**RIWAYAT HIDUP**

**Identitas Diri**

Nama : Ainil Fitria

Tempat /Tgl Lahir : Tanjung Alam / 15 April 1991

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Jumlah Saudara : IV (Empat)

Anak Ke : V (Lima)

Alamat : Sawah Parik, Nagari Tanjung Alam Kec. Tanjung Baru Kab.Tanah Datar Sumatera Barat

**Identitas Orang Tua**

Nama

Ayah : Rafli

Ibu : Ratna Wilis

Pekerjaan

Ayah : Tani

Ibu : Ibu Rumah Tangga

**Riwayat Pendidikan**

1997-2003 : SDN 05 Sawah Parik Kec. Tanjung Baru Kab. Tanah Datar Sumatera Barat

2003-2006 : SMPN 1 Tanjung Baru kab. Tanah Datar Sumatera Barat

2006-2009 : SMAN 1 Salimpauang Kab. Tanah Datar Sumatera Barat

2009-2013 : PSIK STIKes Perintis Sumatera Barat

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Judul skripsi : Hubungan Karakteristik dan Dukungan Keluarga dengan Perawatan TB Paru di Rumah pada Agregat Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013

Nama : Ainil Fitria

NIM : 09103084105356

Skripsi ini telah diperiksa, disetujui dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Sumatera Barat pada tanggal 06 September 2013

|  |  |
| --- | --- |
| **Pembimbing I**  **(Ns. Yaslina, M.Kep Sp. Kom)**  **NIDN: 1006037301** | **Bukittinggi, September 2013**  **Pembimbing II**  **(Ns. Kalpana Kartika, S. Kep)**  **NIDN: 10158001** |

**Mengesahkan,**

**Ka. Prodi Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumbar**

**(Ns. Yaslina, M.Kep Sp.Kom)**

**NIDN : 1006037301**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Lanjut usia adalah suatu proses alamiah dimana semua orang tidak dapat menghindarinya dan pasti akan mengalaminya. Lansia merupakan sosok individu yang mengalami kekurangan produktifitas karena keterbatasan fisik yang dia miliki atau terjadinya proses kemunduran yang mereka alami (Nugroho, 2005).

Pertambahan usia pada lansia akan menimbulkan perubahan-peruibahan pada struktur dan fisiologis dari berbagai sel/ jaringan /organ dan sistem yang ada pada tubuh manusia. Proses ini menjadikan kemunduran fsisk maupun psikis. Kemunduran fisik ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan, gerakan melambat dan kelainan berbagai fungsi organ vital. Kemunduran psikis terjadi peningkatan sensitifitas emosional, penurunan gairah, bertambahnya minat terhadap diri, berkurangnya minat terhadap penampilan, meningkatnya minat terhadap material dan minat terhadap kegiatan rekreasi tak berubah hanya orientasi dan subjek yang berbeda. Namum hal diatas tidak harus menimbulkan penyakit. Usia lanjut harus sehat yang diartikan sebagai kondisi (1) bebas dari kondisi penyakit fisik mental dan sosial, (2) mampu melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan sehari hari, (3) mendapatkan dukungan sosial dari keluarga dan masyarakat (Raharjo 1996, dalam Wahit Iqbal 2007).

Dalam proses menua ada dua perubahan yang terjadi yaitu perubahan primer dan perubahan sekunder. Penuaan primer akan terjadi penuaan pada tingkat sel, sedangkan penuaan sekunder penuaan yang terjadi akibat lingkungan fisik dan sosial, stres fisik/psikis, gaya hidup dan diet dapat mempercepat proses menjadi tua, secara umum proses perubahan fisiologis (Raharjo 1996, dalam Wahit Iqbal 2007).

Perubahan fisik yang terjadi pada lansia juga terjadi pada sistem pernafasan seperti paru-paru kecil dan kendor, pembesaran alveoli, pengerasan bronkus dan sebagainya. Adanya perubahan pada sistem ini menyebabkan lansia dapat beresiko terjadinya gangguan atau penyakit infeksi seperti TB paru (Stanley, 2006 ).

TB (Tuberkulosis) paru merupakan penyakit infeksi kronik dan menular yang erat kaitannya dengan keadaan lingkungan fisik dan perilaku masyarakat. TB paru merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosa*. Penyakit ini ditularkan melalui udara (*droplet infection*) yaitu percikan ludah, bersin dan batuk. Menurut Depkes RI (2002), penyakit TB paru ini penyebarannya sangat mudah karena penularan penyakit tersebut hanya melalui *droplet* yang disebarkan lewat udara oleh penderita TB paru BTA positif.

Berdasarkan laporan WHO, pada tahun 2007 peringkat Indonesia turun ke peringkat 5 dengan prevalensi TB Paru tertinggi setelah India, Cina, Afrika Selatan dan Nigeria. Di seluruh dunia, TB Paru merupakan penyakit infeksi terbesar nomor 2 penyebab tingginya angka mortalitas dewasa sementara di Indonesia TB Paru menduduki peringkat 3 dari 10 penyebab kematian dengan proporsi 10% dari mortalitas total. Estimasi prevalensi TB Paru semua kasus adalah sebesar 660,000 (WHO, 2010) dan estimasi insidensi berjumlah 430,000 kasus baru per tahun. Jumlah kematian akibat TB Paru diperkirakan 61,000 kematian pertahunnya (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Global Report WHO 2010, didapat data TB Indonesia, total seluruh kasus TB tahun 2009 sebanyak 294731 kasus, dimana 169213 adalah kasus TB baru BTA positif, 108616 adalah kasus TB BTA negatif, 11215 adalah kasus TB Extra Paru, 3709 adalah kasus TB Kambuh, dan 1978 adalah kasus pengobatan ulang di luar kasus kambuh.

Penderita TBC di Indonesia pada tahun 2009 sebanyak 231.370 orang. Propinsi dengan peringkat 5 tertinggi penderita TBC adalah Jawa Barat, JawaTimur, Jawa Tengah, Sumatera Utara, dan Sulawesi Selatan. Perkiraan kasus TB paru BTA positif di Jawa Barat sebanyak 44.407, Jawa Timur sebanyak39.896, Jawa Tengah sebanyak 35.165, Sumatera Utara sebanyak 21.197 dan Sulawesi Selatan sebanyak 16.608 (Profil Kesehatan Indonesia, 2009).

Riset Kesehatan Dasar ( Riskesdas ) tahun 2010 menunjukkan bahwa prevalensi TB pada Lansia berdasarkan pengakuan responden yang didiagnosis tenaga kesehatan secara nasional sebesar 0,7 % dan dalam hal ini terjadi peningkatan angka prevalensi dibandingkan dengan Riskesdas 2007 yaitu 0,4 %. Penyakit TB paru masih menjadi masalah di provinsi Sumatera Barat. Menurut profil kesehatan dinas kesehatan Sumatera Barat tahun 2011 jumlah kasus BTA positif di Sumatera Barat adalah 3.906 orang. Jumlah ini meningkat jika dibandingkan dengan data profil kesehatan tahun 2010 yaitu 3.870 orang dan tahun 2009 yaitu 3.790 orang.

Sumatera Barat jumlah penderita TB Paru dari tahun 2008 – 2011 selalu terjadi peningkatan tiap tahunnya, hal ini dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 1.1**

**Jumlah Penderita TB Paru di Provinsi Sumatera Barat**

**Pada Tahun 2008 – 2011**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Tahun** | **Jumlah penderita** |
| 1.  2.  3.  4. | 2008  2009  2010  2011 | 3710 penderita  3790 penderita  3870 penderita  3906 penderita |

*Sumber* : Rekapitulasi Laporan Dinas Kesehatan Kemenkes RI

Propinsi Sumatera Barat

Tahun 2008 - 2011.

Data Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar, jumlah suspek dan penderita TB paru di daerah-daerah dalam kawasan Kabupaten Tanah Datar dalam 2 tahun terakhir mengalami peningkatan. Ini dapat dilihat dari tabel berikut:

**Tabel 1.2**

**Penemuan Suspek, *Case Detection Rate*, *Cure Rate* Penyakit TB paru**

**Di 4 Kecamatan Pada Tahun 2010 – 2012**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Kecamatan** | **Puskesmas** | **2010** | | | **2012** | | |
| **Abs Suspek** | **% CDR** | **% CR** | **Abs Suspek** | **% CDR** | **% CR** |
| 1 | Simabur | Simabur | 32 | 0 | 100 | 114 | 50 | 0 |
| 2 | Sungai Tarab | Sungai Tarab | 70 | 0 | 75 | 93 | 45 | 0 |
| 3 | Salimpaung | Salimpaung | 63 | 28 | 100 | 87 | 32 | 85,7 |
| 4 | Sumpur | Sumpur | 65 | 20 | 61,5 | 45 | 20 | 80 |

*Sumber* : Rekapitulasi Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Datar

Tahun 2010 - 2012.

Dari data di atas terlihat masih cukup tingginya jumlah kejadian TB paru di Kabupaten Tanah Datar pada wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab masih terjadi peningkatan kasus pada dua tahun terakhir.

Puskesmas Sungai Tarab merupakan salah satu unit pelayanan kesehatan yang ada di wilayah Kabupaten Tanah Datar dengan jumlah penduduk 7625 jiwa, dimana angka penemuan kasus TB paru tahun 2008 sebanyak 16 kasus dari perkiraan penderita TB paru BTA positif sebanyak 54 kasus. Tahun 2009 sebanyak 27 kasus dari perkiraan penderita TB paru BTA positif sebanyak 86 kasus (Laporan Tahunan Puskesmas Sungai Tarab, 2012). Data terakhir yang didapatkan peneliti dari pihak pemegang program TB paru di Puskesmas Sungai Tarab pada akhir Februari 2013, sudah ada sebanyak 70 masyarakat penderita TB paru dengan BTA+ terdapat di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab .

Dari data di atas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kasus TB paru pada lansia setiap tahun pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab. Ini disebabkan oleh daerah Sungai Tarab sangat beresiko dalam penyebaran penyakit TB paru serta belum adanya program pemberantasan TB paru yang signifikan. Peningkatan kasus TB paru di wilayah ini dipengaruhi oleh berbagai macam faktor seperti perilaku masyarakat, tingkat ekonomi, dan lingkungan fisik perumahan. Brunner & Suddart (2002 : 584) bahwa Tuberkulosis sangat erat kaitannya dengan kemiskinan, malnutrisi, tempat kumuh, perumahan di bawah standard dan perawatan kesehatan yang tidak adekuat.

Lansia masih tidak terlepas dari berbagai masalah penyakit seperti kejadian TB paru pada lansia. Lansia banyak melakukan kegiatan harian tapi bagi lansia yang memiliki penyakit TB paru tersebut belum tentu dapat melakukan perawatan sendiri tentang penyakit TB paru nya di rumah sehingga apa yang mereka lakukan masih dipengaruhi oleh dukungan keluarga oleh karena itu masalah lansia adalah masalah kita semua (Mubarok 2006).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan TB Paru pada lansia di rumah adalah pendidikan keluarga, ekonomi keluarga, dukungan keluarga dan juga perawatan TB paru pada lansia itu sendiri yang dilakukan oleh keluarga. Perawatan TB paru pada lansia yang perlu diperhatikan adalah ketepatan dalam penggunaan obat yang dimakan dan ketepatan dalam penggunaan obat serta ketepatan dalam mengunjungi puskesmas dalam pemenuhan obat TB Paru (Ditjen P2M Depkes 2009).

Program pemerintah tentang Pemberantasan TB Paru tentang DOAT ( Dosis Obat Anti Tuberkulosis) dengan program melakukan PMO pada keluarga bahwa pengobatan TB paru sangat penting karena itu setiap penyakit TB paru yang mengenai angoota keluarga wajib melakukan Pengawas Makan Obatnya ( PMO) pada salah satu anggota keluarga yang ada, dengan program tersebut maka jelaskan mengurangi kejadian Morbidity dan menurunkan Mortality bagi anggota keluarga yang lain tentang wajib melaporkan kejadian TB Paru di setiap puskesmas terdekat. Keluargalah yang sangat memiliki peranan penting dalam melakukan kegiatan perawatan TB Paru pada lansia di rumah (Ditjen P2M Depkes 2009). Menurut Friedman (2003), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Survei awal yang dilakukan peneliti pada keluarga yang mengalami kasus TB paru pada lansia pada tanggal 18-20 Februari 2013 pada 10 keluarga penderita TB paru pada lansia di wilayah kerja Sungai Tarab, mendapatkan bahwa keluarga mengatakan bahwa beberapa keluarga banyak yang belum mendukung dengan keluarga mereka yang mengalami TB Paru hal ini terlihat dari orang tua mereka yang mengalami masalah penyakit TB Paru banyak keluarga yang belum memperdulikan kejadian TB paru pada keluarga mereka, dimana kejadian TB paru terkadang dipandang sebagai hal yang biasa karena lansia dianggap sudah tua dan memang nya orang tua dikatakan sudah biasa batuk. Kedaan ini juga masih banyak anggota keluarga yang belum memikirkan masalah lansia pada keluarga mereka dimana hal ini karena faktor pendidikan keluarga, dimana pengetahuan keluarga masih banyak yang belum peduli dengan masalah lansia pada keluarga mereka. Dan juga dikarenakan oleh faktor ekonomi pada keluarga dimana lansia berada.

Keadaan ekonomi masyarakat Sungai Tarab yang lemah akan mempengaruhi pada pendidikan, keadaan sanitasi lingkungan fisik, gizi dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Penurunan pendapatan dapat menyebabkan kurangnya kemampuan daya beli masyarakat dalam memenuhi konsumsi makanan sehingga akan berpengaruh terhadap status gizi. Apabila status gizi buruk maka akan menyebabkan kekebalan tubuh yang menurun sehingga memudahkan terkena infeksi TB Paru.

Dari fenomena di atas dan pengamatan yang dilakukan dilapangan, maka peneliti tertarik melihat Hubungan karakteristik dan dukungan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka perumusan masalah dari penelitian ini adalah “apakah ada hubungan karakteristik dan dukungan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013?”

* 1. **Tujuan Penelitian**
     1. **Tujuan Umum**

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengetahui hubungan karakteristik dan dukungan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.

* + 1. **Tujuan Khusus**
       1. Untuk mengetahui distribusi tingkat pendidikan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.
       2. Untuk mengetahui distribusi pekerjaan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.
       3. Untuk mengetahui distribusi tingkat ekonomi keluarga di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.
       4. Untuk mengetahui distribusi dukungan keluarga (dukungan informasional, penilaian, instrumental dan emosional) di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013
       5. Untuk mengetahui distribusi perawatan TB paru di rumah pada agregat Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013
       6. Untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.
       7. Untuk mengetahui hubungan pekerjaan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013
       8. Untuk mengetahui hubungan tingkat ekonomi keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013
       9. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.
  1. **Manfaat Penelitian**
     1. **Peneliti**

Sebagai pengembangan diri dan kemampuan peneliti dalam mengaplikasikan ilmu dan teori yang telah didapat dari bangku perkuliahan, sehingga dapat menambah wawasan peneliti.

* + 1. **Institusi Pendidikan**

Sebagai bahan referensi bagi peneliti selanjutnya terutama yang berhubungan dengan penyakit TB paru pada masyarakat.

* + 1. **Lahan**

Sebagai bahan masukan bagi petugas kesehatan khususnya pemegang program TB paru di Puskesmas Sungai Tarab dalam penemuan kasus TB paru pada agregat Lansia di wilayah kerjanya dan perawatan TB paru di rumah.

* 1. **Ruang Lingkup Penelitian**

Penelitian ini membahas tentang hubungan karakteristik dan dukungan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013. Populasi dalam penelitian ini adalah penderita TB paru yang berada di rumah pada agregat Lansia yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar. Penelitian ini yang akan menjadi sampel adalah semua populasi dengan teknik sampling yaitu total sampling. Metode yang digunakan deskriptik analitik dengan pendekatan cross sectional. Alat ukur yang digunakan kuesioner. Penelitian ini telah dilaksanakan pada bulan Juli sampai Agustus tahun 2013.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Tinjauan Teoritis**

**2.1.1** **Lanjut Usia**

**2.1.1.1. Pengertian Lanjut Usia**

Menurut Undang undang No 4 tahun 1995 Pasal 1. Bahwa seseorang yang dinyatakan jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain.Lanjut usia atau lansia adalah bukan merupakan suatu penyakit, melainkan suatu tahapan hidup manusia dimana terjadi proses menua (Nugroho, 1999 :12).

Proses menua adalah sebuah proses mengubah orang dewasa sehat menjadi rapuh disertai dengan menurunnya cadangan semua sistem dan hampir semua sistem fisiologis dan disertai pula dengan meningkatnya kerentanan terhadap penyakit atau kematian (Suryono 2001 :257).

**2.1.1.2. Batasan Usia Lanjut (Menurut WHO)**

Batasan lansia menurut WHO adalah usia pertengahan middle age (45-59Tahun), usia lanjut ederly (60-74), usia tua ( old) 75-90 tahun, usia lanjut sangat tua (lebih 90 Tahun), sedangkan pembagian menurut DepKesRI adalah : kelompok menjelang usia lanjut 45- 54 tahun ( vibrilitas), 55 64 tahun (presenium) dan 65 tahun lebih (senium).

**2.1.1.3. Proses menua pada usia lanjut**.

Proses menua merupakan proses alamiah setalah 3 tahap kehidupan yaitu masa anak-anak, masa dewasa dan masa tua yang tidak dapat dihindari oleh setiap individu. Pertambahan usia akan menimbulkan perubahan-peruibahan pada struktur dan fisiologis dari berbagai sel/ jaringan /organ dan sistem yang ada pada tubuh manusia. Proses ini menjadikan kemunduran fsisk maupun psikis, kemunduran fisik ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan, gerakan melambat dan kelainan berbagai fungsi organ vital. Sedangkan kemunduran psikis terjadi peningkatan sensitifitas emosional, penurunan gairah, bertambahnya minat terhadap diri, berkurangnya minat terhadap penampilan, meningkatnya minat terhadap material, dan minat terhadap kegiatan rekreasi tak berubah hanya orientasi dan subjek yang berbeda. Namum hal diatas tidak harus menimbulkan penyakit. Usia lanjut harus sehat yang diartikan sebagai kondisi (1) bebas dari kondisi penyakit fisik mental dan sosial, (2) mampu melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, (3) mendapatkan dukungan sosial dari keluarga dan masyarakat (Raharjo, 1996 dalam wahit Iqbal 2007).

Proses menua ada dua perubahan yang terjadi yaitu perubahan primer dan perubahan sekunder. Penuaan primer akan terjadi penuaan pada tingkat sel, sedangkan penuaan sekunder penuaan yang terjadi akibat lingkungan fisik dan sosial, stres fisik/psikis, gaya hidup dan diet dapat mempercepat proses menjadi tua, secara umum proses perubahan fisiologis pada lansia adalah adanya perubahan macro dan perubahan micro.

1. **Perubahan Micro**

Perubahan Micro yaitu terjadinya perubahan dalam sel tubuh manusia lansia itu sendiri seperti

1. Berkurangnya cairan dalam sel
2. Berkurangnya besarnya sel
3. Berkurangnya jumlah sel
4. **Perubahan Macro**

Perubahan macro yaitu perubahan yang jelas dapat diamati atau terlihat seperti:

1. mengecilnya kelenjar mandibula
2. menepisnya diskus intervetebralis
3. Erosi pada permukaan sendi-sendi
4. Terjadinya osteoporosis
5. Otot mengalami atropi
6. Sering dijumpai terjadinya empisema pulmonum
7. Presbiopi
8. Adanya arteriosklerosis
9. Menopouse pada wanita
10. Adanya dimensia senilis
11. Kulit tidak elastis lagi
12. Rambut memutih secar umum sering dijumpai.

**2.1.1.4. Perubahan perubahan yang terjadi akibat proses menua**

**a. Perubahan fisik**

Perubahan yang terjadi pada lansia adalah ; Perubahan fisik yang terjadi karena penurunan fungsi organ tubuh baik motorik maupun sensorik. Perubahan motorik dan sensorik ini seperti, perubahan sistem panca indra, perubahan sistem persyarafan, perubahan sistem cardiovaskuler, perubahan sistem respirasi, perubahan sistem gastro intestinal, perubahan sistem endokrin perubahan sistem integumen, perubahan sistem muskuloskletal dan juga perubahan sistem psikososial.

Perubahan Sistem Respirasi pada lansia  
Menurut Stanley, 2006 perubahan anatomi yang terjadi pada sistem respiratory akibat penuaan sebagai berikut :  
1) Paru-paru kecil dan kendur.  
2) Hilangnya recoil elastic.  
3) Pembesaran alveoli.  
4) Penurunan kapasitas vital ; penurunan PaO2 dan residu.  
5) Pengerasan bronkus dengan peningkatan resistensi.  
6) Klasifikasi kartilago kosta, kekakuan tulang iga pada kondisi pengembangan.  
7) Hilangnya tonus otot toraks, kelemahan kenaikan dasar paru.  
8) Kelenjar mucus kurang produktif.  
9) Penurunan sensivitas sfingter esophagus

10)Penurunan sensivitas kemoreseptor.

**b. Perubahan sosial**

Perubahan sosial yang terjadi pada lansia adalah akibat adanya perkembangan usia, lanjut usia mengalami perubahan-perubahan yang menuntut dirinya untuk menyesuaikan diri secara terus menerus, apabila proses penyesuain diri dengan lingkungannya belum berhasil maka timbulah berbagai masalah pada lanjut usia ( Hurlock, 1979 dalam Wahid Iqbal 2007). Masalah yang menyertai lansia dengan masalah sosialnya seperti, kurang dihargai, merasa kurang berguna, tidak dipandang sebagai makluk yang berharga, kurang diikutsertakan dalam masyarakat dalam hal apapun karena dipandang kurang berharga.

1. **Perubahan Ekonomi**

Perubahan ekonomi pada lansia banyak diantaranya lansia mengalami kekurangan ekonomi dimana lansia kurang mampu lagi dalam bekerja dan dianggap kurang produktif dan terkadang lansia belum lagi memiliki usaha setelah pensiun dari pekerjaannya Ketidakpastian ekonomi sehingga memerlukan perubahan total dalam pola hidup

**2.1.2 Konsep TB Paru**

1. Pengertian TB Paru

Merurut Depkes RI (2005), tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TBC (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Menurut Niluh Gede (2003:82), tuberkulosis adalah infeksi penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*, suatu basil aerobik tahan asam yang ditularkan melalui udara atau *airborne*.

Menurut Brunner & Suddarth (2001 : 584) tuberkulosis adalah penyakit infeksi, yang terutama menyerang parenkim paru. Tuberculosis dapat juga ditularkan ke bagian tubuh lainnya, termasuk meninges, ginjal, tulang, dan nodus limfe. Agens infeksius utama, *Mycobacterium Tuberculosis* adalah batang aerobik tahan asam yang tumbuh dengan lambat dan sensitif terhadap panas dan sinar ultraviolet.

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa TBC adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Myobacterium Tuberculosis*, sejenis bakteri tahan asam (BTA) yang ditularkan melalui percikan dahak atau *droplet* dari penderita TBC kepada individu yang rentan, dan tidak hanya menyerang paru tetapi juga organ tubuh lainnya.

1. Etiologi dan faktor resiko TB Paru

Tuberkulosis paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh basil mikrobakterium tuberkulosis tipe humanus, sejenis kuman yang berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/mm dan tebal 0,3-0,6/mm. Sebagian besar kuman terdiri atas asam lemak (lipid). Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam dan lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisik.

Kuman ini tahan hidup pada udara kering maupun dalam keadaan dingin (dapat tahan bertahun-tahun dalam lemari es). Hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat dormant. Dari sifat dormant ini kuman dapat bangkit kembali dan menjadikan tuberkulosis aktif kembali. Sifat lain kuman adalah aerob. Sifat ini menunjukkan bahwa kuman lebih menyenangi jaringan yang tinggi kandungan oksigennya. Dalam hal ini tekanan bagian apikal paru-paru lebih tinggi dari pada bagian lainnya, sehingga bagian apikal ini merupakan tempat predileksi penyakit tuberkulosis.

Tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi penting saluran pernapasan. Basil mikrobakterium tersebut masuk kedalam jaringan paru melalui saluran napas (droplet infection) sampai alveoli, maka terjadilah infeksi primer (ghon) selanjutnya menyebar kekelenjar getah bening setempat dan terbentuklah primer kompleks (ranke). keduanya dinamakan tuberkulosis primer, yang dalam perjalanannya sebagian besar akan mengalami penyembuhan. Tuberkulosis paru primer, peradangan terjadi sebelum tubuh mempunyai kekebalan spesifik terhadap basil mikobakterium. Tuberkulosis yang kebanyakan didapatkan pada usia 1-3 tahun. Sedangkan yang disebut tuberkulosis post primer (reinfection) adalah peradangan jaringan paru oleh karena terjadi penularan ulang yang mana di dalam tubuh terbentuk kekebalan spesifik terhadap basil tersebut. (Brunner & suddart,2001 :546).

c.Tanda dan gejala TB Paru

* + 1. Demam

Dipengaruhi oleh daya tahan tubuh dan berat ringan nya TB yang masuk

* + 1. Sesak nafas
    2. Batuk

Batuk lebih dari 4 minggu dengan atau tampa sputum , sifat batuk tahap awal adalah batuk kering setelah timbul peradangan menjadi batuk produktif dan tahap lebih lanjut terjadi batuk darah karena pembuluh darah yang pecah.

* + 1. Nyeri Dada

Nyeri dada karena terjadi infultrate radang sudah sampai pada pleura sehingga menimbulkan pleuritis.

* + 1. Malaise

Malaise dapat berupa Anoreksia, sakit kepala, BB menurun dan kelemahan .

(Mansjoer,dkk : 472)

* + 1. Laboratorium
    2. Darah rutin LED Meningkat,kadar HB dan HT menurun dan diperlukan pemeriksaan berulang.
    3. Pemeriksaan Sputum BTA (+)
    4. Kultur jaringan positif
    5. Tes Elisa/Westrn Blot untuk menyatakan adanya Infeksi HIV
    6. Biopsi jarum pada jaringan paru poitif, Untuk menunjukan adanya nekrosis
    7. Tes Mantoux/Tuberculin (+) menunjukan infeksi masa lalu
    8. Foto Toraks PA dan Lateral terdapat bayangan lesi yang terletak di lapangan atas paru dan terjadi infilrte pada pleura

1. Kuman Tuberkulosis

Depkes RI (2005) menyebutkan kuman tuberculosis ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada perwarnaan. Oleh karena itu disebut pula Basil Tahan Asam (BTA). Kuman TBC cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat *dormant* (tertidur lama selama beberapa tahun).

1. Cara Penularan Tuberkulosis

Menurut Depkes RI (2005 : 9) sumber penularan tuberkulosis adalah pasien TB BTA positif. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk *droplet* (percikan dahak). *Droplet* yang mengandung kuman dapat bertahan di udara pada suhu kamar selama beberapa jam. Orang dapat terinfeksi kalau *droplet* tersebut terhirup ke dalam saluran pernfasan. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya.

Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut. Bila hasil pemeriksaan penderita tersebut dianggap tidak menular, kemungkinan seseorang terinfeksi TB ditentukan oleh konsentrasi *droplet* dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut (Depkes RI, 2005 : 9).

1. Riwayat Terjadinya Tuberkulosis
2. Infeksi Primer

Menurut HOLM (1970) dalam Halim Danusantoso (2000 : 101) pada seseorang yang belum pernah kemasukan basil TB, tes tuberkulin akan negatif karena sistem imunitas seluler belum mengenal basil TB. Bila orang ini mengalami infeksi oleh basil TB, walaupun segera difagositosis oleh makrofag, basil TB akan mati, bahkan makrofagnya dapat mati. Dengan demikian, basil TB ini dapat berkembang biak secara leluasa dalam 2 minggu pertama di alveolus paru, dengan kecepatan 1 basil menjadi 2 basil setiap 20 jam, sehingga pada infeksi oleh 1 basil saja, setelah 2 minggu akan bertambah menjadi 100.000 basil.

Menurut Depkes RI (2005), infeksi primer terjadi pada saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman TBC. *Droplet* yang terhirup sangat kecil ukurannya, sehingga dapat melewati sistem pertahanan mukosilier bronkus, dan terus berjalan sehingga sampai di alveolus dan menetap di sana. Infeksi dimulai saat kuman TBC berhasil berkembang biak dengan cara pembelahan diri di paru, yang mengakibatkan peradangan di dalam paru. Saluran limfe akan membawa kuman TBC ke kelenjer limfe di sekitar hilus paru, ini desebut sebagai kompleks primer. Waktu antara terjadinya infeksi sampai pembentukan kompleks primer adalah sekitar 4-6 minggu.Kelanjutan setelah infeksi primer tergantung dari banyaknya kuman yang masuk dan besarnya respon daya tahan tubuh (imunitas seluler). Pada umumnya reaksi daya tahan tubuh tersebut dapat menghentikan perkembangan kuman TBC. Meskipun demikian, ada beberapa kuman akan menetap sebagai kuman persister atau *dormant* (tidur). Kadang-kadang daya tahan tubuh tidak mampu menghentikan perkembangan kuman, akubatnya dalam beberapa bulan, yang bersangkutan akan menjadi penderita TBC (Depkes RI, 2005 : 10)

1. Tuberkulosis Pasca Primer (*Post Primary* TBC)

Tuberkulosis pasca primer biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun sesudah infeksi primer, misalnya karena daya tahan tubuh menurun akibat terinfeksi HIV atau status gizi yang buruk. Ciri khas dari tuberkulosis pasca primer adalah kerusakan paru yang luas dengan terjadinya kavitas atau efusi pleura (Dekpes RI, 2005).

1. Komplikasi Pada Penderita Tuberkulosis

Menurut Depkes RI (2005 : 11) bahwa, komplikasi yang sering terjadi pada penderita stadium lanjut yaitu:

1. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.
2. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronkial.
3. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
4. Pneumotorak (adanya udara di dalam rongga pleura) spontan, kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
5. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal, dan sebagainya.
6. Insufisiensi Kardio Pulmuner (*Cardio Pulmonary Insuffiiciency* )

Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu rawat inap di rumah sakit. Penderita TB paru dengan kerusakan jaringan luas yang telah sembuh (BTA Negatif) masih bisa mengalami batuk darah. Keadaan ini seringkali dikelirukan dengan kasus kambuh. Pada kasus seperti ini, pengobatan dengan OAT tidak diperlukan, tetapi cukup diberikan pengobatan simtomatis. Bila perdarahan berat, penderita harus dirujuk ke unit spesialistik.

1. Resiko Penularan

Depkes RI (2005 : 10) mengatakan bahwa resiko penularan setiap tahun (*Annual Risk of Tuberculosis Infection* = ARTI) di Indonesia dianggap cukup tinggi dan bervariasi antara 1-3 %. Pada daerah dengan ARTI sebesar 1% berarti setiap tahun diantara 1000 penduduk, 10 orang akan terinfeksi. Sebagian besar dari orang yang terinfeksi tidak akan menjadi penderita TBC, hanya sekitar 10% dari yang terinfeksi yang akan menjadi penderita TBC.

Dari keterangan tersebut di atas, dapat diperkirakan bahwa pada daerah dengan ARTI 1%, maka diantara 100.000 penduduk rata-rata terjadi 100 penderita tuberculosis setiap tahun, di mana 50 penderita adalah BTA positif. Faktor yang mempengaruhi kemungkinan seseorang menjadi penderita TBC adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya karena gizi buruk atau HIV/AIDS.

1. Penemuan Penderita Tuberkulosis (TBC)

Menurut Depkes RI (2005 : 13), penemuan penderita tuberkulosis terbagi atas: Penemuan penderita tuberkulosis pada orang dewasa. Penemuan penderita TBC dilakukan secara pasif, artinya penjaringan tersangka penderita dilaksanakan pada mereka yang datang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan. Penemuan secara pasif tersebut dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan maupun masyarakat, untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka penderita (*passive promotive case finding*).

Selain itu, semua kontak penderita TB paru BTA positif dengan gejala sama harus diperiksa dahaknya. Seorang petugas kesehatan diharapkan menemukan tersangka penderita sedini mungkin, mengingat tuberkulosis adalah penyakit menular yang dapat mengakibatkan kematian.

1. Diagnosis TBC

Berdasarkan Depkes RI (2005 : 14), diagnosis TBC terdiri dari:

1. Semua aspek TB diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu sewaktu - pagi – sewaktu (SPS).
2. Diagnosis TB paru pada pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman TB (BTA). Pada program nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosa utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya.
3. Tidak dibenarkan mendiagnosis TB hanya berdasarkan pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada TB paru, sehingga sering terjadi *overdiagnosis*.
4. Gambaran kelainan radiologik paru tidak selalu menunjukkan aktivitas penyakit.

Alur Diagnosis TB Paru

Suspek TB Paru

Pemeriksaan dahak mikroskopis Sewaktu – Pagi – Sewaktu ( SPS )

Antibiotik Non - OAT

Foto toraks dalam pertimbangan dokter

Pemeriksaan dahak mikroskopis

Foto toraks dan pertimbangan dokter

**BUKAN TB**

**TB**

Gambar 2.1

Alur Diagnosis TB Paru (Depkes RI, 2005)

**2.1.3. Perawatan TB paru**

a. Pencegahan penularan

Klien dan keluarga harus mengerti bahwa penyakit paru merupakan penyakit menular yang ditularkan melalui udara, berikan penjelasan tentang cara pencegahan penularan yang bisa dilakukan oleh klien dan keluarga, yaitu

1. Menutup mulut bila batuk dan bersin
2. Membuang sputum pada wadah tertutup yang telah disediakan, misalnya kaleng tertutup yang berisi lisol, savlon atau air sabun.
3. Tidak membuang tisu pada sembarang tempat
4. Memisahkan alat makanan dan minuman penderita TB paru
5. Memeriksa anggota keluarga lainnya apakah juga terkena penularan TB paru.
6. Menjaga kebersihan dan kerapihan rumah, usahakan sinar matahari masuk kedalam setiap ruangan di dalam rumah, ventilasi yang adekuat untuk sirkulasi udara.

b. Perawatan penderita TB paru di rumah

1. Mengawasi anggota keluarga yang sakit untuk meminum obat secara teratur sesuai dengan ajuran dokter. Klien harus memahami bahwa penyakit TB paru adalah penyakit menular dan cara yang efektif untuk pencegahan penularan dan pengobatan adalah dengan meminum semua obat yang diberikan secara teratur, untuk itu diperlukan pengawas minum obat dan sebaiknya dari keluarga.
2. Mengetahui gejala samping obat

selain harus tahu jadwal dan dosis yang harus diminum Klien dan keluarga juga harus tahu efek samping obat yang diminum dan tindakan apa yang harus dilakukan unuk mengatasi efek samping obat tersebut.

1. Memberikan makanan yang bergizi / diet TKTP

Anorexia, penurunan berat badan dan malnutrisi secara umum terjadi pada penyakit TB paru. Untuk mengatasinya diantaranya dengan memberikan makan dengan porsi kecil tapi sering, memberikan makanan tinggi kalori tinggi protein yang harganya sesuai kemampuan, minum air hangat untuk mengurangi mual dan mengurangi konsumsi makanan yang dapat merangsang mual.

1. Memberikan waktu istirahat yang cukup pada anggota keluarga yang sakit.
2. Tidak merokok

Merokok dapat mengganggu kerja siliaris, meningkatkan sekresi bronchial dan menyebabkan inflamasi dan hiperplasia membran mukosa serta mengurangi pembentukan surfaktan, sehingga drainse bronchial mengalami kerusakan. Jika merokok dihentikan, volume sputum menurun dan daya tahan terhadap infeksi bronchial meningkat.

1. Tingkatkan oral Hygiene yang adekuat

Nafsu makan mungkin menurun akibat bau sputum dan rasanya yang tertinggal dalam mulut. Bersihkan mulut untuk merangsang nafsu makan.

1. Jika sputum terlalu kental untuk dapat dikeluarkan, ada baiknya mengurangi viskositasnya dengan hidrasi yang adekuat ( banyak minum ).
2. Berikan penjelasan tentang metode untuk membantu batuk secara produktif.

(Smeltzer, Susan C & Bare, Brenda G. 2002:530-531)

* + 1. **Dukungan Keluarga**

**2.1.4.1. Pengertian Dukungan Keluarga**

Menurut Friedman (2003), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

* + - 1. **Jenis Dukungan Keluarga**

Caplan (1996) dalam Friedman (2003) menjelaskan bahwa keluarga memiliki beberapa fungsi dukungan yaitu:

1. Dukungan Informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

1. Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator indentitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan dan perhatian.

1. Dukungan Instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan.

1. Dukungan Emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

**2.1.4.3.** **Sumber Dukungan Keluarga**

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses/diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial kelurga internal, seperti dukungan dari suami/istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 2008).

**2.1.4.4. Manfaat Dukungan Keluarga**

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998).

Friedman (1998) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan sosial menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit dan dikalangan kaum tua, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Ryan dan Austin dalam Friedman, 2008).

**2.1.4.5.Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga**

Menurut Feiring dan Lewis (2000) dalam Friedman (2003), ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Keluarga yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada keluarga yang besar. Selain itu, dukungan yang diberikan orangtua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia.

**a.Usia**

Menurut Friedman (2003), ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua .

**b.Sosial ekonomi**

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orangtua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

**c. Tingkat Ekonomi**

Menurut Mugeni Sugiharto (2009), keadaan ekonomi memungkinkan masyarakat miskin sulit mendapatkan pelayanan kesehatan sebagaimana mestinya. Rapat kerja kesehatan nasional (Rakerkesnas) Maret 2009 sepakat mengatasi pembangunan kesehatan secara menyeluruh. Masalah kemiskinan, status pendidikan masyarakat yang rendah, kemampuan antar daerah yang berbeda-beda serta beban ganda penyakit menular dan tidak menular adalah beberapa diantara tantangan yang segera dituntaskan.

Genis (2008) menambahkan bahwa keluarga yang menderita TB paru, apalagi jika diderita oleh kepala keluarga sebagai pencari nafkah akan melemahkan pendapatan keluarga sekaligus kualitas hidup semua anggota keluarga. Kemiskinan berkaitan erat dengan gizi buruk (malnutrisi) yang secara langsung menurunkan sistem kekebalan tubuh (imunitas) dan meningkatkan kerentanan individu terhadap infeksi TBC. Menurut Juli Soemirat (2004), masyarakat miskin atau yang berstatus sosial rendah, keadaan gizinya rendah, pengetahuan tentang kesehatannya pun rendah, sehingga keadaan kesehatan lingkungannya buruk dan status kesehatannya buruk.

Menurut data Badan Pusat Statistik (BPS), indikator tingkat ekonomi keluarga adalah sebagai berikut:

1. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang.
2. Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah / bambu / kayu murahan.
3. Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu / rumbia / kayu berkualitas rendah / tembok tanpa diplester.
4. Tidak memiliki fasilitas buang air besar / bersama-sama dengan rumah tangga lain.
5. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
6. Sumber air minum berasal dari sumur / mata air tidak terlindung / sungai / air hujan.
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar / arang / minyak tanah.
8. Hanya mengkonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu.
9. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun.
10. Hanya sanggup makan sebanyak satu/dua kali dalam sehari.
11. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas / poliklinik.
12. Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: petani dengan luas lahan 0,5 ha, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000 per bulan.
13. Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga: tidak sekolah/tidak tamat SD/hanya SD.
14. Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai Rp. 500.000, seperti: sepeda motor (kredit/non kredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya.

Keterangan:

* Tidak miskin apabila < 9 dari 14 indikator kemiskinan
* Miskin apabila ≥ 9 dari 14 indikator kemiskinan
  1. **Kerangka Teori**

Lansia Karakteristik Keluarga

dengan dalam perawatan TB paru Perawatan TB paru

TB paru Pendidikan keluarga lansia sehari hari

Pekerjaan keluarga di rumah

Tingkat ekonomi

Dukungan Keluarga

**Perawatan TB paru**

**Keadaan lansia** Baik  Kurang

Gambar 2.2. Bagan Kerangka Teori Hubungan karakteristik dan dukungan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada Agregat Lansia usia (60-65 Tahun) di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013

( Wahyudi Nogroho modifikasi J Gibney 2006)

**BAB III**

**KERANGKA KONSEP**

1. **Kerangka Konsep**

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang menular melalui *droplet infection* yaitu percikan ludah, bersin dan batuk. Menurut Brunner & Suddart (2002 : 584), tuberkulosis sangat erat kaitannya dengan kemiskinan, malnutrisi, tempat kumuh, perumahan di bawah standar dan perawatan kesehatan yang tidak adekuat.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan karakteristik dan dukungan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.

Adapun yang menjadi variabel independen adalah karakteristik dan dukungan keluarga yang berhubungan dengan perawatan TB paru, di dalam penelitian ini, peneliti hanya meneliti dua variabel independen yaitu karakteristik dan dukungan keluarga yang mempengaruhi perawatan TB Paru di rumah. Sedangkan yang menjadi variabel dependen adalah perawatan TB paru. Untuk lebih jelasnya, kerangka konsep penelitian dapat dilihat dari gambar berikut ini:

**Variabel Independent Variabel Dependent**

Karakteristik keluarga

* Pendidikan
* Pekerjaan
* Ekonomi

Perawatan TB Paru

Dukungan Keluarga

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

1. **Defenisi Operasional**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variabel** | **Defenisi Operasional** | **Cara Ukur** | **Alat Ukur** | **Skala Ukur** | **Hasil Ukur** |
| **Independen**  Karateristik  Pendidikan  Pekerjaan  Ekonomi | Kegiatan pendidikan formal yang dilaksanakan keluarga mulai dari SD sampai dengan PT  Kegiatan rutin atau sebagai profesi yang dilakukan keluarga untuk mendapatkan penghasilan  Jumlah penghasilan (income) perbulan yang dibutuhkan untuk menghidupi keluarga yang dipergunakan oleh keluarga  Dengan kassus TB paru | Angket  Angket  Angket | Kuesioner  Kuesioner  Kuesioner | Ordinal  Nominal  Ordinal | Rendah=0 (SD, SMP)  Tinggi=1  (SMA, PT)  Bekerja =0  Tidak bekerja=1   * Kurang < 1.050.000(UMR) * Baik ≥ 1.050.000(UMR)   (BPS.2010)  Tanah Datar |
| Dukungan Keluarga | Dorongan atau suppor yang diberikan kepada anggota keluarga agar dapat melakukan perawatan anggota keluarga dengan kasus Tb paru berupa dukungan informasional, penilaian, instrumental dan emosional | Angket | Kuesioner | Ordinal | * Kurang < mean (15,53) * Baik > mean (15,53) |
| **Dependen**  Perawatan TB Paru | Adanya kegiatan yang dilakukan oleh keluarga agar dapat memelihara dan memberikan obat serta mengawasi anggota keluarga dengan kasus TB Paru di rumah | Angket | Kuesioner | Ordinal | * Kurang < mean (11,17) * Baik > mean (11,17) |

1. **Hipotesis**
   * 1. Ada hubungan karakteristik tingkat pendidikan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada Agregat Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.
     2. Ada hubungan karakteristik pekerjaan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada Agregat Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.
     3. Ada hubungan karakteristik tingkat ekonomi keluarga dengan perawatan TB paru pada Agregat Lansia di rumah di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.
     4. Ada hubungan dukungan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada Agregat Lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013.

**BAB IV**

**METODE PENELITIAN**

1. **Desain Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *deskriptif analitik* dengan pendekatan *Cross Sectional* yaitu suatu penelitian dimana variabel-variabel karakteristik dan dukungan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013 dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2002 : 145).

1. **Tempat dan Waktu Penelitian**

**4.2.1. Tempat dan Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab karena pada daerah tersebut terdapat beberapa karakteristik dan dukungan keluarga yang dapat melakukan perawatan TB paru pada lansia. Selain itu, lahan penelitian dekat dengan lokasi tempat tinggal peneliti, sehingga memudahkan peneliti untuk memperoleh data dan informasi dalam melakukan penelitian.

**4.2.2. Waktu Penelitian.**

Penelitian ini terdiri dari 3 tahap yaitu tahap persiapan, pelaksanaan dan penyusunan laporan. Tahap persiapan dilakukan mulai pada bulan maret-mei 2013. Pada tahap persiapan ini peneliti melakukan penyusunan proposal dengan melakukan studi awal dan studi kepustakaan. Tahap pelaksanaan penulisan dilakukan pada bulan juli-agustus 2013. Pada tahap ini peneliti mengumpulkan data penelitian melalui penyebaran kuesioner. Selanjutnya setelah proses pengumpulan data penelitian selesai maka dilanjutkan tahap penyusunan laporan yang dilakukan pada bulan agustus tahun 2013.

1. **Populasi, Sampel, dan Sampling**
   * 1. Populasi

Menurut Notoatmodjo (2002 : 79), populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Aziz Alimul (2008 : 32) menambahkan populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah penderita TB paru yang berada di rumah pada agregat lansia di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab, dengan jumlah populasi sebanyak 70 orang.

* + 1. Sampel

Notoatmodjo (2002 : 79) mengatakan bahwa sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel dalam penelitian ini semua populasi yang memenuhi kriteria dijadikan sampel.

Kriteria sampel dalam penelitian ini adalah:

a)Bersedia menjadi responden dalam penelitian

b)Mampu berkomunikasi dengan baik

c)Mampu baca tulis (tidak buta huruf)

d) Tidak tinggal sendiri di rumah

e) Saat ini sedang mengalami pengobatan TB Paru

* + 1. Teknik Sampling

Menurut Aziz Alimul (2008 : 32), teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam peneiltian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada. Penelitian ini menggunakan *Total Sampling* atau sampling jenuh dengan demikian sampel dalam penelitian ini berjumlah 70 orang.

1. **Pengumpulan Data**

Aziz Alimul ( 2008 : 36 ) mengatakan bahwa metode pengumpulan data merupakan kegiatan penelitian untuk mengumpulkan data.

1. Alat Pengumpulan Data

Di dalam penelitian ini, peneliti menggunakan alat pengumpulan data berupa:

* 1. Instrumen penelitian berupa kuesioner yang merupakan alat ukur dengan beberapa pertanyaan (Aziz Alimul, 2008 :36). Instrument penelitian yang digunakan peneliti meliputi:

1. Data demografi reponden meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, dan agama
2. Kuesioner mengenai karakteristik keluarga meliputi: Pendidikan keluarga berisi 1 pertanyaan jika pendidikan rendah SD dan SMP dengan kriteria pemberian nilai 0 (nol) untuk pendidikan SMA dan PT nilai 1 ( satu). Pekerjaan keluarga jika bekerja nilai 0 (nol) dan tidak bekerja nilai 1 (satu). Tingkat ekonomi jika < dari Rp 1050.000 dikatakan kurang dan jika > Rp 1050.000 dikatakan baik.
3. Pengukuran dukungan pada keluarga responden terdiri dari 16 pertanyaan dengan menggunakan skala likert yang terdiri dari 4 (empat) pilihan jawaban yaitu: Selalu(3), Sering(2), Kadang-kadang (1) dan Tidak pernah (0).
4. Perawatan TB Paru berisi 10 pertanyaan dengan menggunakan skala likert yang terdiri dari 4 (empat) pilihan jawaban dengan pernyataan positif yaitu: Selalu(3), Sering(2), Kadang-kadang (1) dan Tidak pernah (0) dan pernyataan negatif Selalu(0), Sering(1), Kadang-kadang (2) dan Tidak pernah (3)
5. Cara Pengumpulan Data

Sebelum penelitian berlangsung dan instrument penelitian diberikan kepada responden yang sebenarnya, maka dilakukan uji coba pada 7 orang responden yang tidak peneliti ikutkan dalam penelitian yaitu pada penderita TB paru lansia di wilayah kerja puskesmas pembantu Salimpaung. Uji coba yang peneliti lakukan yaitu uji coba bahasa dan hasil uji coba tersebut semua pertanyaan dapat terisi oleh responden dan responden paham dengan kuesioner yang diberikan.

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah angket dengan kuesioner dengan melakukan survei langsung ke rumah-rumah responden. Tujuan dilakukan langsung kerumah-rumah agar data yang didapat dari responden lebih akurat dan valid sehingga hasil yang didapatkan lebih respresentatif dan dapat dipercaya. Dalam pengisian kuesioner, peneliti berada di dekat responden dan selanjutnya meneliti kelengkapannya..

1. **Cara Pengolahan Data dan Analisis Data**
2. Cara Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan untuk menyederhanakan data ke dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterprestasikan serta untuk menguji secara statistik kebenaran dari hipotesis yang telah ditetapkan. Menurut Arikunto (2002), untuk melakukan analisis data memerlukan proses yang terdiri dari:

1. Pengkodean Data (*Data Coding*)

Pemberian kode atau tanda pada jawaban daftar pertanyaan, sesuai jawaban yang diberikan oleh responden ke dalam bentuk yang mudah dibaca. Kode tersebut disusun kembali dalam lembaran-lembaran kedalam kode tersendiri untuk pedoman dalam analisis data dan penulisan laporan. Kalau pendidikan, ekonomi, dukungan keluarga dan perawatan TB paru rendah diberi kode 0 dan pendidikan, ekonomi, dukungan keluarga dan perawatan TB paru tinggi kode 1.

1. Pemindahan Data (*Data Entering*)

Memindahkan data yang telah diubah menjadi kode ke dalam mesin pengolah data, dengan membuat lembar kode.

1. Pembersihan Data (*Data Cleaning*)

Data cleaning memastikan bahwa data yang telah masuk sesuai dengan yang sebenarnya. Prosesnya dilakukan dengan cara melakukan perbaikan kesalahan pada kode yang tidak jelas atau tidak mungkin ada akibat salah memasukkan kode.

1. Penyajian Data (*Data Output*)

Data output merupakan data hasil pengolahan yang disajikan baik dalam bentuk *numeric* atau grafik

1. Analisa Data (*Data Analizing*)

Merupakan proses pengolahan data untuk melihat bagaimana menginterprestasiakan data. Kemudian menganalisis data dari hasil yang sudah pada tahap hasil pengolahan data

1. Analisis Data

Proses pengolahan data untuk melihat bagaimana menginterprestasikan data, kemudian menganalisis data dari hasil yang sudah pada tahap hasil pengolahan data. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variable-variabel dari hasil penelitian untuk variabel karakteristik dan dukungan keluarga.

Setelah didapatkan hasil dari masing-masing variabel, kemudian data dikelompokkan dan ditentukan distribusi frekuensi tiap variabel dengan menggunakan rumus :

P = 

Keterangan :

P = Persentase

F = Frekuensi

N = Jumlah responden

1. Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Dalam analisis ini dapat dilakukan pengujian statistic, yaitu dengan Chi Square. Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistic digunakan batas kemaknaan 0,05 sehingga jika nilai p ≤ 0,05 maka secara statistik disebut bermakna, jika nilai p > 0,05 maka hasil hitungan disebut tidak bermakna. Pengolahan data ini dilakukan dengan sistem komputerisasi.

X2=∑ (O-E)2 untuk melihat bermakna atau tidak

E

Keteranagn:

X2: Chi-square

O : Nilai yang diobservasi atau nilai yang diperoleh dari penelitian

E : Nilai yang diharapkan

∑ : Jumlah kolom + baris

(Arikunto, 2002)

1. **Etika Penelitian**
   * 1. Prosedur pengambilan data

Sebelum melakukan penelitian, peneliti mengurus proses penelitian mulai dari perizinan Stikes Perintis Bukittinggi. Setelah mendapatkan surat pengantar dari Program Studi S1 Keperawatan Stikes Perintis Bukittinggi, kemudian peneliti membawa surat tersebut ke Puskesmas Sungai Tarab.

Setelah mendapat izin dari Pimpinan Puskesmas Sungai Tarab untuk melakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Sungai Tarab, peneliti melanjutkan dengan mengambil data dan sampel penelitian. Peneliti melakukan penelitian dengan ditemani oleh seorang petugas Puskesmas Sungai Tarab. Kemudian peneliti meminta kesediaan calon responden untuk menjadi sampel penelitian ini, sambil peneliti menjelaskan bahwa data yang diberikan dijaga kerahasiaanya dan semata - mata hanya dipergunakan untuk penelitian ini. Mereka berhak menerima atau menolak untuk dijadikan sebagai sampel dalam penelitian ini. Bagi mereka yang bersedia menjadi sampel, diminta untuk menandatangani *informed consent* sebagai bukti kesediaan menjadi sampel. Dari 70 responden semuanya bersedia menjadi sampel.

* + 1. Informed concent

Sebelum melakukan penelitian, calon responden diminta menandatangani *informed concent* yaitu surat pernyataan persetujuan atau kesediaan menjadi responden penelitian. Setiap calon responden berhak untuk menerima atau menolak untuk menjadi sampel penelitian.

**BAB V**

**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Gambaran Situasi Daerah Penelitian**
     1. **Geografi**

Kecamatan Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar dengan luas wilayah terdiri dari 7.185 Ha meliputi wilayah Kecamatan Sungai Tarab dengan batas wilayah :

* Sebelah Utara : Kec. Sungayang dan Salimpaung
* Sebelah Selatan : Kec. Lima kaum dan Pariangan
* Sebelah Barat : Salimpaung dan Gunung Merapi
* Sebelah Timur : Lima kaum dan Sungayang

Puskesmas Sungai Tarab mempunyai wilayah kerja terdiri dari 10 Nagari dan 32 Jorong, sebanyak 54 buah Posyandu, 4 buah Pustu dan 12 buah Polindes.

* + 1. **Demografis**

Jumlah penduduk yang berada di wilayah Puskesmas Sungai Tarab sebanyak 34.279 jiwa yang tergabung dalam 8.099 Kepala Keluarga.

* + 1. **Sumber Daya manusia / Ketenagaan**

Jumlah tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas ini dapat dirinci sebagai berikut Dokter Umum 3 orang, Dokter Gigi 3 orang, Perawat Gigi 2 orang, Perawat 16 orang, Bidan Puskesmas 14 orang, Bidan Desa 32 orang, Sanitarian 5 orang, Pekarya Kesehatan 3 orang, Tata Usaha 12 orang.

* 1. **Hasil Penelitian**
     1. **Analisa Univariat**

Analisa univariat dilakukan untuk melihat gambaran variabel dependent dan independent yang disajikan dalam tabel sebagai berikut :

* + - 1. Tingkat Pendidikan Keluarga

**Tabel 5.1**

**Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Keluarga Responden**

**di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab**

**Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tingkat Pendidikan** | **f** | **%** |
| 1 | Rendah | 56 | 80,0 |
| 2 | Tinggi | 14 | 20,0 |
| **Jumlah** | | 70 | 100,0 |

Dari table 5.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar keluarga mempunyai pendidikan yang rendah yaitu sebanyak 56 orang (80,0%).

* + - 1. Pekerjaan Keluarga

**Tabel 5.2**

**Distribusi Frekuensi Pekerjaan Keluarga Responden**

**di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab**

**Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pekerjaan** | **f** | **%** |
| 1 | Bekerja | 51 | 72,9 |
| 2 | Tidak Bekerja | 19 | 27,1 |
| **Jumlah** | | 70 | 100,0 |

Dari tabel 5.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar keluarga bekerja yaitu sebanyak 51 orang (72,9%).

* + - 1. Ekonomi Keluarga

**Tabel 5.3**

**Distribusi Frekuensi Ekonomi Keluarga Responden**

**di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab**

**Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Ekonomi** | **f** | **%** |
| 1 | Kurang | 45 | 64,3 |
| 2 | Baik | 25 | 35,7 |
| **Jumlah** | | 70 | 100,0 |

Dari tabel 5.3 dapat diketahui bahwa lebih dari separuh ekonomi keluarga kurang yaitu sebanyak 45 orang (64,3%).

* + - 1. Dukungan Keluarga

**Tabel 5.4**

**Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Responden**

**di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab**

**Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Dukungan Keluarga** | **f** | **%** |
| 1 | Kurang | 37 | 52,9 |
| 2 | Baik | 33 | 47,1 |
| **Jumlah** | | 70 | 100,0 |

Dari tabel 5.4 dapat diketahui bahwa lebih dari separuh dukungan keluarga kurang yaitu sebanyak 37 orang (52,9%).

* + - 1. Perawatan TB Paru

**Tabel 5.5**

**Distribusi Frekuensi Perawatan TB Paru pada Agregat Lansia**

**di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab**

**Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Perawatan TB** | **f** | **%** |
| 1 | Kurang | 38 | 54,3 |
| 2 | Baik | 32 | 45,7 |
| **Jumlah** | | 70 | 100,0 |

Dari tabel 5.5 dapat diketahui bahwa lebih dari separuh perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia kurang yaitu sebanyak 38 orang (54,3%).

* + 1. **Hasil Analisa Bivariat**
       1. Hubungan Tingkat Pendidikan Keluarga Dengan Perawatan TB Paru

**Tabel 5.6**

**Hubungan Tingkat Pendidikan Keluarga dengan Perawatan TB Paru**

**di Rumah pada Agregat Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas**

**Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pendidikan** | **Perawatan TB Paru** | | | | **Total** | | **P value** | **OR** |
| **Kurang** | | **Baik** | |
| **F** | **%** | **f** | **%** | **f** | **%** |
| 1 | Rendah | 37 | 66,1 | 19 | 33,9 | 56 | 100,0 | 0,001 | 25,3 |
| 2 | Tinggi | 1 | 7,1 | 13 | 92,9 | 14 | 100,0 |
| Total | | 38 | 54,3 | 32 | 45,7 | 70 | 100,0 |

Pada tabel 5.6 terlihat bahwa dari 56 keluarga yang tingkat pendidikannya rendah terdapat 33,9% perawatan TB paru pada agregat lansia baik sedangkan dari 14 keluarga yang tingkat pendidikannya tinggi terdapat 92,9% perawatan TB paru pada agregat lansia baik.

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p = 0,001 ( p < 0,05 ) sehingga dapat dijelaskan terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara tingkat pendidikan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013 . Hasil OR diperoleh nilai 25,3 artinya keluarga yang pendidikannya tinggi berpeluang 25,3 kali baik dalam melakukan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia dibandingkan keluarga yang pendidikannya rendah.

* + - 1. Pekerjaan Keluarga

**Tabel 5.7**

**Hubungan Pekerjaan Keluarga dengan Perawatan TB Paru di Rumah**

**pada Agregat Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab**

**Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Pekerjaan** | **Perawatan TB Paru** | | | | **Total** | | **P value** | **OR** |
| **Kurang** | | **Baik** | |
| **F** | **%** | **f** | **%** | **f** | **%** |
| 1 | Bekerja | 22 | 43,1 | 29 | 56,9 | 51 | 100,0 | 0,005 | 0,142 |
| 2 | Tidak Bekerja | 16 | 84,2 | 3 | 15,8 | 19 | 100,0 |
| Total | | 38 | 54,3 | 32 | 45,7 | 70 | 100,0 |

Pada tabel 5.7 terlihat bahwa dari 51 keluarga yang bekerja terdapat 56,9% perawatan TB paru pada agregat lansia baik sedangkan dari 19 keluarga yang tidak bekerja 15,8% perawatan TB paru pada agregat lansia baik.

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p = 0,005 ( p < 0,05 ), sehingga dapat dijelaskan terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara pekerjaan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013. Hasil OR diperoleh nilai 0,142 artinya keluarga yang tidak bekerja berpeluang 0,142 kali baik dalam melakukan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia dibandingkan dengan keluarga yang bekerja.

* + - 1. Ekonomi Keluarga

**Tabel 5.8**

**Hubungan Ekonomi Keluarga dengan Perawatan TB Paru di Rumah**

**pada Agregat Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab**

**Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Ekonomi** | **Perawatan TB Paru** | | | | **Total** | | **P value** | **OR** |
| **Kurang** | | **Baik** | |
| **f** | **%** | **f** | **%** | **f** | **%** |
| 1 | Kurang | 36 | 80,0 | 9 | 20,0 | 45 | 100,0 | 0,001 | 46,0 |
| 2 | Baik | 2 | 8,0 | 23 | 92,0 | 25 | 100,0 |
| Total | | 38 | 54,3 | 32 | 45,7 | 70 | 100,0 |

Pada tabel 5.8 terlihat bahwa dari 45 keluarga yang ekonominya kurang terdapat 20,0% perawatan TB paru pada agregat lansia baik sedangkan dari 25 keluarga yang ekonominya baik terdapat 92,0% perawatan TB paru pada agregat lansia baik.

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p = 0,001 ( p < 0,05 ), sehingga dapat dijelaskan terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara ekonomi keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013. Hasil OR diperoleh nilai 46,0 artinya tingkat ekonomi keluarga yang baik berpeluang 46 kali baik dalam melakukan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia dibandingkan dengan tingkat ekonomi keluarga yang kurang

* + - 1. Dukungan Keluarga

**Tabel 5.9**

**Hubungan Dukungan Keluarga dengan Perawatan TB Paru di Rumah**

**pada Agregat Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab**

**Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Dukungan Keluarga** | **Perawatan TB Paru** | | | | **Total** | | **P value** | **OR** |
| **Kurang** | | **Baik** | |
| **F** | **%** | **f** | **%** | **f** | **%** |
| 1 | Kurang | 32 | 86,5 | 5 | 13,5 | 37 | 100,0 | 0,001 | 28,8 |
| 2 | Baik | 6 | 18,2 | 27 | 81,8 | 33 | 100,0 |
| Total | | 38 | 54,3 | 32 | 45,7 | 70 | 100,0 |

Pada tabel 5.9 terlihat bahwa dari 37 keluarga yang dukungan keluarganya kurang terdapat 13,5% perawatan TB paru pada agregat lansia baik sedangkan dari 33 keluarga yang dukungan keluarganya baik terdapat 81,8% perawatan TB paru pada agregat lansia baik.

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p = 0,001 ( p < 0,05 ), sehingga dapat dijelaskan terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara dukungan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar Tahun 2013. Hasil OR diperoleh nilai 28,8 berarti dukungan keluarga yang baik berpeluang 28,8 kali baik dalam melakukan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia dibandingkan dengan dukungan keluarga yang kurang.

* 1. **Pembahasan**
     1. **Tingkat Pendidikan Keluarga**

Dari penelitian yang dilakukan terhadap 70 responden didapatkan bahwa 80 % keluarga mempunyai tingkat pendidikan rendah, sehingga dapat dikatakan keluarga TB Paru pada agregat Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013, dimana sebagian besar keluarga mempunyai tingkat pendidikan rendah.

Hal ini sesuai dengan penelitian Ernita Basri di Wilayah Kerja Puskesmas Alahan Panjang Kecamatan Lembah gumanti Kabupaten Solok tahun 2012 yaitu 82,1% keluarga mempunyai pendidikan rendah.

Pada Negara berkembang tingkat pendidikan keluarga sering ditemukan berpengaruh terhadap perawatan lansia. Pendidikan adalah suatu proses kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu bisa berdiri sendiri. (Bina Diknakes, edisi 20 : 14)

Pendidikan keluarga merupakan salah satu input dalam proses terbentuknya satuan keluaran perilaku baru yang berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan sesuai yang diharapkan. Sejalan dengan hal tersebut Green & Notoatmojo dalam Patriyani (2009) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi pada seseorang dalam pembentukan perilaku kesehatan untuk melakukan tindakan terkait dengan kesehatan diri serta memberi dukungan keluarga pada lansia yang mengalami TB.

Dari hasil penelitian penulis pada keluarga responden banyak faktor yang menyebabkan pendidikan keluarga rendah seperti tingkat ekonomi yang rendah, jarak sarana dan prasarana yang jauh, dan lain sebgainya, pendidikan akan mampu meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang diperlihatkan dengan meningkatnya pengetahuan dan keterampilan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka pengetahuan dan keahlian juga akan meningkat sehingga akan mendorong peningkatan perawatan pada lansia. tingkat pendidikan dari keluarga akan mempengaruhi terhadap pengetahuan seseorang diantaranya mengenai pengetahuan penyakit TBC sehingga dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan mencoba untuk mempunyai prilaku hidup bersih dan sehat

* + 1. **Pekerjaan Keluarga**

Dari penelitian yang dilakukan terhadap 70 responden didapatkan bahwa 72,9 % keluarga mempunyai pekerjaan, sehingga dapat dikatakan bahwa keluarga TB Paru pada agregat Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013, dimana sebagian besar keluarga mempunyai pekerjaan.

Angka ini lebih tinggi dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan Gustania Rahmi di Puskesmas Padang Pasir tahun 2002 yang mendapatkan 65% keluarga mempunyai pekerjaan.

Pekerjaan dalam arti luas adalah aktivitas utama yang dilakukan oleh [manusia](http://id.wikipedia.org/wiki/Manusia). Dalam arti sempit, istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan [uang](http://id.wikipedia.org/wiki/Uang) bagi seseorang. Dalam pembicaraan sehari-hari istilah ini sering dianggap sinonim dengan [profesi](http://id.wikipedia.org/wiki/Profesi) (Siregar, 2004).

Dari hasil penelitian penulis menyimpulkan bahwa keluarga lebih banyak yang bekerja, keluarga lansia banyak bekerja di bidang pertanian, hal ini disebabkan tingkat pendidikan yang ditamatkan keluarga sejalan dengan tingkat pekerjaan dan penghasilan yang diperoleh. Dengan kondisi seperti itu keluarga tidak dapat menabung atau menyisihkan untuk masa depan keluarga.

* + 1. **Ekonomi Keluarga**

Hasil penelitian ini menunjukkan keluarga yang merawat lansia status ekonominya kurang yaitu 64,3% dimana lebih dari separuh keluarga kurang ekonominya pada keluarga TB Paru pada agregat lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013.

Hasil penelitian ini sebanding dengan penelitian yang dilakukan Gustania Rahmi di Puskesmas Padang Pasir tahun 2002 yang mendapatkan 68% keluarga mempunyai kurang ekonominya.

Menurut Putra, Hidayat, dan Aisyah (2012) menyatakan bahwa keluarga dengan keadaan ekonomi yang baik akan menunjang status kesehatan lansia dengan baik. Hal tersebut menggambarkan bahwa keadaan sosial ekonomi keluarga mungkin akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat lansia. Menurut Boedhi, dkk (dalam Patriyani, 2009) menyatakan bahwa sosial ekonomi keluarga yang memadai diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis, meningkatkan semangat, dan memotivasi lansia yang mengalami TB paru untuk selalu bersikap dan berprilaku sehat.

Menurut Mugeni Sugiharto (2009), keadaan ekonomi memungkinkan masyarakat miskin sulit mendapatkan pelayanan kesehatan sebagaimana mestinya. Rapat kerja kesehatan nasional (Rakerkesnas) Maret 2009 sepakat mengatasi pembangunan kesehatan secara menyeluruh. Masalah kemiskinan, status pendidikan masyarakat yang rendah, kemampuan antar daerah yang berbeda-beda serta beban ganda penyakit menular dan tidak menular adalah beberapa diantara tantangan yang segera dituntaskan.

Menurut hasil penelitian sebagian penghasilan keluarga rendah disebabkan keluarga sebagian besar bekerja di bidang pertanian. Sehingga tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan perawatan TB paru walaupun obat TB paru sekarang gratis tapi untuk memenuhi makanan bergizi lansia tersebut juga membutuhkan biaya. Tidak mungkin makanan bergizi tersebut juga gratis seperti membeli susu, daging dan lain-lain dan lansia juga membutuhkan variasi dalam makanan nya. Sekarang juga sudah ada program pemerintah yaitu bantuan tunai walaupun bantuan tunai sudah ada tidak semua keluarga menggunakan uang tersebut untuk memenuhi kebutuhan lansia mungkin keluarga menggunakan untuk hal lain seperti untuk membeli kebutuhan sehari-hari keluarga.

* + 1. **Dukungan Keluarga**

Hasil penelitian ini menunjukkan dukungan keluarga yang merawat lansia lebih dari separuh kurang yaitu 52,9% di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013.

Hal ini sesuai dengan penelitian Ernita Basri di Wilayah Kerja Puskesmas Alahan Panjang Kecamatan Lembah gumanti Kabupaten Solok tahun 2012 yaitu 62,1% dukungan keluarga kurang.

Dukungan keluarga dipengaruhi oleh tingkat sosial ekonomi keluarga serta status perkawinan (Friedman, 2003). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian, dimana keluarga lansia yang berpenghasilan memperoleh dukungan keluarga yang lebih tinggi. Angerer (2009) menunjukan bahwa lansia pada situasi sosial yang aman dan kondisi sejahtera mendapatkan dukungan keluarga yang lebih dari pada masyarakat yang berada pada kondisi tidak aman dan kurang sejahtera. Hal ini dijelaskan bahwa semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap akan hal-hal yang menimpa dirinya dan keluarganya (Purnawan dalam Rahayu, 2008).

Dari hasil penelitian penulis menyimpulkan dukungan keluarga yang kurang disebabkan berbagai faktor diantaranya faktor pendidikan keluarga, faktor ekonomi, faktor kesibukan keluarga serta faktor sosial budaya atau lingkungan. Dukungan keluarga dapat berupa memberikan fasilitas alat-alat kebutuhan untuk personal hygiene, alat untuk beribadah, pemenuhan kebutuhan ekonomi setiap bulan dalam bentuk uang. Keluarga juga memberikan kebutuhan informasi seperti pengetahuan tentang TB paru, pengetahuan tentang hidup sehat agar lansia terhindar dari penyakit dan sebagainya.

* + 1. **Perawatan TB Paru**

Hasil penelitian ini menunjukkan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia lebih dari separuh kurang yaitu 54,3% di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013.

Penelitian ini sama dengan penelitian Wawan Rusdy (2011) di wilayah kerja Puskesmas Padang Pasir dimana perawatan TB paru dirumah pada lansia sebanyak 58%.

TB Paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (Mycobacterium tuberculosis). Sebagian besar kuman menyerang Paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lain (Dep Kes, 2003). Kuman TB berbentuk batang mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pewarnaan yang disebut pula Basil Tahan Asam (BTA).

Pada orang-orang yang memiliki tubuh yang sehat karena daya tahan tubuh yang tinggi dan gizi yang baik, penyakit ini tidak akan muncul dan kuman TB akan tertidur. Namun, pada mereka yang mengalami kekurangan gizi, daya tahan tubuh menurun/ buruk, atau terus-menerus menghirup udara yang mengandung kuman TB akibat lingkungan yang buruk, akan lebih mudah terinfeksi TBC (menjadi TBC aktif) atau dapat juga mengakibatkan kuman TBC yang "tertidur" di dalam tubuh dapat aktif kembali (reaktivasi), sehingga kuman TB akan mudah menyerang lansia.

Dari hasil penelitian penulis menyimpulkan perawatan TB paru pada agregat lansia yang disebabkan berbagai faktor diantaranya faktor pendidikan keluarga dimana keluarga sebagian besar berpendidikan rendah sehingga mempengaruhi pengetahuan keluarga tentang perawatan TB paru, tenaga kesehatan yang jarang memberikan pengetahuan pada keluarga, faktor kesibukan keluarga, faktor ekonomi keluarga yang rendah, serta faktor sosial budaya atau lingkungan.

* + 1. **Hubungan Pendidikan Keluarga Dengan Perawatan TB Paru**

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa 56 keluarga yang tingkat pendidikannya rendah terdapat 33,9% perawatan TB paru pada agregat lansia baik sedangkan dari 14 keluarga yang tingkat pendidikannya tinggi terdapat 92,9% perawatan TB paru pada agregat lansia baik.

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p = 0,001 ( p < 0,05 ), sehingga dapat dijelaskan terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara tingkat pendidikan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013. Hasil OR diperoleh nilai 25,3 artinya keluarga yang pendidikannya tinggi berpeluang 25,3 kali baik dalam melakukan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia dibandingkan dengan keluarga yang pendidikannya rendah.

Hasil ini sesuai dengan penelitian Gustania Rahmi di Puskesmas Padang Pasir Kota Padang tahun 2012, dimana terdapat hubungan antara pendidikan dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia.

Latar belakang pendidikan mempengaruhi sikap keluarga dalam memberikan perawatan terhadap lansia (Patriyani, 2009). Keluarga dengan latar belakang pendidikan yang tinggi akan mengaplikasikan perannya sebagai edukator dengan baik. Peran edukator yang dimaksud adalah memberikan informasi atau pendidikan kesehatan kepada lansia sehingga lansia tahu apa yang harus dilakukan dan tidak dilakukan untuk meningkatkan kesehatannya (Putra, Hidayat dan Aisyah, 2010).

Pendidikan keluarga dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain pengetahuan , pengalaman, dan fasilitas. Dengan pendidikan maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun media massa, semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan terutama perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia.

Dari hasil penelitian bahwa keluarga yang berpendidikan tinggi ternyata 92,9% baik dalam perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia ini disebabkan karena pendidikan mempengaruhi pengetahuan seseorang sehingga informasi yang didapat baik dari peugas kesehatan maupun dari buku atau media massa akan cepat di mengerti, adapun 7,1% yang pendidikannya baik tetapi kurang dalam perawatan lansianya disebabkan tingkat ekonominya kurang sehingga tidak memperhatikan perawatan TB pada agregat lansia.

Keluarga yang berpendidikan rendah 33,9% baik dalam perawatan TB paru disebabkan tingkat ekonomi mereka yang baik sedangkan lebih dari separuhnya kurang perawatan TB paru pada agregat lansia karena selain informasi yang didapat sulit dicerna dan waktu pun habis digunakan untuk kesibukan untuk menunjang ekonomi keluarga.

* + 1. **Hubungan Pekerjaan Keluarga Dengan Perawatan TB Paru**

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dari 29 keluarga yang bekerja terdapat 56,9% perawatan TB paru pada agregat lansia baik sedangkan dari 19 keluarga yang tidak bekerja terdapat 15,8% perawatan TB paru pada agregat lansia baik.

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p = 0,005 ( p < 0,05 ), sehingga dapat dijelaskan terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara pekerjaan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013. Hasil OR diperoleh nilai 0,142 artinya keluarga yang tidak bekerja berpeluang 0,142 kali baik dalam melakukan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia dibandingkan keluarga yang bekerja.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan Rina Aprilia di Kanagarian Gadut Wilayah Kerja Puskesmas Pakan Kamis tahun 2012 dimana ada hubungan pekerjaan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia.

Menurut Suharto (2004), keluarga yang memiliki pekerjaan akan berdampak pada kesejahteraan sosial. Konsepsi pertama dari kesejahteraan sosial lebih tepat untuk dicermati dalam kaitannya dengan pencapaian kesejahteraan keluarga. Inti konsepsi pertama dari kesejahteraan sosial adalah : kondisi kehidupan atau keadaan sejahtera, yakni terpenuhinya kebutuhan-kebutuhan jasmaniah, rohaniah dan sosial. Dengan demikian, istilah kesejahteraan keluarga sering diartikan sebagai kondisi sejahtera yaitu suatu keadaan terpenuhinya segala kebutuhan-kebutuhan hidup, khususnya yang bersifat mendasar seperti makanan, pakaian, perumahan, pendidikan, dan perawatan kesehatan terutama perawatan kesehatan pada lansia yang mengalami gangguan kesehatan.

Dari hasil penelitian bahwa keluarga yang bekerja lebih dari separuhnya baik dalam perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia karena dengan adanya pekerjaan maka keluarga dapat memenuhi kebutuhan keluarga terutama kebutuhan pada agerat lansia untuk menunjang perawatan TB paru dalam memenuhi kebutuhan makanan yang bergizi untuk lansia tersebut. Dan untuk keluarga yang tidak bekerja juga baik dalam perawatan TB paru nya dikarenakan keluarga tersebut lebih banyak waktu di rumah untuk mengawasi lansia minum obat dan mengingatkan lansia untuk istirahat, banyak minum, jangan membuang dahak sembarangan dan membantu lansia untuk membersihkan kamarnya.

* + 1. **Hubungan Ekonomi Keluarga Dengan Perawatan TB Paru**

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dari 45 keluarga yang kurang ekonominya terdapat 20,0% perawatan TB paru pada agregat lansia baik sedangkan dari 25 keluarga yang baik ekonominya terdapat 92,0% perawatan TB paru pada agregat lansia baik.

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p = 0,001 ( p < 0,05 ), sehingga dapat dijelaskan terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara ekonomi keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013. Hasil OR diperoleh nilai 46,0 artinya tingkat ekonomi keluarga yang baik berpeluang 46 kali baik dalam melakukan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia dibandingkan tingkat ekonomi keluarga yang kurang.

Menurut Putra, Hidayat, dan Aisyah (2012) menyatakan bahwa keluarga dengan keadaan ekonomi yang baik akan menunjang status kesehatan lansia dengan baik. Hal tersebut menggambarkan bahwa keadaan sosial ekonomi keluarga mungkin akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat lansia. Menurut Boedhi, dkk (dalam Patriyani, 2009) menyatakan bahwa sosial ekonomi keluarga yang memadai diharapkan dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis, meningkatkan semangat, dan memotivasi lansia yang mengalami TB paru untuk selalu bersikap dan berprilaku sehat.

Hasil penelitian ini menunjukkan keluarga yang merawat lansia dengan tingkat ekonomi kurang sebagian besar (80,0%) kurang dalam perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia ini dikarenakan pendapatan keluarga yang dibawah UMR hanya cukup memenuhi kebutuhan pangan mereka sehingga mereka menyampingkan perawatan agregat lansia. Sebagian kecil dari ekonomi keluarga yang kurang baik dalam perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia dikarenakan peneliti mendapati bahwa keluarga tetap telaten, sabar, serta melibatkan keluarga lain jika mengalami kesulitan berkaitan dengan perawatan anggota keluarga yang berusia lanjut. Hasil penelitian juga menunjukan dari keluarga yang ekonomi keluarganya baik sebagian besar baik dalam perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia dikarenakan ekonomi keluarga yang baik maka kesejahteraan materi keluarga akan baik sehingga keluarga mampu memenuhi kebutuhan sandang, pangan dan kebutuhan yang lainnya. Hal ini sesuai Menurut Friedman (2003), fungsi ekonomi keluarga yang baik akan dapat memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan dapat berupa menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal.

* + 1. **Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Perawatan TB Paru**

Berdasarkan penelitian bahwa dari 37 keluarga yang kurang dukungan keluarganya terdapat 13,5% perawatan TB paru pada agregat lansia baik sedangkan dari 33 keluarga yang baik dukungan keluarganya terdapat 81,8% perawatan TB paru pada agregat lansia baik.

Setelah dilakukan uji statistik diperoleh nilai p = 0,01 ( p < 0,05 ), sehingga dapat dijelaskan terdapat hubungan yang bermakna secara statistik antara dukungan keluarga dengan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar tahun 2013. Hasil OR diperoleh nilai 28,8 artinya dukungan keluarga yang baik berpeluang 28,8 kali baik dalam melakukan perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia.

Penelitian ini sama dengan penelitian oleh Wijayanti (2012) yang menemukan hasil bahwa lansia yang tinggal dengan keluarga memiliki dukungan yang baik lebih baik perawatan TB parunya dibandingkan dengan lansia yang tinggal di panti jompo.

Dukungan keluarga menjadikan keluarga mampu meningkatkan kesehatan dan adaptasi lansia dalam menjalani kehidupan. Perhatian emosional dapat berupa dukungan simpatik, empati, cinta, kepercayaan, dan penghargaan, Tanpa dukungan keluarga lansia mengalami perburukan dan sulit bersosialisasi (Friedman, 2003).

Hasil penelitian menunjukan bahwa dukungan keluarga yang kurang sebagian besar kurang perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia dikarenakan penyakit TB merupakan penyakit kronis yang proses penyembuhannya lama dan memerlukan kedisiplinan dalam pengobatan. Hal ini juga didukung oleh pernyataan Setyawati, yang mengemukakan bahwa keterbatasan fisik yang dimiliki oleh lansia dengan akan menurunkan kemampuan bekerja dan beraktifitas, akan membuat lansia merasa putus asa dan kehilangan motivasi, sehingga mereka merasa tidak berguna dan berdampak pada ketidakpatuhan dalam menjalani suatu terapi pengobatan. Sedangkan ada juga yang dukungan keluarganya kurang tetapi baik dalam perawatan TB Paru disebabkan oleh lansia tersebut sudah menyadari bahwa perawatan TB paru tersebut harus dijalani dengan baik dengan atau tanpa ada dukungan keluarga. Karena kalau perawatan tidak dilakukan seperti tidak teratur minum obat maka harus ulang lagi obatnya dari awal berdasarkan pengalaman karena ada lansia tersebut yang TB parunya kambuh lagi dan ada juga karena anggota keluarga lain juga sudah ada mengalami TB Paru sebelumnya.

Sedangkan dukungan keluarga yang baik sebagian besar baik dalam perawatan TB paru di rumah pada agregat lansia dikarenakan dukungan yang dimiliki oleh keluarga dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi. Seseorang dengan dukungan yang tinggi akan lebih berhasil menghadapi dan mengatasi masalahnya dibanding dengan yang tidak memiliki dukungan. Pendapat diatas diperkuat oleh pernyataan dari *Comision on the Family* (dalam Dolan, Canavan dan Pinkerton, 2006) bahwa dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu, menciptakan kekuatan keluarga, memperbesar penghargaan terhadap diri sendiri, mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan terhadap diri sendiri, mempunyai potensi sebagai strategi pencegahan yang utama bagi seluruh keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari-hari.

DAFTAR PUSTAKA

Alimul Hidayat. Azis. 2008. *Riset Keperawatan dan Tekhnik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.

Arikunto, Suharsini. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC

Basri, Emita. 2012. *Hubungan Pendidikan dan Dukungan Keluarga dengan Perawatan Lansia di Rumah yang Mendeita TB Paru*. Pasaman.

Brunner & Suddarth. 2002. Buku *Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta. EGC.

Danusantoso, Halim. 2000. *Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta: Hipokrates.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2005. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkolosis*. Jakarta.

Dinkes Kabupaten Tanah Datar. 2001. *Laporan Profil Kesehatan Puskesmas Sungai Tarab.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2012. *Data Program TB Paru Seluruh Puskesmas di Kabupaten Tanah Datar.*

Dolan P. Canavan S. Pinkerton J. 2006*. Family Support as Revlecive Practice*. London: Jesica Kingsley Publicasy.

Friedman, Marilyn. 2003. *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC

Gede Yasmin Asih, Niluh. 2003. *Keperawatan Medikal Bedah Klien dengan Gangguan Pernafasan*. Jakarta: EGC

Genis, G. 2008. *TB Paru*. Yogyakarta:Bentang Pustaka.

Green. L. W. 2000. *Perencanaan Pendidikan Kesehatan Pendekatan Diagnostik*. Pengembangan FKM UI Dep. Pend & Kebudayaan RI.

Hardiwinoto & Budhi. 2009. *Perubahan Usia Lanjut*. Bandung: Alpa Beta.

Kemenkes RI. 2011. *Visi Misi Indonesia Sehat 2010-2014*. Jakarta. Ditjen Kesmas.

Mansjoer, dkk. 1999. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi III*. Jakarta: FKUI.

Mediakom Depkes RI, Edisi XVII April 2009*.Info Sehat untuk Semua*. Jakarta.

Medika Jurnal Kedoteran Indonesia No. 08 Tahun XXXV Agustus 2009. *Sistem dan Kebijakan Kesehatan Depkes RI*. Jakarta. Puslisbang.

Muborak Wahid, Iqbal. 2006. *Buku Ajar Komunitas Jilid II*. Jakarta. EGC.

Mugeni, Sugiharto. 2009*. Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Nugrpho Wahyudi. 2005. *Keperawatan Lanjut Usia*. Jakarta. EGC

Notoadmodjo, Soekidjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.

Patriani, Ita. 2009. *Sikap Kordinasi pada Pasien TB*. Pengembangan FKUI. Jakarta.

Putra, Hidayat % Aisyah. 2012. *Analisis Ekonomi Keluarga dan Perawatan Lansia*. Makasar. Universitas Hasanuddin.

Purnawan , Rahayu. 2008. *Dukungan Keluarga Terhadap Lansia dalam Menjaga Kontrol Ekonomi Lansia*. Jurnal. FK-UGM.

Rahmi, Gustaniah. 2012. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perawatan Lansia yang Menderita TB Paru*. Padang.

Rusnoto, dkk. 2008. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian TB Paru pada Usia Dewasa di Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru Kabupaten Pati Provinsi Jawa Tengah*. Yogyakarta: Undid. Disertasi.

Smeltzer. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Vol 2 Edisi VIII. Jakarta. EGC.

Soemirat Slamet , Juli. 2004. *Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

Stanley. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi II*. Jakarta. EGC.

STIKes Perintis Sumbar. 2010. *Penulisan Proposal Penelitian % Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan, Edisi II*. Bukittinggi.

Suryono, Supardi. 2001*. Proses Menua*. Jakarta. EGC.

Utama. Andi. 2007. *SEKILAS Mengenai TBC*. <http://www.infeksi.com>. Diakses Tanggal 15 November 2010.

UU No. 20 Tahun 2003. *Sistem Pendidikan Nasional*. Bina Diknakes.

Wahyudi, Nugroho. 1999. Keperawatan Gerontik dan *Geriatrik*. Jakarta. EGC.

Wildan, Yetty, dll. 2008. *Hubungan Sosial Ekonomi dengan Angka Kejadian TB Paru BTA Positive di Puskesmas Sedati.* Surabaya. Poltekes Prodi Keperawatan Surabaya.