan jenis pekerjaan di poli paru puskesmas kecamatan jagakarsa, jakarta selatan, 2012

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
PNS/TNI/ABRI	2	3.0
Swasta	5	7.6
Wiraswasta	12	18.2
Buruh	8	12.1
Ibu Rumah Tangga	13	19.7
Pelajar/Mahasiswa	18	27.3
Lain-lain	8	12.1
Jumlah	66	100.0

Sedangkan distribusi responden berdasarkan penghasilan keluarga, 51,5 % memiliki penghasilan di atas Upah Minimum Regional (UMR) dan 48,5 % memiliki penghasilan di bawah UMR.

Dukungan sosial keluarga berdasarkan jenis dukungan emosional yang dirasakan oleh klien Tuberkulosis merupakan dukungan baik sebesar 97 % dan sebanyak 3 % mendapatkan dukungan yang kurang.

Dukungan sosial keluarga berdasarkan jenis dukungan nyata/instrumental yang dirasakan oleh klien Tuberkulosis tertinggi merupakan dukungan baik sebanyak 98,5 % dan dukungan kurang sebanyak 1,5 %.

Dukungan sosial keluarga berdasarkan jenis dukungan informasi yang dirasakan oleh klien Tuberkulosis tertinggi merupakan dukungan baik sebanyak 97 % dan dukungan kurang sebanyak 3 %.

Dukungan sosial keluarga berdasarkan jenis dukungan jaringan/pesahabatan yang dirasakan oleh klien Tuberkulosis tertinggi merupakan dukungan baik sebesar 98,5 % dan dukungan kurang sebesar 1,5 %.

Total dukungan keluarga berdasarkan keempat jenis dukungan sosial yang meliputi dukungan emosional, dukungan nyata/instrumental, dukungan informasi, dan dukungan jaringan/persahabatan, dirasakan dukungan baik sebesar 98,5 % dan dukungan kurang sebesar 1,5 %. Sedangkan proporsi besarnya dukungan yang diterima dari masing-masing dukungan dapat dilihat pada diagram 1.

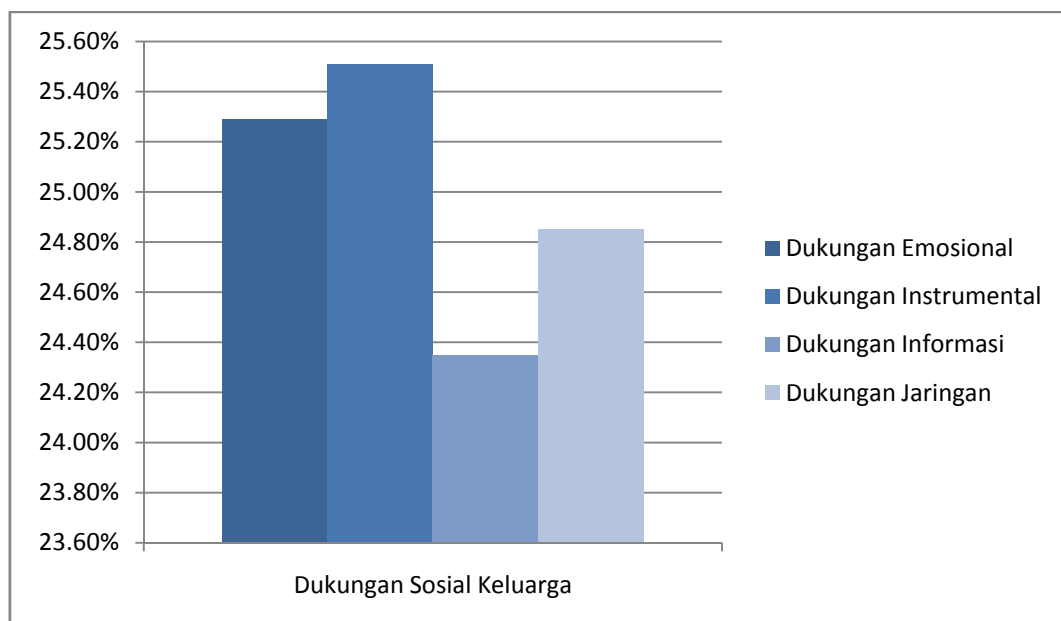


Diagram 1 Proporsi dukungan sosial keluarga berdasarkan besar dukungan pada responden di poli paru puskesmas kecamatan jagakarsa, jakarta selatan, 2012 (n=66)

Bentuk dukungan sosial keluarga yang paling banyak diterima oleh klien Tuberkulosis yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa yaitu dukungan nyata/instrumental (25,51%). Urutan kedua dukungan terbanyak yaitu dukungan emosional (25,29 %) dan dukungan terendah yaitu dukungan informasi (24,35 %).

PEMBAHASAN

Teknik pemilihan sampel dalam penelitian ini menggunakan total sampling. Teknik ini memiliki kelemahan jika populasi yang ada hanya sedikit dan terdapat populasi yang tidak sesuai dengan kriteria inklusi. Jika tempat penelitiannya adalah puskesmas kecamatan dengan populasi terbatas, maka teknik yang paling sesuai adalah cluster sampling, sehingga cakupan dapat diperluas dan dapat menggambarkan dukungan sosial keluarga pada suatu wilayah kerja (Sastroasmoro dan Ismael, 2011).

Karakteristik penderita berdasarkan kelompok umur yang terbanyak adalah kelompok umur 20-35 tahun dan rata-rata umur klien adalah \pm 32,43 tahun-38,84 tahun (95% CI) yang merupakan kelompok usia produktif secara ekonomis sejalan dengan Kemenkesri (2011) yang menjelaskan bahwa sekitar 75 % klien TB merupakan kelompok umur yang produktif secara ekonomis (15-50 tahun) yang dapat berdampak pada menurunnya produktivitas pekerja dan pendapatan keluarga.

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki, sejalan dengan WHO (2011) bahwa sebagian besar klien TB adalah laki-laki.

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan terbanyak adalah tamat SMA. Penelitian Aisyah (2003) menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan klien TB maka semakin tinggi peluang klien untuk patuh minum obat. Bila ditunjang dukungan informasi yang baik, maka potensi klien TB untuk patuh minum obat dan sembuh semakin besar.

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan menjelaskan bahwa jenis pekerjaan terbanyak adalah pelajar/mahasiswa. Hal ini dapat berdampak pada prestasi belajar siswa/mahasiswa tersebut. Hal ini dikarenakan kemampuan seseorang untuk belajar dipengaruhi oleh faktor fisik dan kognitif, tingkat perkembangan, kesehatan fisik, dan proses berpikir intelektual (Potter & Perry, 2005). Namun belum ada penelitian terkait hubungan TB dengan prestasi belajar pelajar/mahasiswa klien TB di Puskesmas tersebut.

Karakteristik responden berdasarkan penghasilan keluarga dalam setiap bulannya tertinggi > Rp. 1.118.000,- atau di atas batas Upah Minimum Regional (UMR). Klien TB dapat kehilangan waktu kerjanya rata-rata 3-4 bulan yang dapat berdampak pada menurunnya pendapatan keluarga sekitar 20-30 % (Kemenkesri, 2011). Namun bila ditunjang dengan dukungan sosial keluarga yang baik, maka dampak tersebut dapat diminimalkan.

Karakteristik responden berdasarkan fase pengobatan, 57,6 % berada pada fase lanjutan/> 2 bulan pengobatan dan sisanya 42,4% berada pada fase awal. Kondisi sakit dapat menyebabkan perubahan

fisik maupun emosional, tergantung pada beratnya penyakit, tingkat ketidakmampuan, dan lamanya waktu sakit dan waktu pengobatan (Potter & Perry, 2005). Jika klien TB memiliki dukungan sosial yang baik, maka dapat membantunya untuk beradaptasi dengan kondisi sakitnya maupun dengan lamanya waktu yang dibutuhkan klien untuk pengobatan (Potter & Perry, 2005).

Dukungan sosial keluarga yang dirasakan oleh klien Tuberkulosis Paru berdasarkan jenis dukungan yang diberikan seluruhnya merupakan dukungan yang baik, yaitu; dukungan emosional 97 % dukungan baik, dukungan nyata/instrumental 98,5 % merupakan dukungan baik, dukungan informasi 97 % merupakan dukungan baik, dan dukungan jaringan/persahabatan 98,5 % merupakan dukungan baik. Total dukungan keluarga berdasarkan keseluruhan dukungan 97 % merasakan dukungan baik.

Dukungan yang baik yang dirasakan oleh seseorang ketika ia menghadapi sumber stress dalam hidupnya akan membantu individu tersebut beradaptasi dan memiliki mekanisme koping yang adaptif yang akan membantunya mengatasi masalah (Sarafino, 2006). Penelitian Rachmawati dan L. Turniani (2006) menjelaskan bahwa ada efek langsung dukungan sosial terhadap motivasi klien TB untuk sembuh dari penyakitnya. Penelitian Hutapea (2006) menjelaskan bahwa semakin baik dukungan sosial keluarga yang diterima oleh klien TB akan meningkatkan kepatuhannya untuk minum obat.

Rata-rata dukungan keluarga yang dirasakan oleh klien Tuberkulosis Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa paling tinggi yaitu jenis dukungan nyata/instrumental (25,51 %). Urutan kedua yaitu dukungan emosional (25,29 %) dan paling kecil dukungan informasi (24,35 %). Penelitian Rachmawati dan L. Turniani (2006) menjelaskan bahwa dukungan emosional merupakan jenis dukungan yang paling kuat dalam mempengaruhi motivasi klien TB. Namun belum dibahas peran dari masing-masing dukungan dalam penelitian ini terhadap motivasi dan kepatuhan klien minum obat. Selain itu belum ada penelitian terkait dukungan sosial yang dapat mempengaruhi motivasi dan kepatuhan minum obat di Puskesmas tersebut.

Dukungan paling kecil dirasakan yaitu dukungan informasi. Dukungan dari jenis ini harus lebih ditingkatkan lagi karena kepatuhan klien untuk minum obat dipengaruhi oleh perilaku klien dan cara terbaik untuk perubahan perilaku yaitu melalui pemberian informasi yang efektif (Sarwono (1993) dan Notoatmodjo (2003) dalam Hutapea (2006)).

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian deskriptif yang sudah dilakukan yang bertujuan untuk mengetahui gambaran dukungan sosial keluarga pada klien Tuberkulosis Paru yang berobat di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa tahun 2012 maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

Karakteristik klien TB yang berobat di Poli Paru berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, jumlah penghasilan dalam keluarga, dan fase pengobatan yang sedang dijalani meliputi hal sebagai berikut: rata-rata umur klien berada pada kelompok umur 20-35 tahun dan merupakan kelompok usia produktif; jenis kelamin klien TB Paru terbanyak adalah laki-laki; tingkat pendidikan yang telah diselesaikan terbanyak yaitu SMA, jenis pekerjaan responden terbanyak adalah pelajar/mahasiswa, rata-rata penghasilan klien di atas batas minimum Upah Minimum Regional (UMR) pekerja, dan fase pengobatan terbanyak yaitu pada fase pengobatan lanjutan.

Dukungan sosial keluarga yang dirasakan oleh klien Tuberkulosis dari masing-masing jenis dukungan yaitu dukungan emosional, dukungan nyata/instrumental, dukungan informasi, dan dukungan jaringan/persahabatan, merupakan dukungan baik. Total dukungan keluarga berdasarkan empat komponen dukungan merupakan dukungan yang baik. Dukungan sosial terbesar yang dirasakan oleh klien Tuberkulosis yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa yaitu jenis dukungan nyata/dukungan instrumental. Urutan kedua yaitu jenis dukungan emosional dan terkecil yaitu dukungan informasi.

Klien Tuberkulosis Paru yang berobat di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa memiliki dukungan sosial yang baik sehingga memiliki potensi yang tinggi untuk sembuh. Belum terdapat penelitian tentang motivasi dan kepatuhan klien minum obat, sehingga sangat disarankan untuk penelitian berikutnya tentang hubungan masing-masing jenis dukungan sosial terhadap motivasi dan kepatuhan klien Tuberkulosis untuk minum obat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih peneliti ucapkan kepada instansi Suku Dinas Kesehatan Jakarta Selatan dan Puskesmas Kecamatan Jagakarsa, khususnya Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa, yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan studi observasional di Poli Paru Puskesmas Kecamatan Jagakarsa. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada ibu Astuti Yuni Nursasi, Skp, MN. Yang telah membimbing peneliti dalam melakukan penelitian ini. Terima kasih tak terhingga dan apresiasi setinggi-tingginya peneliti ucapkan kepada Badan Diklat Pemprov. DKI Jakarta dan

Badan Kepegawaian Pemprov. DKI Jakarta yang telah memberikan beasiswa kepada peneliti untuk melanjutkan studi di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

1. Aisyah. (2003). *Hubungan persepsi, pengetahuan tb paru, dan pmo dengan kepatuhan berobat pasien tb paru di puskesmas kecamatan jatinegara jakarta timur*. Skripsi. FKM UI.
2. Hutapea, T. P. (2006). *Pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberculosis*. Artikel. RSUD Dr. Saiful Anwar. Malang.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Pedoman nasional pengendalian tuberculosis*. Kemenkes RI. Dirjen Pengendalian Penyakit & Penyehatan Lingkungan.
4. Potter, P.A., and Perry, A.G. (2006). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, dan praktik. Edisi 4*. Diterjemahkan oleh Renata Komalasari, Dian Evriyani, Enie Novieastari, Alfrina Hany, Sari Kurnianingsih, Penerjemah. Jakarta: EGC.
5. Rachmawati, T & L, Turniani. (2006). *Pengaruh dukungan sosial dan pengetahuan tentang penyakit tb terhadap motivasi untuk sembuh penderita tuberculosis paru yang berobat di puskesmas*. Buletin penelitian sistem kesehatan. Vol. 9. No. 3. Juli.
6. Rustiana. (2006). *Dukungan sosial dan pengaruhnya bagi kesehatan*. Artikel. Kemas. Vol 1.
7. Sarafino, E. P. (2006). *Health psychology; Biopsychosocial interactions. Fifth edition*. John Willey & Sons, Inc.
8. Sastroasmoro dan Ismael. (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Ed ke-4*. Sagung Seto.
9. WHO. (2011). *WHO report 2011; Global tuberculosis control*. WHO.