

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kebersihan merupakan upaya yang dilakukan oleh individu untuk menjaga kebersihan pribadinya agar terhindar dari penyakit. Menurut (Mubarak, 2008) kebersihan adalah upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis. Pemenuhan kebersihan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Salah satu tanda dari keadaan hygiene yang baik, manusia perlu menjaga kebersihan lingkungan dan kebersihan diri agar sehat, tidak berbau, tidak menyebarkan kotoran, atau menularkan kuman penyakit bagi diri sendiri maupun orang lain. Dalam kehidupan sehari-hari kebersihan merupakan hal yang sangat penting dan harus diperhatikan karena kebersihan akan mempengaruhi kesehatan dan psikis seseorang. Kebersihan itu sendiri sangat berpengaruh diantaranya kebudayaan, social, keluarga, pendidikan. Persepsi seseorang terhadap kesehatan, serta perkembangan (dalam Tarwoto & Wartonah 2006).

Jika seseorang sakit biasanya masalah kebersihan kurang diperhatikan. Hal ini terjadi karena kita menganggap masalah kebersihan adalah masalah sepele, padahal jika hal tersebut dibiarkan terus dapat mempengaruhi

kesehatan secara umum. Karena itu hendaknya setiap orang selalu berusaha supaya personal hygiennya dipelihara dan ditingkatkan. Kebersihan dan kerapian sangat penting dan diperlukan agar seseorang disenangi dan diterima dalam pergaulan, tetapi juga karena kebersihan diperlukan agar seseorang dapat hidup secara sehat (dalam Tarwoto & Wartonah 2006). Kebersihan badan meliputi kebersihan diri sendiri, seperti mandi, gosok gigi, mencuci tangan, dan memakai pakaian yang bersih. Kebersihan lingkungan adalah kebersihan tempat tinggal, tempat bekerja. Tingkat kebersihan berbeda-beda menurut tempat dan kegiatan yang dilakukan manusia. Contohnya, kebersihan di rumah berbeda dengan kebersihan di rumah sakit. Kebersihan lingkungan merupakan hal yang tidak dapat dihindarkan dari sebuah kehidupan manusia dan merupakan unsur yang pasti atau tetap dalam ilmu kesehatan dan pencegahannya. Yang dimaksud dengan kebersihan lingkungan itu sendiri adalah menciptakan sebuah lingkungan yang sehat sehingga tidak gampang terserang atau terkena berbagai macam penyakit. Beberapa penyakit yang timbul akibat kondisi lingkungan yang buruk seperti ISPA, diare, DBD, malaria, kecacingan, dan penyakit kulit. (Nurcahyati, 2012)

Menurut data WHO profil kesehatan di Indonesia tahun 2008 dengan golongan penyakit kulit dan jaringan subkutan terdapat sebanyak 115.100 jumlah kunjungan dengan 64.557 kasus baru (Kemenkes, 2009). Menurut World Health Organization (WHO) Diperkirakan 9 juta anak mati pada tahun 2007, sekitar 20% atau 1,8 juta dikarenakan penyakit pneumonia. Survei

morbiditas yang dilakukan oleh Subdit Diare, Departemen Kesehatan dari tahun 2000 s/d 2010 terlihat kecenderungan insidens naik. Pada tahun 2010 terjadi KLB diare di 33 kecamatan dengan jumlah penderita 4204 dengan kematian 73 orang (CFR 1,74 %.) (kemenkes RI, 2015). Berdasarkan data terbaru dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sekitar 1,5 miliar orang atau sekitar 24% dari total populasi dunia menderita infeksi cacingan, dan pada umumnya menyerang anak-anak usia sekolah. (CNN Indonesia, 2015).

Kerugian akibat cacing gelang bagi seluruh penduduk Indonesia dalam kehilangan karbohidrat diperkirakan senilai Rp 15,4 milyar/tahun serta kehilangan protein senilai Rp 162,1 milyar/tahun. Kerugian akibat cacing tambang dalam hal kehilangan darah senilai 3.878.490 liter/tahun, serta kerugian akibat cacing cambuk dalam hal kehilangan darah senilai 1.728.640 liter/tahun.). Di Indonesia Demam Berdarah pertama kali ditemukan di kota Surabaya pada tahun 1968, dimana sebanyak 58 orang terinfeksi dan 24 orang diantaranya meninggal dunia (Angka Kematian (AK) : 41,3%).(Kemenkes,2015)

Menurut Jhonson R-Leny R, 2010 keluarga berasal dari bahasa sansekerta yang artinya *kula* dan *warga*: “kulawarga“ yang berarti “anggota“ “kelompok kerabat“. Keluarga adalah lingkungan dimana beberapa orang masih memiliki hubungan darah. Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan,

mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial tiap anggota keluarga. Fungsi keluarga merupakan fokus utama pengkajian keluarga di masyarakat karena keluarga merupakan unit dasar yang melaksanakan perawatan kesehatan untuk anggota keluarga (Friedman, Bowden, dan Jones, 2002). Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga dan bukan individu sendiri yang mengusahakan tercapainya tingkat kesehatan yang diinginkan (Zaidin Ali, 2004). Fungsi dasar keluarga meliputi fungsi keluarga memberikan kenyamanan emosional, mendidik, mengajarkan nilai, sikap, kepercayaan, membantu memecahkan masalah, meneruskan keturunan, memenuhi kebutuhan material serta memberikan perawatan kesehatan untuk anggota keluarganya (Susanto, 2012).

Salah satu fungsi keluarga yang berperan penting dalam meningkatkan status kesehatan keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan keluarga. Perawatan kesehatan keluarga adalah pelayanan kesehatan sebagai unit pelayanan kesehatan yang ditujukan pada keluarga sebagai unit pelayanan untuk mewujudkan keluarga yang sehat. Fungsi keluarga yang paling berperan dalam peningkatan status kesehatan adalah fungsi perawatan kesehatan, yang terdiri dari praktik diet keluarga, praktik tidur dan istirahat, praktik latihan dan rekreasi, praktik penggunaan obat terapeutik, alkohol, tembakau, praktik perawatan diri keluarga, praktik lingkungan dan hygiene, praktik pencegahan berbasis pengobatan, dan terapi alternatif (Friedman et al, 2002). Fungsi

perawatan atau pemeliharaan kesehatan (the health care function) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

Fungsi perawatan kesehatan Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan. Tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut : Mengetahui masalah kesehatan keluarga yaitu sejauh mana keluarga mengetahui fakta dari masalah kesehatan keluarga yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah. Dalam hal ini memerlukan data umum keluarga yaitu nama, alamat, komposisi keluarga, tipe keluarga, agama, status sosial ekonomi keluarga dan aktivitas rekreasi keluarga. Mengambil sebuah keputusan kesehatan keluarga merupakan langkah sejauh mana keluarga mengerti

mengenai sifat dan luasnya masalah, apakah masalah dirasakan, menyerah terhadap masalah yang dihadapi, takut akan akibat dari tindakan penyakit, mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan, dapat menjangkau fasilitas yang ada, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan dan mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah. (Friedman et al, 2002)

Dalam hal ini dikaji berupa akibat dan keputusan keluarga yang diambil. Perawatan sederhana dengan melakukan cara-cara perawatan yang sudah dilakukan keluarga dan cara pencegahannya. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit anggota keluarga mengetahui keadaan penyakitnya, mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, keuangan, fasilitas fisik, psikososial), mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan dan sikap keluarga terhadap yang sakit. Perawatan keluarga dengan melakukan perawatan sederhana sesuai dengan kemampuan, dimana perawatan keluarga yang biasa dilakukan dan cara pencegahannya seminimal mungkin. Modifikasi lingkungan fisik dan psikologis, sejauh mana mengetahui sumber keluarga yang dimiliki, keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, mengetahui pentingnya hygiene sanitasi dan kekompakan antar keluarga.

Menurut Mubarak, dkk (2008) keluarga dapat melaksanakan perawatan atau pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga, yaitu mengenal masalah kesehatan keluarga kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan. Karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya perubahan sekecil apa pun yang dialami anggota keluarga, secara tidak langsung akan menjadi perhatian keluarga atau orang tua. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat tugas ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan yang sedang terjadi dapat dikurangi atau teratasi.

Jika keluarga mempunyai keterbatasan dalam mengambil keputusan, maka keluarga dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan tempat tinggalnya, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit sering kali keluarga mengambil tindakan yang tepat, tetapi jika keluarga masih merasa mengalami keterbatasan maka anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi ,perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki

kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama, mempertahankan suasana rumah yang sehat rumah merupakan tempat berteduh, berlindung, dan bersosialisasi bagi anggota keluarga sehingga anggota keluarga akan memiliki waktu yang lebih banyak berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal. Oleh karena itu kondisi rumah harus dapat menunjang derajat kesehatan bagi anggota keluarga, menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat apabila mengalami gangguan atau masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarga atau anggota keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya. Keluarga dapat berkonsultasi atau meminta bantuan tenaga keperawatan untuk memecahkan masalah yang dialami anggota keluarganya.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal didapatkan data jumlah kepala keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Plus Mandiingin adalah 2866 KK. Pada tahun 2015 data penyakit yang berhubungan dengan kebersihan keluarga adalah ISPA sebesar 154 orang, Diare 96 orang, DBD 47 orang, Cacingan tidak ada, Malaria tidak ada, Penyakit Kulit 218 orang, Febris 121 orang dan Dermatitis 179 orang. Hasil wawancara yang dilakukan peneliti pada 7 orang dari 7 keluarga di sekitar Wilayah Kerja Puskesmas Plus Mandiingin didapatkan 2 orang dari 2 keluarga menderita penyakit diare dan tidak dapat melaksanakan fungsi perawatan kesehatan dan tugas kesehatan dengan baik, 1 orang dari 1 keluarga menderita penyakit kulit dan 1 orang dari 1 keluarga menderita

penyakit DBD, hanya dapat melakukan fungsi perawatan kesehatan dan tugas kesehatan sebagian, yang meliputi keluarga tidak dapat mengambil keputusan dengan baik, merawat anggota keluarga yang sakit, menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, dan 3 orang dari 3 keluarga yang menderita penyakit febris dapat melakukan fungsi perawatan kesehatan dan tugas kesehatan dengan baik.

Dari hasil paparan diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga Terhadap Praktek Kebersihan Keluarga Diwilayah Kerja Puskesmas Plus Mandiingin Tahun 2016.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah diatas,maka peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu apakah ada hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap praktek kebersihan keluarga diwilayah kerja Puskesmas Plus Mandiingin tahun 2016.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap praktek kebersihan keluarga diwilayah kerja Puskesmas Plus Mandiingin tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga wilayah kerja puskesmas plus Mandiangin tahun 2016.
- b. Mengidentifikasi praktik kebersihan keluarga di wilayah kerja puskesmas plus Mandiangin tahun 2016.
- c. Menganalisis hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan praktik kebersihan keluarga di wilayah kerja puskesmas plus Mandiangin tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Untuk menambah pengetahuan dan memperluas wawasan serta keterampilan peneliti dalam melakukan riset kesehatan, serta menambah wawasan tentang hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap praktek kebersihan pada keluarga.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai pembelajaran untuk penelitian untuk penelitian selanjutnya dan untuk meningkatkan mutu pendidikan dalam hal pengembangan potensi tenaga keperawatan serta sebagai data dan hasil penelitian yang dapat dijadikan dasar atau data pendukung untuk penelitian selanjutnya.

3. Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai bahan masukan bagi perawat di Puskesmas Plus Mandiingin Bukittinggi tentang tentang hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap praktek kebersihan pada keluarga.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Dalam penelitian ini, penelitian hanya membahas tentang hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap praktik kebersihan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiingin Bukittinggi Tahun 2016. Penelitian ini akan diteliti pada anggota keluarga. Populasi pada penelitian ini sebanyak 2866 KK. Sampel pada penelitian ini sebanyak 315 KK. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *studi deskriptif korelasi* dengan pendekatan cross sectional. Sampel diambil dengan menggunakan *teknik multistage random sampling*. Uji statistik yang digunakan adalah uji *chi-square*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap praktik kesehatan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiingin Bukittinggi Tahun 2016.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keluarga

1. Defenisi keluarga

Keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan emosional dan setiap individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, Bowden, dan Jones, 2002). Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang dihubungkan dengan hubungan darah, perkawinan, adopsi, hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi dan mempertahankan budaya dalam keluarga (Bailon dan Maglaya, dalam Susanto, 2012).

Pengertian keluarga dapat disimpulkan bahwa keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih yang dihubungkan melalui ikatan perkawinan, hubungan darah, adopsi dan saling berinteraksi satu dengan lainnya, mempunyai keunikan nilai dan norma hidup yang didasari oleh sistem kebudayaan keluarga yang terorganisasi dibawah asuhan kepala rumah tangga dalam menjalankan peran dan fungsi anggota keluarga serta mempunyai hak otonomi dalam mengatur keluarganya, misalnya dalam hal kesehatan keluarga (Zaidin Ali, 2004).

2. Tipe/ Bentuk Keluarga

Bentuk-bentuk keluarga tradisional paling umum saat ini adalah:

- a. Keluarga inti : *dual career*, suami, istri, dan anak-anak hidup dalam rumah tangga yang sama.
 - 1) Keluarga-keluarga yang melakukan perkawinan yang pertama.
 - 2) Keluarga-keluarga dengan orang tua campuran atau orang tua tiri.
- b. Pasangan inti: suami dan istri saja, tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka.
 - 1) Karier tunggal.
 - 2) Keduanya berkarier : karier istri terus berlangsung atau karier istri terganggu.
- c. Keluarga dengan orang tua tunggal: satu yang mengepalai, sebagai konsekuensi dari perceraian, ditinggalkan, atau pisah.
 - 1) Bekerja/ berkarier.
 - 2) Tidak Berkarier.
- d. Bujangan dewasa yang tinggal sendirian.
- e. Keluarga besar tiga generasi- mungkin menjadi ciri dari bentuk varian keluarga tertentu (1,2, atau nomor 3 diatas) hidup dalam sebuah rumah tangga biasa.
- f. Pasangan usia pertengahan atau lansia-suami sebagai pencari nafkah, istri tinggal di rumah (anak sudah kuliah, bekerja, atau kawin).

- g. Jaringan keluarga besar. Dua keluarga inti atau lebih dari kerabat primer atau anggota keluarga yang tidak menikah hidup berdekatan dalam daerah geografis dan dalam sistem resiprokal atau tukar menukar barang dan jasa,

Bentuk-bentuk keluarga nontradisional yang paling lazim adalah :

- a. Keluarga dengan orang tua beranak tanpa menikah-biasanya ibu dan anak.
- b. Pasangan yang memiliki anak tapi tidak menikah-perkawinan atas dasar hukum umum.
- c. Pasangan kumpul kebo- pasangan yang hidup bersama tanpa menikah.
- d. Keluarga gay/ lesbian- orang-orang yang berjenis kelamin sama dari satu pasangan monogami dengan anak-anak secara sama-sama menggunakan fasilitas, sumber-sumber, dan memiliki pengalaman yang sama, sosialisasi dari anak merupakan aktivitas kelompok (Friedman et al, 2002)

3. Tumbuh Kembang Keluarga

Menurut Duval (1997) dalam Sudiharto (2002) daur atau siklus kehidupan keluarga terdiri dari delapan tahap perkembangan yang mempunyai tugas dan risiko tertentu pada tahap perkembangannya.

- a. Tahap 1, pasangan baru menikah (keluarga baru). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah membina hubungan perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan harmonis dengan saudara dan kerabat, dan merencanakan keluarga (termasuk merencanakan jumlah anak yang diinginkan).
- b. Tahap 2, menanti kelahiran (child bearing family) atau anak tertua adalah bayi berusia kurang dari 1 bulan. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyiapkan anggota keluarga baru (bayi dalam keluarga), membagi waktu untuk individu, pasangan, dan keluarga.
- c. Tahap 3, keluarga dengan anak prasekolah atau anak tertua 2,5 tahun sampai dengan 6 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menyatukan kebutuhan masing –masing anggota keluarga, antara lain ruang atau kamar pribadi dan keamanan, mensosialisasikan anak-anak, menyatukan keinginan anak-anak yang berbeda, dan mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga.
- d. Tahap 4, keluarga dengan anak sekolah atau anak tertua berusia 7 sampai 12 tahun. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mensosialisasikan anak-anak termasuk membantu anak-anak mencapai prestasi yang baik disekolah, membantu anak-anak membina hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, dan memenuhi kebutuhan kesehatan masing-masing anggota keluarga.

- e. Tahap 5, keluarga dengan remaja atau dengan anak tertua berusia 13 sampai 20 tahun. Tugas perkembangan pada tahap ini adalah mengimbangi kebebasan remaja dengan tanggung jawab yang sejalan maturitas remaja, memfokuskan kembali hubungan perkawinan, dan melakukan komunikasi yang terbuka di antara orang tua dengan anak-anak remaja.
- f. Tahap 6, keluarga dengan anak dewasa (pelepasan). Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menambah anggota keluarga dengan kehadiran anggota keluarga yang baru melalui pernikahan anak-anak yang telah dewasa, menata kembali hubungan perkawinan, menyiapkan datangnya proses penuan, termasuk timbulnya masalah-masalah kesehatan.
- g. Tahap 7, keluarga usia pertengahan. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah mempertahankan kontak dengan anak dan cucu, memperkuat hubungan perkawinan, dan meningkatkan usaha promosi kesehatan.
- h. Tahap 8, keluarga usia lanjut. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah menata kembali kehidupan yang memuaskan, menyesuaikan kehidupan dengan penghasilan yang berkurang, mempertahankan hubungan perkawinan, menerima kehilangan pasangan, mempertahankan kontak dengan masyarakat, dan menemukan arti hidup.

4. Fungsi Keluarga

Friedman, Bowden, & Jones (2002) menggambarkan fungsi sebagai apa yang dikerjakan oleh keluarga. Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai tujuan bersama anggota keluarga. Ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan, yaitu fungsi afektif, sosialisasi, reproduksi, ekonomi, dan perawatan kesehatan.

a. Fungsi Afektif (the effective function) Fungsi afektif adalah fungsi internal keluarga dalam pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasihi dan memberikan cinta kasih, serta saling menerima dan mendukung. Fungsi afektif ini merupakan sumber kebahagiaan dalam keluarga. Keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman. Komponen fungsi afektif adalah saling mengasuh, menghargai, adanya ikatan, dan identifikasi ikatan keluarga yang dimulai pasangan sejak memulai hidup baru. Fungsi afektif yang dilaksanakan dengan baik dapat menciptakan konsep diri positif pada keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2002).

b. Fungsi Sosialisasi dan tempat bersosialisasi (socialization and social placemen function). Fungsi sosialisasi merupakan fungsi pengembangan dan melatih anak untuk berinteraksi sosial baik dengan anggota keluarga dan masyarakat (Suprajitno, 2004). Keluarga memiliki tanggung jawab utama dalam mengubah seorang bayi dalam hitungan tahun menjadi makhluk sosial yang mampu berpartisipasi

penyakit dalam masyarakat berdasarkan keyakinan nilai dan norma pada suatu keluarga (Friedman, Bowden, & Jones 2002, dalam Suprajitno, 2004).

- c. Fungsi Reproduksi (the reproductive function) Fungsi reproduksi merupakan fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga, serta menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat dengan menyediakan anggota baru untuk masyarakat. ikatan perkawinan yang sah berfungsi memenuhi kebutuhan biologis pasangan dan meneruskan keturunan (Friedman, dalam Suprajitno, 2004).
- d. Fungsi Ekonomi (the economic function) Fungsi ekonomi merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan dalam memenuhi kebutuhan keluarga. 19 Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup finansial, ruang, dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan (Friedman, dalam Suprajitno, 2004).
- e. Fungsi Perawatan Kesehatan (the health care function) Fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi untuk mempertahankan

keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Fungsi perawatan kesehatan bukan hanya fungsi esensial dan dasar dalam keluarga namun fungsi yang bertanggung jawab penuh dalam keluarga untuk mempertahankan status kesehatan anggota keluarga. Fungsi perawatan kesehatan merupakan hal yang penting dalam pengkajian keluarga. Keluarga merupakan unit dasar dalam masyarakat yang mengatur perilaku dan perawatan kesehatan, dilaksanakan, dan diamankan. Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. (Friedman, Bowden, & Jones, 2002, dalam Suprajitno, 2004).

5. Peranan Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

- a. Peranan Ayah : Ayah sebagai suami dari istri dan anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya

serta sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

- b. Peranan Ibu : Sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.
- c. Peranan Anak : Anak-anak melaksanakan peranan psikosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual

B. Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga

1. Definisi

Fungsi utama keluarga dalam perawatan kesehatan yaitu untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi, fungsi tersebut dikembangkan menjadi tugas di bidang kesehatan dengan fungsi pemeliharaan kesehatan. Keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan meliputi, mengenal kesehatan keluarga, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, praktek diet, praktek

tidur, praktek rekreasi dan latihan, praktek penggunaan obat terapeutik, dan praktek perawatan diri keluarga (Suparjitno, 2004).

Fungsi perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat keperawatan kesehatan masyarakat yang dipusatkan pada keluarga sebagai unit satu kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan pelayanan dan perawatan sebagai upaya pencegahan penyakit. Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan hal yang paling penting dalam pengkajian keluarga. Keluarga merupakan komponen dasar dalam masyarakat ketika perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan, dan diamankan. Pemeliharaan kesehatan berlangsung terutama melalui komitmen dan modifikasi lingkungan serta gaya hidup, hal ini semakin memperkuat peran pokok keluarga dalam melaksanakan tanggung jawab terhadap kesehatan para anggota keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2002).

2. Delapan area utama praktik kesehatan

Konsep fungsi perawatan kesehatan keluarga meliputi keseluruhan status kesehatan yang dirasakan keluarga, pola penyakit anggota keluarga dan masalah pengendalian kelahiran dan konsepsi, praktik kesehatan keluarga merupakan area pengkajian yang bermanfaat dan memberikan area yang berguna untuk pendidikan klien. Delapan area utama praktik kesehatan meliputi :

a. Praktek Diet Keluarga

Praktek diet keluarga merupakan pengaturan pola makan sebagai upaya pencegahan terjadinya kelebihan berat badan dan kekurangan berat badan yang dapat menyebabkan berbagai macam penyakit. Praktek diet keluarga yang buruk dapat menyebabkan obesitas. Kelebihan berat badan dapat menyebabkan tekanan darah tinggi, penyakit jantung, jenis kanker tertentu, arthritis, masalah pernapasan, dan penyakit lainnya. Pengkajian terhadap pilihan makanan keluarga harus merupakan upaya kolaboratif antara keluarga dan perawat.

b. Praktek Tidur dan Istirahat Keluarga

Praktek tidur dan istirahat merupakan kemampuan keluarga untuk mengatur aktivitas tidur dan istirahat keluarga. Tidur adalah fungsi yang penting untuk kehidupan yang berkualitas, tidur memenuhi beberapa kebutuhan psikologis, seperti penyimpanan energi, perbaikan, dan perlindungan terhadap kelelahan. Faktor utama dalam menentukan berapa banyak tidur yang dibutuhkan anggota keluarga adalah usia. Pengkajian tidur keluarga harus dimulai dari riwayat tidur, anggota keluarga yang memiliki kesulitan tidur, serta frekuensi dan keparahan insomnia.

c. Praktek Latihan dan Rekreasi Keluarga

Praktek latihan dan rekreasi keluarga merupakan kemampuan keluarga untuk beraktivitas fisik meningkatkan kesehatan secara umum melalui rentang gerak yang dapat membantu mengurangi lemak tubuh dan resiko penyakit. Setiap orang dewasa harus melakukan sebagian besar aktivitas fisik sedang selama 30 menit sehari atau lebih. Aktivitas rekreasi merupakan aktivitas yang terpisah dari kewajiban kerja, keluarga, dan masyarakat. Rekreasi keluarga akan menimbulkan pemeliharaan dan penguatan ikatan keluarga, mengurangi tekanan dan memperbaiki perasaan anggota keluarga.

d. Praktek Penggunaan Obat terapeutik dan Penenang, Alkohol, serta Tembakau

Praktek penggunaan obat terapeutik dan penenang, alkohol, serta tembakau yaitu kemampuan keluarga menggunakan obat yang dijual bebas dengan jumlah yang signifikan sebagai alternatif keluarga untuk masalah kesehatan yang dapat ditangani keluarga. Anggota keluarga yang mengalami ketergantungan obat membutuhkan terapi khusus, seperti terapi pemulihan dan keluarga berperan penting dalam rencana perawatan Praktik penggunaan obat terapeutik dan penenang, alkohol, serta tembakau Praktik penggunaan obat terapeutik dan penenang, alkohol, serta tembakau.

e. Praktek Perawatan Diri Keluarga

Praktek perawatan diri keluarga merupakan kemampuan keluarga untuk memberikan perawatan diri dan motivasi keluarga dalam menangani masalah kesehatan. keluarga perlu memiliki pemahaman mengenai status kesehatan serta langkah-langkah khusus yang diperlukan untuk memperbaiki atau memelihara kesehatan keluarga. Pengkajian mengenai kemampuan perawatan diri keluarga berfokus pada pengetahuan keluarga, motivasi, dan kekuatan atau koordinasi keterampilan motorik yang diperlukan untuk melakukan tugas perawatan fisik, memberikan landasan untuk evaluasi kebutuhan akan intervensi keperawatan.

f. Praktek Lingkungan dan Higiene

Praktek lingkungan dan higiene merupakan kemampuan keluarga dalam kebiasaan dan pola yang secara positif atau negatif mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga. Aktivitas yang dapat dilakukan oleh keluarga seperti mencuci tangan sebelum makan dan setelah dari kamar mandi, serta menggunakan handuk yang berbeda untuk masing-masing anggota keluarga.

g. Praktek pencegahan berbasis pengobatan

h. Terapi Komplementer

Terapi komplementer merupakan praktek alternatif dalam melaksanakan praktik promosi perawatan kesehatan, pencegahan, dan pengobatan. Praktik ini meliputi dari penggunaan vitamin, bahan herbal, hingga mencari layanan dari ahli akupunktur. Pengobatan anak dengan terapi komplementer lebih sering dilakukan tanpa anjuran dari tenaga kesehatan. Kekhawatiran di kalangan tenaga kesehatan tetap berfokus pada keamanan dan keberhasilan terapi komplementer (Friedman, Bowden, dan Jones, 2002).

3. Tugas Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Keluarga

Terdapat beberapa tugas dalam pelaksanaan perawatan kesehatan keluarga yaitu (Setiadi, 2008)

a. Mengenal masalah kesehatan keluarga

Mengenal masalah kesehatan keluarga yaitu sejauh mana keluarga mengenal fakta dari masalah kesehatan keluarga yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan yang memengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah. Dalam hal ini memerlukan data umum keluarga yaitu nama, alamat, komposisi keluarga, tipe keluarga, agama, status sosial ekonomi keluarga dan aktivitas rekreasi keluarga.

b. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat

Mengambiln sebuah keputusan kesehatan keluarga merupakan langkah sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, apakah masalah dirasakan, menyerah terhadap masalah yang dihadapi, takut akan akibat dari tindakan penyakit, mempunyai sikap negatif terhadap masalah kesehatan, dapat menjangkau fasilitas yang ada, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan dan mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah. Dalam hal ini dikaji berupa akibat dan keputusan keluarga yang diambil. Perawatan sederhana dengan melakukan cara-cara perawatan yang sudah dilakukan keluarga dan cara pencegahannya.

c. Merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan

Anggota keluarga mengetahui keadaan penyakitnya, mengetahui sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan, mengetahui sumber-sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, keuangan, fasilitas fisik, psikososial), mengetahui keberadaan fasilitas yang diperlukan untuk perawatan dan sikap keluarga terhadap yang sakit. Perawatan keluarga dengan melakukan perawatan sederhana sesuai dengan kemampuan, dimana perawatan keluarga yang biasa dilakukan dan cara pencegahannya seminimal mungkin.

d. Modifikasi lingkungan fisik dan psikologis

Sejauh mana mengetahui sumber sumber keluarga yang dimiliki, keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan, mengetahui pentingnya hygiene sanitasi dan kekompakan antar keluarga. Dengan memotifikasi lingkungan dapat membantu dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, dalam bentuk kebersihan rumah dan menciptakan kenyamanan agar anak dapat beristirahat dengan tenang tanpa gangguan dari luar.

e. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di sekitar keluarga

Dimana keluarga mengetahui apakah keberadaan fasilitas kesehatan memahami keuntungan yang diperoleh dari fasilitas kesehatan, tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan tersebut terjangkau oleh keluarga. Dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dimana bisa mengunjungi fasilitas kesehatan terdekat misalnya posyandu, puskesmas, rumah sakit, hal ini dilakukan dengan alasan lebih efisien waktu dan merasa cocok.

C. Kebersihan

a. Definisi Kebersihan

Kebersihan merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun psikologis (Alimul, 2006). Kebersihan adalah perawatan diri dimana individu mempertahankan kesehatannya, dan dipengaruhi oleh nilai serta keterampilan (Mosby, 1994 dalam Pratiwi, 2008). Menurut Mubarak (2008) kebersihan adalah upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis. Pemenuhan kebersihan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Kebutuhan kebersihan ini diperlukan baik pada orang sehat maupun pada orang sakit. Praktik kebersihan dari pertahanan melawan infeksi. Dengan implementasi tindakan kebersihan pasien, atau membantu anggota keluarga untuk melakukan tindakan itu maka akan menambah tingkat kesembuhan pasien (Potter & Perry, 2005). Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Tarwoto & Wartonah, 2010).

Menurut Potter & Perry (2005), kebersihan adalah suatu tindakan untuk memelihara kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya. Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya

guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan diri. Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. Kebersihan yang baik akan mempengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu (Stuart & Sudeen, 1999 dalam Setiadi, 2005). *Body image* seseorang berpengaruh dalam pemenuhan kebersihan karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.

Perilaku hidup bersih dan sehat sangat erat kaitannya dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya yang meliputi makan dengan menu seimbang, olah raga teratur, istirahat cukup, dan kebersihan diri (Notoatmojo, 2003). Kebersihan diri bertujuan untuk mempertahankan perawatan diri, membuat rasa aman dan relaksasi, menghilangkan kelelahan, mencegah infeksi, mencegah gangguan sirkulasi darah, mempertahankan integritas pada jaringan dan untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Namun dalam pemenuhan kebersihan tersebut, setiap individu berbeda – beda (Alimul, 2006). Pemenuhan kebersihan dipengaruhi berbagai faktor seperti budaya, nilai sosial pada individu atau keluarga, pengetahuan terhadap kebersihan serta persepsi terhadap perawatan diri (Alimul, 2006).

Praktek hygiene dan kebersihan keluarga juga dapat dipertimbangkan sebagai bentuk dari praktek lingkungan. Meskipun kebersihan bukan derjat

berikutnya dari kebajikan. Terdapat beberapa kebiasaan sehat umum yang mengurangi beberapa kemungkinan dan penyebarannya.

- a. Mencuci tangan sebelum makan dan setelah dari kamar mandi.
- b. Menggunakan handuk yang berbeda untuk masing masing anggota keluarga.
- c. Minum dari cangkir dan gelas yang berbeda yang bersih.
- d. Mandi dan menjaga kebersihan diri

Kebersihan adalah kesehatan pada seseorang atau perseorangan . Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna memepertahankan kehidupannya,kesehatan dan kesejahteraan sesuai dengan kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan perawatan diri .(Sjarifudin. 1979 dalam Basyar.2005).

b. Tujuan perawatan kebersihan

- a. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
- b. Memelihara kebersihan diri seseorang
- c. Memperbaiki personal hygiene yang kurang
- d. Pencegahan penyakit
- e. Meningkatkan percaya diri seseorang
- f. Menciptakan keindahan dan memelihara kesehatan mereka disebut hygiene perorangan (Potter & Perry. 2005).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebersihan diri

1. Menurut Potter dan Perry (2005), sikap seseorang melakukan kebersihan diri dipengaruhi oleh sejumlah faktor antara lain:

- a) Citra tubuh (*Body Image*) penampilan umum pasien dapat menggambarkan pentingnya kebersihan diri pada orang subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. Kebersihan diri yang baik akan mempengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu (Stuart & Sudeen, 1999 dalam setiadi, 2005). Citra tubuh dapat berubah, karena operasi, pembedahan atau penyakit fisik maka perawat harus membuat suatu usaha ekstra untuk meningkatkan *hygiene* dimana citra tubuh mempengaruhi cara mempertahankan *hygiene*. *Body image* seseorang berpengaruh dalam pemenuhan kebersihan diri karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.
- b) Praktik sosial kelompok-kelompok sosial wadah seorang pasien berhubungan dapat mempengaruhi bagaimana pasien dalam pelaksanaan praktik kebersihan diri. Perawat harus menentukan apakah pasien dapat menyediakan bahan-bahan yang penting seperti deodorant, sampo, pasta gigi, dan kosmetik. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan dari produk-produk ini merupakan bagian dari kebiasaan sosial yang dipraktekkan oleh kelompok sosial pasien.
- c) Status sosial ekonomi menurut Friedman (1998) dalam Pratiwi (2008), pendapatan keluarga akan mempengaruhi kemampuan keluarga untuk menyediakan fasilitas dan kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan untuk menunjang hidup dan kelangsungan hidup keluarga. Sumber daya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis

dan tingkatan praktik kebersihan diri. Untuk melakukan kebersihan diri yang baik dibutuhkan sarana dan prasarana yang memadai, seperti kamar mandi, peralatan mandi, serta perlengkapan mandi yang cukup (mis. sabun, sikat gigi, sampo, dll).

- d) Pengetahuan pengetahuan tentang kebersihan diri sangat penting, karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan. Pengetahuan tentang pentingnya *hygiene* dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik *hygiene*. Kendati demikian, pengetahuan itu sendiri tidaklah cukup, pasien juga harus termotivasi untuk memelihara kebersihan diri. Individu dengan pengetahuan tentang pentingnya kebersihan diri akan selalu menjaga kebersihan dirinya untuk mencegah dari kondisi atau keadaan sakit (Notoatmodjo, 1998 dalam pratiwi, 2008).
- e) Kebudayaan kebudayaan dan nilai pribadi mempengaruhi kemampuan perawatan kebersihan diri. Seseorang dari latar belakang kebudayaan yang berbeda, mengikuti praktek perawatan kebersihan diri yang berbeda. Keyakinan yang didasari kultur sering menentukan defenisi tentang kesehatan dan perawatan diri. Dalam merawat pasien dengan praktik *higiene* yang berbeda, perawat menghindari menjadi pembuat keputusan atau mencoba untuk menentukan standar kebersihannya (Potter & Perry, 2005).
- f) Kebiasaan dan kondisi fisik seseorang setiap pasien memiliki keinginan individu dan pilihan tentang kapan untuk mandi, bercukur, dan melakukan perawatan rambut. Orang yang menderita penyakit tertentu atau yang menjalani operasi seringkali kekurangan energi fisik atau ketangkasan untuk melakukan kebersihan diri. Seorang pasien yang menggunakan

gips pada tangannya atau menggunakan traksi membutuhkan bantuan untuk mandi yang lengkap. Kondisi jantung, neurologis, paru-paru, dan metabolik yang serius dapat melemahkan atau menjadikan pasien tidak mampu dan memerlukan perawatan kebersihan diri total.

2. Menurut Mubarak (2007) faktor yang mempengaruhi kebersihan diri antara lain :

a) Budaya

Ada sejumlah mitos yang berkembang di masyarakat seperti bahwa saat individu sakit ia tidak boleh dimandikan.

b) Status sosial ekonomi

Untuk melakukan kebersihan diri yang baik dibutuhkan sarana dan prasarana yang memadai, seperti kamar mandi, alat mandi dan peralatan mandi yang cukup (sabun, sikat gigi, shampoo, dll). Itu semua tentu membutuhkan biaya, dengan kata lain sumber keuangan individu akan berpengaruh pada kemampuannya untuk mempertahankan kebersihan diri yang baik.

c) Agama

Agama juga berpengaruh pada keyakinan individu dalam melaksanakan kebiasaan sehari-hari. Misalnya : pada agama islam ada perintah untuk menjaga kebersihan karena kebersihan sebagian dari iman. Hal ini tentu akan mendorong individu untuk mengingat pentingnya kebersihan diri bagi kelangsungan hidup.

d) Tingkat pengetahuan / perkembangan individu

Kedewasaan seseorang akan memberi pengaruh tertentu pada kualitas diri orang tersebut salah satunya adalah pengetahuan

yang lebih baik. Pengetahuan itu penting dalam meningkatkan status individu. Sebagai contoh : agar terhindar dari penyakit kulit kita harus mandi dengan bersih setiap hari.

e) Status kesehatan

Kondisi sakit atau cedera akan menghambat kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri. Hal ini tentu berpengaruh pada tingkat kesehatan individu. Individu akan semakin lemah dan jatuh sakit.

f) Kebiasaan

Kebersihan diri ada kaitan dengan kebiasaan individu dalam menggunakan produk-produk tertentu dalam melakukan perawatan diri. Misalnya : menggunakan shower, menggunakan sabun cair, shampoo, dll.

g) Cacat jasmani atau mental bawaan

Kondisi cacat dan gangguan mental menghambat kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri.

d. Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene

Menurut Siburian (2002) menurunnya fungsi fisiologis dan kesehatan terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan tentang kebersihan yaitu: mandi ,kebersihan mulut, cuci rambut dan kulit, kuku, pakaian. Maka dari itu akan timbul suatu dampak sebagai berikut:

a. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku

b. Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan Personal Hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial

D. Macam-Macam kebersihan dan Manfaatnya

Pemeliharaan kebersihan berarti tindakan memelihara kebersihan dan kesehatan diri seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikisnya. Seseorang dikatakan memiliki kebersihan baik apabila, orang tersebut dapat menjaga kebersihan tubuhnya yang meliputi kebersihan kulit, gigi dan mulut, rambut, mata, hidung, dan telinga, kaki dan kuku, genitalia, serta kebersihan dan kerapian pakaiannya.

Menurut Potter dan Perry (2005) macam-macam kebersihan dan tujuannya adalah:

a. Perawatan kulit, kulit merupakan organ aktif yang berfungsi sebagai pelindung dari berbagai kuman atau trauma, sekresi, eksresi, pengatur temperature, dan sensasi, sehingga diperlukan perawatan

yang adekuat dalam mempertahankan fungsinya. Ketika pasien tidak mampu atau melakukan perawatan kulit pribadi maka perawat memberikan bantuan atau mengajarkan keluarga bagaimana melaksanakan kebersihan. Tujuan perawatan kulit adalah pasien akan memiliki kulit yang utuh, bebas bau badan, pasien dapat mempertahankan rentang gerak, merasa nyaman dan sejahtera, serta dapat berpartisipasi dan memahami metode perawatan kulit.

- b.** Mandi, memandikan pasien merupakan perawatan *higienis* total. Mandi dapat dikategorikan sebagai pembersihan atau terapeutik. Mandi ditempat tidur yang lengkap diperlukan bagi pasien dengan ketergantungan total dan memerlukan kebersihan diri total. Keluasan mandi pasien dan metode yang digunakan untuk mandi berdasarkan pada kemampuan fisik pasien dan kebutuhan tingkat kebersihan yang dibutuhkan. Tujuan memandikan pasien di tempat tidur adalah untuk menjaga kebersihan tubuh, mengurangi infeksi akibat kulit kotor, memperlancar sistem peredaran darah, dan menambah kenyamanan pasien. Mandi dapat menghilangkan mikroorganisme dari kulit serta sekresi tubuh, menghilangkan bau tidak enak, memperbaiki sirkulasi darah ke kulit, dan membuat pasien merasa lebih rileks dan segar.
- c.** *Hygiene* mulut, perawatan mulut harus dilakukan setiap hari dan bergantung terhadap keadaan mulut pasien. Gigi dan mulut

merupakan bagian penting yang harus dipertahankan kebersihannya sebab melalui organ ini berbagai kuman dapat masuk. *Hygiene* mulut membantu mempertahankan status kesehatan mulut, gigi, gusi, dan bibir, menggosok membersihkan gigi dari partikel – partikel makanan, plak, bakteri, memasase gusi, dan mengurangi ketidaknyamanan yang dihasilkan dari bau dan rasa yang tidak nyaman. Beberapa penyakit yang mungkin muncul akibat perawatan gigi dan mulut yang buruk adalah karies, gingivitis (radang gusi), dan sariawan. *Hygiene* mulut yang baik memberikan rasa sehat dan selanjutnya menstimulasi nafsu makan. Tujuan perawatan *hygiene* mulut pasien adalah pasien akan memiliki mukosa mulut utuh yang terhidrasi baik serta untuk mencegah penyebaran penyakit yang ditularkan melalui mulut (misalnya tifus, hepatitis), mencegah penyakit mulut dan gigi, meningkatkan daya tahan tubuh, mencapai rasa nyaman, memahami praktik *hygiene* mulut dan mampu melakukan sendiri perawatan *hygiene* mulut dengan benar.

- d. Perawatan mata, hidung, dan telinga perhatian khusus diberikan untuk membersihkan mata, hidung, dan telinga selama pasien mandi. Secara normal tidak ada perawatan khusus yang diperlukan untuk mata karena secara terus – menerus dibersihkan oleh air mata, kelopak mata dan bulu mata mencegah masuknya partikel asing kedalam mata. Normalnya, telinga tidak terlalu memerlukan pembersihan. Namun,

pasien dengan serumen yang terlalu banyak telinganya perlu dibersihkan baik mandiri pasien atau dilakukan oleh perawat dan keluarga. *Hygiene* telinga mempunyai implikasi untuk ketajaman pendengaran. Bila benda asing berkumpul pada kanal telinga luar, maka akan mengganggu konduksi suara. Hidung berfungsi sebagai indera penciuman, memantau temperature dan kelembapan udara yang dihirup, serta mencegah masuknya partikel asing ke dalam sistem pernapasan. Pasien yang memiliki keterbatasan mobilisasi memerlukan bantuan perawat atau anggota keluarga untuk melakukan perawatan mata, hidung, dan telinga. Tujuan perawatan mata, hidung, dan telinga adalah pasien akan memiliki organ sensorik yang berfungsi normal, mata, hidung, dan telinga pasien akan bebas dari infeksi, dan pasien akan mampu melakukan perawatan mata, hidung, dan telinga sehari – hari.

- e. Perawatan rambut, penampilan dan kesejahteraan seseorang seringkali tergantung dari cara penampilan dan perasaan mengenai rambutnya. Penyakit atau ketidakmampuan mencegah seseorang untuk memelihara perawatan rambut sehari-hari. Menyikat, menyisir dan bersampo adalah cara-cara dasar *higienis* perawatan rambut, distribusi pola rambut dapat menjadi indikator status kesehatan umum, perubahan hormonal, stress emosional maupun fisik, penuaan, infeksi dan penyakit tertentu atau obat-obatan dapat mempengaruhi

karakteristik rambut. Rambut merupakan bagian dari tubuh yang memiliki fungsi sebagai proteksi serta pengatur suhu, melalui rambut perubahan status kesehatan diri dapat diidentifikasi. Penyakit atau ketidakmampuan menjadikan pasien tidak dapat memelihara perawatan rambut sehari – hari. Pasien yang mampu melakukan perawatan diri harus dimotivasi untuk memelihara perawatan rambut sehari – hari. Sedangkan pada pasien yang memiliki keterbatasan mobilisasi memerlukan bantuan perawat atau keluarga pasien dalam melakukan *higiyene* rambut. Tujuan perawatan rambut adalah pasien akan memiliki rambut dan kulit kepala yang bersih dan sehat, pasien akan mencapai rasa nyaman dan harga diri, dan pasien dapat berpartisipasi dalam melakukan praktik perawatan rambut.

- f. Perawatan kaki dan kuku kaki dan kuku seringkali memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi, bau, dan cedera pada jaringan. Tetapi seringkali orang tidak sadar akan masalah kaki dan kuku sampai terjadi nyeri atau ketidaknyamanan. Menjaga kebersihan kuku penting dalam mempertahankan *personal hygiene* karena berbagai kuman dapat masuk kedalam tubuh melalui kuku. Oleh sebab itu, kuku seharusnya tetap dalam keadaan sehat dan bersih. Perawatan dapat digabungkan selama mandi atau pada waktu yang terpisah. Tujuan perawatan kaki dan kuku adalah pasien akan memiliki kulit utuh dan permukaan kulit yang lembut, pasien merasa nyaman dan

bersih, pasien akan memahami dan melakukan metode perawatan kaki dan kuku dengan benar.

- g. Perawatan genitalia perawatan genitalia merupakan bagian dari mandi lengkap. Pasien yang paling butuh perawatan genitalia yang teliti adalah pasien yang beresiko terbesar memperoleh infeksi. Pasien yang mampu melakukan perawatan diri dapat diizinkan untuk melakukannya sendiri. Perawat mungkin menjadi malu untuk memberikan perawatan genitalia, terutama pada pasien yang berlainan jenis kelamin. Dapat membantu jika memiliki perawat yang sama jenis kelamin dengan pasien dalam ruangan pada saat memberikan perawatan genitalia. Tujuan perawatan genitalia adalah untuk mencegah terjadinya infeksi, mempertahankan kebersihan genitalia, meningkatkan kenyamanan serta mempertahankan *kebersihan diri*.

E. Hubungan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga dalam Praktik Kebersihan pada Keluarga

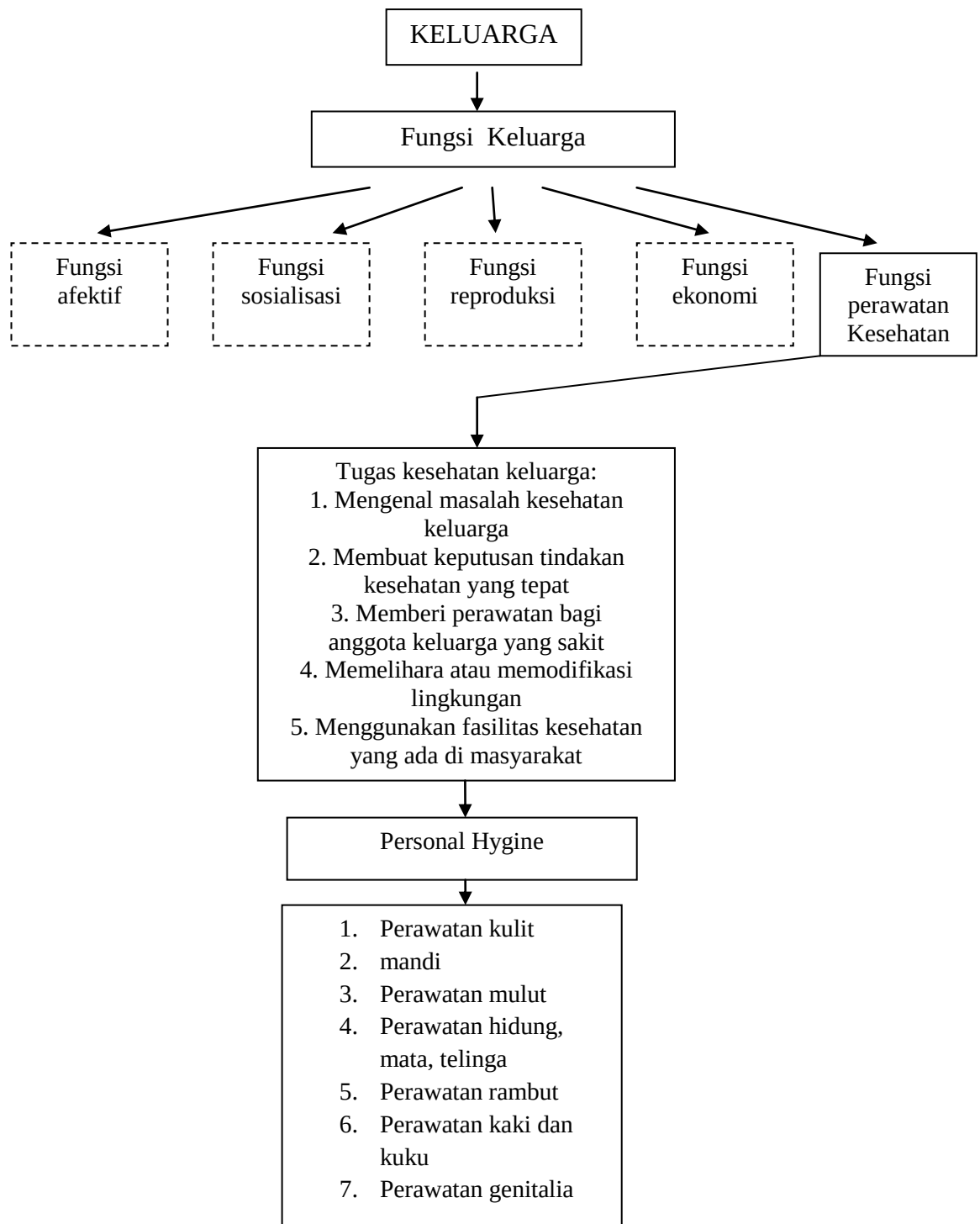
Secara umum pengertian kebersihan adalah upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis. Pemenuhan kebersihan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Kebutuhan kebersihan ini diperlukan baik pada orang sehat maupun pada orang sakit. Dengan implementasi tindakan kebersihan, atau membantu anggota keluarga untuk

melakukan tindakan itu maka akan menambah tingkat kesembuhan anggota keluarga. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih yang dihubungkan melalui ikatan perkawinan, hubungan darah, adopsi dan saling berinteraksi satu dengan lainnya, mempunyai keunikan nilai dan norma hidup yang didasari oleh sistem kebudayaan keluarga yang terorganisasi dibawah asuhan kepala rumah tangga dalam menjalankan peran dan fungsi anggota keluarga serta mempunyai hak otonomi dalam mengatur keluarganya, misalnya dalam hal kesehatan keluarga.

Fungsi keluarga berfokus pada proses yang digunakan oleh keluarga untuk mencapai tujuan bersama anggota keluarga. Fungsi keluarga memiliki beberapa fungsi yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, dan fungsi perawatan kesehatan. Didalam fungsi perawatan kesehatan fungsi utama keluarga dalam perawatan kesehatan yaitu untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi, fungsi tersebut dikembangkan menjadi tugas di bidang kesehatan dengan fungsi pemeliharaan kesehatan. Keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan meliputi, mengenal kesehatan keluarga, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Fungsi perawatan kesehatan

keluarga merupakan hal yang paling penting dalam pengkajian keluarga. Keluarga merupakan komponen dasar dalam masyarakat ketika perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan, dan diamankan. Pemeliharaan kesehatan berlangsung terutama melalui komitmen dan modifikasi lingkungan serta gaya hidup, hal ini semakin memperkuat peran pokok keluarga dalam melaksanakan tanggung jawab terhadap kesehatan para anggota keluarga.

F. Kerangka Teori



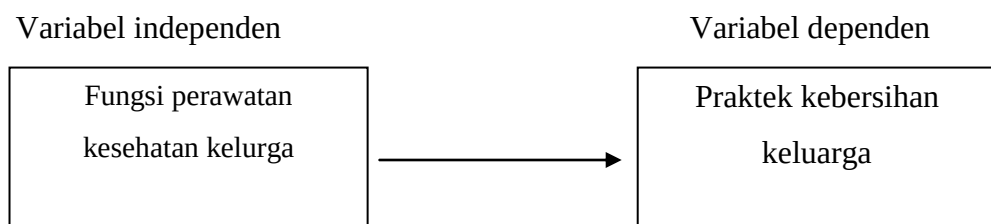
Skema 2.1

Sumber: (Friedman *et al*, 2002), (Potter dan Perry, 2005).

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep



Skema 3.1

Variabel independen pada penelitian ini adalah fungsi perawatan kesehatan keluarga. Variabel ini memberikan pengaruh terhadap praktek kebersihan keluarga sebagai variabel dependen.

B. Definisi Operasional

Tabel 3.1

Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara ukur	Alat ukur	Skala	Hasil ukur
Variabel Independ	Pemeliharaan kesehatan bterutama	Angket	Kuesioner	Ordinal	Baik ≥ 27

en	melalui komitmen				Buruk
Fungsi	dan modifikasi				<27
perawatan	lingkungan serta				
kesehatan	gaya hidup, hal ini				
keluarga	semakin				
	memperkuat peran				
	pokok keluarga				
	dalam melaksanakan				
	tanggung jawab				
	terhadap kesehatan				
	para anggota				
	keluarga (Friedman,				
	Bowden, & Jones				
Variabel	Kebersihan	Angket	Kuesioner	Ordinal	Baik
Dependen	merupakan				≥ 34
Praktik	perawatan diri				
kebersihan	sendiri yang				Buruk <
	dilakukan untuk				34
	mempertahankan				
	kesehatan, baik				
	secara fisik maupun				
	psikologis (Alimul,				
	2006).				

C. Hipotesa penelitian

H_0 = Tidak ada hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap praktek kebersihan keluarga diwilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin tahun 2016.

H_a = Ada hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap praktek kebersihan keluarga diwilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin tahun 2016.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Desain penelitian adalah model atau metode yang digunakan peneliti untuk melakukan suatu penelitian yang memberikan arah terhadap jalannya penelitian. Rancangan penelitian ini menggunakan studi deskriptif korelasi untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas yaitu fungsi perawatan kesehatan keluarga dan variabel terikat yaitu kebersihan keluarga. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan belah lintang (*Cross Sectional*), dimana variabel independen yaitu fungsi perawatan kesehatan keluarga dan variabel dependen yaitu praktek kebersihan diukur dalam waktu yang bersamaan dan sesaat (Notoatmodjo, 2010).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Puskesmas Mandiangin Plus Bukittinggi karena lokasi strategis, mudah dijangkau dan mudah dalam mendapatkan informasi dan data-data yang dibutuhkan oleh peneliti. Penelitian akan dilakukan pada bulan 11 Juli– 24 Juli tahun 2016.

C. Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2012). Populasi dalam penelitian ini setiap kepala keluarga yang berada di Puskesmas Plus Mandiangin. Populasi pada penelitian ini sebanyak 2866 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010).

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

Keterangan :

n = Besarnya sample

N = Besarnya populasi

d = Tingkat Kesalahan (Nusalam, 2011)

Diketahui:

N = orang

d² = 90% (0,05)

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

$$n = \frac{N}{1 + N (0,05^2)}$$

$$n = \frac{2866}{1 + 2866(0,05^2)}$$

$$n = \frac{2866}{8,165}$$

$$n = 315$$

3. Teknik Sampling

Penelitian ini menggunakan teknik *Multistage random sampling*.

Teknik ini merupakan suatu cara pengambilan sample, bila objek yang diteliti atau sumber data sangat luas atau besar, yakni populasinya heterogen, terdiri atas *cluster* dan strata. Caranya samplingnya adalah berdasarkan daerah dari populasi yang telah ditetapkan, dengan melakukan randomisasi *cluster*, kemudian dilakukan stratifikasi atas *cluster* terpilih dan terakhir dilakukan randomisasi unit populasi dari masing-masing strata (hidayat,2009).

D. Pengumpulan Data

1. Sumber Data

Data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau secara perorangan misalnya hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti (Sugiyono, 2012). Data primer

diperoleh dengan cara pemberian kuisioner pada setiap kepala keluarga di Puskesmas Plus Mandiangin.

2. Tahap Pengumpulan Data

- a. Peneliti mengajukan surat permohonan izin penelitian yang dikeluarkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Perintis Sumbar yang ditujukan kepada Bapak/ Ibu Kesbangpol Bukittinggi.
- b. Setelah peneliti mendapatkan izin dari Bapak/Ibu Kesbangpol Bukittinggi peneliti menyiapkan kuisioner untuk responden.
- c. Peneliti datang ke Wilayah Kerja Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi, peneliti juga meminta kerjasama dari petugas puskesmas dan meminta izin serta memberikan penjelasan mengenai hal-hal yang berkaitan dengan penelitian.
- d. Peneliti menentukan jumlah responden.
- e. Peneliti menjelaskan tujuan prosedur penelitian dan teknik penelitian pada responden.
- f. Peneliti meminta persetujuan dari calon responden untuk berpartisipasi dalam penelitian. Setiap responden diberikan kebebasan untuk memberikan persetujuan atau menolak untuk menjadi subjek penelitian. Setelah calon responden menyatakan bersedia untuk mengikuti prosedur penelitian, maka responden diminta untuk menanda tangani lembar *informed consent* yang telah disiapkan penelitian.

- g. Setelah responden mengisi lembar *informed consent*, kemudian peneliti membantu mengisi kuesioner dan mengisi data demografi meliputi nama, usia, kelas, alamat, dan nomor kontak.
- h. Proses penelitian ini diawali dengan membagikan kuesioner pada responden. Peneliti memberikan penjelasan tentang tata cara pengisian kuesioner serta menjelaskan tentang maksud penelitian.
- i. Pengumpulan data berkaitan dengan fungsi perawatan kesehatan keluarga akan dilakukan dengan cara membagikan kuesioner yang berisi pernyataan terkait dengan fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan diberikan waktu setengah jam, pada saat ini peneliti menemani proses pengisian kuesioner dan membantu dalam pengisian kuesioner dengan cara peneliti menanyakan kepada responden dan peneliti membantu mengisi kuesioner.
- j. Peneliti mengecek kembali kelengkapan kuesioner yang telah diisi oleh responden, hasil pengecekan yang tidak ditemukan jawaban yang belum lengkap sehingga peneliti dapat melanjutkan ke proses selanjutnya.
- k. Setelah penelitian selesai peneliti memberikan *reinforcement* positif pada semua responden atas keterlibatannya dalam penelitian.
- l. Setelah prosedur pengumpulan data selesai dilakukan maka hasil pencatatan data selanjutnya diolah ke dalam program pengolahan data SPSS (*Statistical Product and Service Solution*).

E. Alat Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data yaitu kuisisioner yang terdiri dari kuisisioner sebagai berikut:

1. Kuesioner A Tentang Data Demografi Responden

Kuesioner ini berkaitan dengan karakteristik pasien yang terdiri dari 4 (empat) pertanyaan, yaitu : umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan. Data pada kuesioner A merupakan data primer yang diperoleh dari pasien secara langsung, hal ini sesuai dengan konsep yang dikembangkan oleh Budiarto (2002) yang menyatakan bahwa dikatakan sebagai data primer apabila pengumpulan data dilakukan secara langsung oleh peneliti terhadap sasaran.

2. Kuesioner B Tentang Pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga dan praktek kebersihan keluarga.

Berkaitan dengan praktek kebersihan diri. Kuesioner ini berkaitan dengan fungsi perawatan kesehatan keluarga dan kebersihan diri yang dialami oleh kepala keluarga di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin yang terdiri dari 14 (empat belas) pertanyaan. diukur dengan skala Guttman dengan jawaban ya (2) dan tidak (2). Pasien dipersilahkan memilih jawaban dengan memberi tanda cek (V) sesuai dengan pada kolom yang telah tersedia di kuisisioner dan didapatkan rentang skor baik $\geq$ mean dan buruk $<$ mean.

F. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan setelah proses pengumpulan data selesai dilakukan. Peneliti melakukan pengolahan data secara bertahap. Adapun tahapan pengolahan data terdiri dari empat tahap menurut Hastono (2007) adalah sebagai berikut:

1. *Editing*, pada tahap ini peneliti memeriksa kelengkapan kuisisioner, kejelasan jawaban, relevansi, dan konsisten dengan pertanyaan. Setelah peneliti melakukan pengecekan kuisisioner maka yang tidak lengkap, tidak jelas, tidak relevan atau tidak konsisten dengan pertanyaan akan diklarifikasi kepada responden. Tujuannya untuk memudahkan peneliti dalam menganalisa data. Data yang terkumpul terkait identitas responden dan kuisisioner yang telah diisi oleh responden.
2. *Coding*, merupakan kegiatan mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan (memberi kode). Kegiatan ini bertujuan untuk memudahkan dalam pengolahan data khususnya pada saat memasukkan (*entry*) data. Teknik ini dilakukan dengan memberikan tanda pada masing-masing jawaban dengan kode berupa angka numerik, data untuk kuisisioner pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga apabila responden menjawab YA kode (2),TIDAK kode (1).
3. *Processing*, pada tahap ini peneliti memproses data dengan cara melakukan *entry data* dari masing-masing responden ke dalam program komputer. Data dimasukkan sesuai nomor responden, kemudian

dimasukkan ke dalam program komputer dalam bentuk angka sesuai dengan hasil penelitian yang telah ditentukan ketika *coding*.

4. *Cleaning*, merupakan tahap akhir pengolahan data. Peneliti mengecek kembali data yang telah dimasukkan, setelah dipastikan tidak ada kesalahan maka dilakukan tahap selanjutnya yaitu analisis data sesuai dengan jenis data dan tidak ada data yang *missing*. Setelah data dinyatakan tidak ada permasalahan dilakukan proses analisa data, baik analisis univariat maupun analisis bivariat.

G. Analisa Data

Pada penelitian ini, analisis data dilakukan dengan menggunakan program komputerisasi melalui tahapan sebagai berikut:

1. Analisis Univariat

Analisis deskriptif (*univariat*) digunakan untuk mendeskripsikan variabel-variabel yang diteliti. Variabel penelitian yang akan dideskripsikan adalah variabel pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga dan praktek kebersihan . Deskripsi data berbentuk numerik akan dilakukan perhitungan nilai mean, median, modus, minimal, maksimal dan standar deviasi, sedangkan deskripsi data yang berbentuk kategorik dilakukan pengujian distribusi frekuensi (Notoatmodjo, 2010).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang digunakan untuk menganalisis dua variabel yang diduga berhubungan (Notoatmodjo, 2010). Analisa ini berfungsi untuk mengetahui hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap praktek kebersihan dengan menggunakan uji statistik tertentu. Pada penelitian ini analisa bivariat dilakukan dengan beberapa pengujian yaitu uji *chi square* / kai kuadrat. Untuk mengetahui hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga sebagai variabel independen dengan praktek kebersihan sebagai variabel dependen digunakan uji *chi square* / kai kuadrat dengan derajat kemaknaan (α) 90% (0,1). Dasar dari uji *Chi square* adalah membandingkan frekwensi yang diamati dengan frekwensi yang diharapkan (Hastono& Sabri, 2010). H_0 ditolak bila nilai $P\text{ value} < 0.05$ dan H_a diterima.

H. Etika Penelitian

Penelitian ini menggunakan manusia sebagai subjek sehingga tidak boleh bertentangan dengan etik. Penelitian yang akan dilakukan harus mengikuti aturan etik penelitian yaitu adanya persetujuan dari responden (Setiadi, 2007). Bentuk etika penelitian antara lain adalah:

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Tujuan lembar persetujuan adalah supaya responden mengetahui maksud, tujuan dan dampak yang mungkin terjadi selama dilakukan penelitian. Jika subjek penelitian bersedia menjadi responden, maka subjek harus bersedia menandatangani lembar persetujuan dan akan diteliti oleh peneliti dengan tetap menghormati hak-haknya sebagai subjek penelitian.

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan klien, maka peneliti tidak akan mencantumkan nama klien pada lembar pengumpulan data, sebagai gantinya digunakan inisial dan nomor responden.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan. Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumentasi penelitian.

4. Asas Kemanfaatan

Peneliti harus secara jelas mengetahui manfaat dan resiko yang mungkin terjadi. Penelitian boleh dilakukan apabila manfaat yang diperoleh lebih besar daripada resiko atau dampak negatif yang akan terjadi. Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subjek

penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Penelitian yang dilakukan harus bebas dari penderitaan yaitu dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek khususnya jika menggunakan tindakan khusus (Setiadi, 2007).

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian yang berjudul “Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga terhadap Praktek Kebersihan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Plus Mandiingin Bukittinggi Tahun 2016” penelitian ini dimulai pada tanggal 11 Juli 2016 sampai 24 Juli 2016.

Adapun responden yang diteliti sebanyak 351 responden diambil berdasarkan kriteria yang telah ditentukan dengan cara *multistage random sampling*. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah dengan menggunakan angket. Hasil penelitian ini dianalisa dengan analisa univariat dan analisa bivariat. Analisa univariat digunakan untuk melihat gambaran fungsi perawatan kesehatan keluarga dan praktek kebersihan keluarga. Sedangkan analisa bivariat untuk melihat hubungan fungsi perawatan kesehatan keluarga terhadap praktek kebersihan keluarga. Setelah data dikumpulkan kemudian diolah secara komputerisasi dengan menggunakan SPSS versi 16.

1. Analisa Univariat

Analisis deskriptif (*univariat*) digunakan untuk mendeskripsikan variabel-variabel yang diteliti, yang disajikan dalam bentuk tabel

distribusi frekuensi dan persentase, Variabel penelitian yang akan dideskripsikan adalah variabel independen pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga dan variabel dependen praktek kebersihan keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Plus Mandiingin Tahun 2016. Hasil analisa univariat penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Pelaksanaan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Fungsi
Perawatan Kesehatan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas
Plus Mandiingin tahun 2016

No	Fungsi perawatan kesehatan keluarga	f	%
1.	Buruk	80	22,8
2.	Baik	271	77,2
	Total	351	100.0

Dari tabel 5.1 diatas dapat diketahui lebih dari separoh 77,2% menyatakan pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga di Wilayah Kerja Plus Mandiangi tahun 2016 sudah baik.

b. Praktek Kebersihan Keluarga

Tabel 5.2
Distribusi frekuensi responden menurut praktek kebersihan keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Plus Mandiangin tahun 2016

No	Praktek kebersihan keluarga	f	%
1	Buruk	160	45,6
2	Baik	191	54,4
Total		351	100.0

Dari tabel 5.2 diatas dapat diketahui lebih dari separoh 54,4% responden menyatakan praktek kebersihan keluarga diwilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin sudah baik.

3. Analisa Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang digunakan untuk menganalisis dua variabel yang diduga berhubungan. Analisis statistik yang digunakan pada penelitian ini adalah *chi-square test*, untuk menyimpulkan ada hubungan 2 variabel. Analisa data menggunakan derajat kemaknaan 0.05. Hasil analisa *chi-square* dibandingkan dengan nilai p, dimana bila nilai $p \leq 0.05$ artinya secara statistik bermakna dan bila nilai $p > 0.05$ artinya secara statistik tidak bermakna. Hasil analisa bivariat penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 5.3
Hubungan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga Terhadap
Praktek Kebersihan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Plus
Mandiingin tahun 2016

Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga	Kebersihan Keluarga				Jumlah		p-value	OR (CI 95%)
	Buruk		Baik					
	f	%	F	%	f	%		
Buruk	51	63,8	29	36,2	80	100	0,000	2,614 (1,559–4,381)
Baik	109	40,2	162	59,8	271	100		
Total	160	45,6	191	54,4	351	100		

Dari tabel 5.3 diatas dapat diketahui bahwa dari 351 responden yang mengatakan fungsi perawatan kesehatan keluarga baik sebesar 59,8% responden memiliki praktek kebersihan keluarga baik. Sedangkan dari responden yang menyatakan fungsi perawatan kesehatan keluarga baik hanya 40,2% responden memiliki praktek kebersihan buruk. Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,000 ($p \leq 0,05$) artinya ada hubungan pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan praktek kebersihan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiingin tahun 2016. Nilai Odds Ratio 2,614 artinya responden yang menyatakan praktek fungsi perawatan kesehatan keluarga baik, berpeluang 2 kali untuk memiliki praktek kebersihan keluarga baik, dibandingkan dengan responden yang menyatakan pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga buruk.

B. Pembahasan

1. Analisa Univariat

a. Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga

Dari tabel 5.1 diatas dapat diketahui dari 351 responden, lebih dari separoh 77,2% menyatakan pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga di Wilayah Kerja Plus Mandiangi tahun 2016 sudah baik.

Fungsi utama keluarga dalam perawatan kesehatan yaitu untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi, fungsi tersebut dikembangkan menjadi tugas di bidang kesehatan dengan fungsi pemeliharaan kesehatan. Keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan meliputi, mengenal kesehatan keluarga, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, praktek diet, praktek tidur, praktek rekreasi dan latihan, praktek penggunaan obat terapeutik, dan praktek perawatan diri keluarga (Suparjitno, 2004).

Hasil penelitian ini diperkuat oleh Susianti, 2012 mengenai fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan perkembangan anak usia sekolah dibawah 2 tahun didapatkan hasil analisis deskriptif bahwa

setengahnya (52%) keluarga berpengetahuan tinggi dalam mengenal masalah perkembangan. Setengahnya (59%) keluarga bersikap negatif dalam mengambil keputusan terkait perkembangan anak baduta. Setengahnya (55%) keluarga melakukan praktek yang kurang baik dalam merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Hampir setengahnya (40%) anak baduta beresiko mengalami keterlambatan perkembangan.

Menurut asumsi peneliti, fungsi perawatan kesehatan keluarga tidak terlepas dari dukungan keluarga. Dukungan keluarga salah satunya yaitu dukungan informasi terintegrasi di dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga. Keluarga dikatakan mampu melaksanakan fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan baik apabila mampu melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga.

b. Praktek Kebersihan Keluarga

Dari tabel 5.2 diatas dapat diketahui dari 351 KK lebih dari separoh 54,4% responden menyatakan praktek kebersihan keluarga diwilayah kerja Puskesmas Plus Mandiingin sudah baik.

Kebersihan merupakan perawatan diri sendiri yang dilakukan untuisk mempertahankan kesehatan, baik secara fisik maupun

psikologis (Alimul, 2006). Kebersihan adalah perawatan diri dimana individu mempertahankan kesehatannya, dan dipengaruhi oleh nilai serta keterampilan (Mosby, 1994 dalam Pratiwi, 2008). Menurut Mubarak (2008) kebersihan adalah upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan dirinya untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis. Pemenuhan kebersihan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan. Kebutuhan kebersihan ini diperlukan baik pada orang sehat maupun pada orang sakit. Praktik kebersihan dari pertahanan melawan infeksi. Dengan implementasi tindakan kebersihan pasien, atau membantu anggota keluarga untuk melakukan tindakan itu maka akan menambah tingkat kesembuhan pasien (Potter & Perry, 2005). Kebersihan perorangan adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Tarwoto & Wartonah, 2010).

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Puspitaningrum, dkk (2012) mengenai *personal hygiene* pada anak Sekolah Dasar Negeri 1 Gambiran Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang, didapatkan mendapatkan dukungan keluarga yaitu hanya 11 orang (20,4%), sedangkan yang kurang mendapat dukungan keluarga yaitu 25 orang (46,3%) dan yang sedang yaitu 18 orang (33,3%). Mengenai perilaku *personal hygiene*, didapatkan yang kurang

sebanyak 23 orang (42,6%), yang cukup sebanyak 17 orang (31,5%), yang baik hanya 14 orang (25,9%).

Menurut asumsi peneliti, personal hygiene menimbulkan kenyamanan bagi tubuh, meningkatkan kesehatan diri serta mencegah diri dari penyakit. Dengan implementasi tindakan kebersihan, atau membantu anggota keluarga untuk melakukan tindakan itu maka akan meningkatkan kualitas hidup anggota keluarga.

2. Analisa Bivariat

Dari tabel 5.3 diatas dapat diketahui dari 351 responden yang mengatakan fungsi perawatan kesehatan keluarga baik sebesar 59,8% responden memiliki praktek kebersihan keluarga baik. Sedangkan dari responden yang menyatakan fungsi perawatan kesehatan keluarga baik hanya 40,2% responden memiliki praktek kebersihan buruk. Hasil uji statistik chi-square didapatkan nilai *p-value* sebesar 0,000 ($p \leq 0,05$) artinya ada hubungan pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan praktek kebersihan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin tahun 2016. Nilai Odds Ratio 2,614 artinya responden yang menyatakan praktek fungsi perawatan kesehatan keluarga baik, berpeluang 2 kali untuk memiliki praktek

kebersihan keluarga baik, dibandingkan dengan responden yang menyatakan pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga buruk.

Hal ini dapat kita lihat pada penelitian Amigo (2012) dengan judul Hubungan Karakteristik dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada *Aggregate* Lansia Dengan Hipertensi Di Kecamatan Jetis Yogyakarta dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan pendidikan, penghasilan, kemampuan keluarga mengenal dan pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga pada *aggregate* lansia dengan hipertensi ($p = 0,000$; $0,001$; $0,004$; dan $0,009$).

Fungsi perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat keperawatan kesehatan masyarakat yang dipusatkan pada keluarga sebagai unit satu kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan pelayanan dan perawatan sebagai upaya pencegahan penyakit. Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan hal yang paling penting dalam pengkajian keluarga. Keluarga merupakan komponen dasar dalam masyarakat ketika perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan, dan diamankan. Pemeliharaan kesehatan berlangsung terutama melalui komitmen dan modifikasi lingkungan serta gaya hidup, hal ini semakin memperkuat peran pokok keluarga dalam

melaksanakan tanggung jawab terhadap kesehatan para anggota keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2002).

Penelitian mengenai personal hygiene yang dilakukan oleh Lufiati (2015) dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku personal hygiene pada pelajar putri di smk n 7 surakarta. Hasil penelitian menyimpulkan ada hubungan antara pengetahuan ($p=0,000$), sikap ($p=0,000$), dan dukungan keluarga ($p=0,014$) dengan perilaku personal hygiene pada pelajar putri di smk n 7 surakarta.

Hal ini diperkuat oleh teori Potter & Perry (2005), kebersihan adalah suatu tindakan untuk memelihara kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis, kurang perawatan diri adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya. Perawatan diri adalah salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupannya, kesehatan dan kesejahteraan sesuai kondisi kesehatannya, klien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak dapat melakukan diri. Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang tentang penampilan fisiknya. Kebersihan yang baik akan mempengaruhi terhadap peningkatan citra tubuh individu (Stuart & Sudeen, 1999 dalam Setiadi, 2005). *Body image* seseorang

berpengaruhi dalam pemenuhan kebersihan karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.

Menurut asumsi peneliti, fungsi perawatan keluarga adalah usaha untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi, fungsi tersebut dikembangkan menjadi tugas dibidang kesehatan dengan fungsi pemeliharaan kesehatan salah satunya melalui kebersihan diri. Kebersihan diri adalah perawatan diri sendiri yang dilakukan untuk mempertahankan kesehatan baik secara fisik maupun psikologis. Fungsi perawatan kesehatan keluarga bukan hanya fungsi esensial dan dasar dalam keluarga, namun merupakan fungsi yang bertanggung jawab penuh dalam keluarga untuk mempertahankan status kesehatan anggota keluarga. Pelaksanaan fungsi perawatan keluarga merupakan perwujudan tiga ranah perilaku keluarga berupa pengetahuan, sikap dan praktek/tindakan keluarga sebagai faktor penting yang mempengaruhi personal hygiene keluarga , selain itu dukungan petugas kesehatan dan ketersediaan fasilitas kesehatan juga akan memperkuat terbentuknya personal hygiene yang baik.

C. Keterbatasan Penelitian

1. Dalam penelitian ini, mungkin masih banyak kekurangan dan masih banyak kekurangan dan masih belum sempurna, hal ini dikarenakan:
 - a.keterbatasan ilmu yang dimiliki oleh peneliti dan juga peneliti merupakan peneliti pemula dimana penelitian ini merupakan penelitian awal dari peneliti
 - b. keterbatasan dalam segi kuesinor yang perlu pengembangan lebih dalam khususnya untuk menggali praktek kebersihan keluarga.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan penelitian yang dilaksanakan pada bulan Juli tahun 2016 tentang Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga terhadap Praktek Kebersihan Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Plus Mandiangin Bukittinggi Tahun 2016 dengan jumlah responden 351 KK maka dapat diambil kesimpulan bahwa :

1. Lebih dari separoh menyatakan pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga baik sebesar 77,2 % responden.
2. Lebih dari separoh menyatakan praktek kebersihan keluarga baik sebesar 54,4% responden .
3. Dari uji statistik chi-square didapatkan nilai $p = 0,000$ artinya ada hubungan pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga dengan praktek kebersihan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Plus Mandiangin tahun 2016.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi peneliti dalam menerapkan ilmu dan mendapatkan pengalaman dalam bidang penelitian tentang masalah pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga dan praktek kebersihan keluarga.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan informasi terbaru bagi mahasiswa keperawatan mengenai pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga akan mempengaruhi praktek kebersihan keluarga serta dapat dijadikan sebagai bahan ajar mata kuliah keperawatan komunitas.

3. Bagi Lahan Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi masukan bagi puskesmas bahwa perlu perhatian lebih untuk masyarakat seperti meningkatkan pelayanan kesehatan sehingga fungsi perawatan kesehatan keluarga menjadi lebih meningkat, terutama dalam praktek kebersihan keluarga karena masih terdapat 45,6s % memiliki praktek kebersihan yang buruk.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan untuk peneliti selanjutnya dapat melakukan pengembangan penelitian untuk kajian yang lebih dalam dan jumlah sampel yang lebih banyak sehingga keakuratan hasil lebih terjamin