

Meningkatkan Kemandirian Keluarga pada Klien Tuberculosis Paru Melalui Peran Tugas Kesehatan Keluarga

Andi Nur Aina Sudirman¹, Sigit Mulyono², Uswatul Khasanah³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gorontalo, Jl. Prof. Dr. H. Mansoer Patada Desa Pentadio Timur, Kec. Telaga Biru, Kab. Gorontalo

²Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan Depok Jawa Barat

³Program Studi Keperawatan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, Jl. Cempaka Putih Tengah I/1 Jakarta Pusat

*andinurainasudirman@umgo.ac.id

Abstrak

Tuberculosis (TB) merupakan salah penyakit menular berbahaya yang menjadi salah satu penyebab kematian utama di beberapa negara berkembang diseluruh dunia. Terdapat 10 juta angka kejadian penyakit ini dan 1,5 juta orang meninggal setiap tahunnya, oleh sebab itu penyakit TB menjadi penyakit infeksius terkenal didunia. TB Paru masih menjadi masalah yang sulit ditangani oleh pemerintah. Berbagai upaya untuk mengatasi dan menanggulangi TB. Tugas kesehatan keluarga menjadi salah satu intervensi dalam merawat klien dengan TB paru. Tujuan penelitian ini adalah untuk meningkatkan kemandirian keluarga pada klien TB Paru melalui tugas kesehatan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Telaga Biru. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan *design pre test and post test with control group*. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga dengan TB paru. Teknik pengambilan sampel menggunakan *probability sampling* dengan teknik sampling *cluster sampling*. Jumlah sampel yang digunakan sebanyak 20 keluarga kelompok intervensi dan 20 keluarga kelompok kontrol, sampel total 40 keluarga. penelitian ini telah lulus uji etik dari komite etik penelitian keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta dengan no. 0191/F.9-UMJ/II/2019. Analisa data menggunakan *paired t test* dan *independent t test*. Hasil dari penelitian ini didapatkan mayoritas karakteristik responden berdasarkan jenis Usia dewasa akhir 36 - 45 tahun (32,5%) , berjenis kelamin perempuan (67,5%), tingkat pendidikan rendah (60%). Adapun perbedaan rata-rata tingkat kemandirian keluarga sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan nilai p value 0,001. Dalam meningkatkan kemandirian keluarga diperlukan pemahaman, pengetahuan terkait penyakit yang diderita sehingga menimbulkan perubahan perilaku dalam hal perawatan dan pemeliharaan kesehatan.

Kata-kata kunci: Kemandirian Keluarga, Tuberculosis Paru ,Tugas Kesehatan Keluarga,

Abstract

Tuberculosis (TB) is still one of the ten leading causes of death worldwide. Ten million people are falling ill due to TB, and one and a half million people die every year, so TB is a world-famous infectious disease. Pulmonary TB is still a problem that is difficult for the government to handle. Various efforts to overcome and overcome TB. The task of family health is one of the interventions in treating clients with pulmonary TB. The purpose of this study is to determine the effect of the implementation of family health tasks on the level of independence of the client's family with pulmonary TB in the working area of Telaga Biru Health Center. This research is a quantitative study with pre-test and post-test with control group design. The population in this study were families with pulmonary TB. The sampling technique uses probability sampling with a cluster sampling technique. The number of samples used was twenty family intervention groups and twenty control group families, a total sample of forty families. This study has passed the ethical test of the ethics committee of nursing research at the Faculty of Nursing at the University of Muhammadiyah Jakarta with no. 0191/F.9-UMJ/II 2019. Data analysis uses the paired t-test and independent t-test. The results of this study found the majority of respondents characteristics by type of adult age late 36-45 years (32.5%), female sex (67.5%), low level of education (60%). There was a difference in the average level of family independence after the intervention in the intervention group and the control group (p-value=

0.001). In increasing family independence, understanding, and knowledge related to the illnesses are needed to cause behavioral changes in health care and maintenance.

Keywords: Family Independence, Pulmonary Tuberculosis, Task Health Family.

Cite this as : Aina Sudirman AN., Mulyono S., Uswatul Khasanah. Meningkatkan Kemandiria Keluarga pada Klien Tuberculosis Paru Melalui Peran Tugas Kesehatan Keluarga. Dunia Keperawatan. 2020;8(2): 243-252

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) merupakan salah penyakit menular berbahaya yang menjadi salah satu penyebab kematian utama di beberapa negara berkembang diseluruh dunia. Terdapat 10 juta angka kejadian penyakit ini dan 1,5 juta orang meninggal setiap tahunnya, oleh sebab itu penyakit TB menjadi penyakit infeksius terkenal didunia. Badan Kesehatan Dunia (WHO) mengkategorikan 3 indikator untuk beban tinggi/*high burden countries* (HBC) yaitu TB, TB/HIV, dan MDR-TB. Sebuah negara dapat masuk dalam tiga indikator tersebut. Saat ini terdapat 48 negara yang masuk dalam pengkategorian tersebut. TB juga merupakan salah satu penyakit komplikasi utama pada orang dengan HIV/AIDS dan juga sebagai contributor utama dalam resistensi antimikroba. Sekitar setengah dari semua orang dengan TB dapat ditemukan di 8 negara: Bangladesh, Cina, India, Indonesia, Nigeria, Pakistan, Filipina, dan Afrika Selatan (1)

Program TB di Indonesia mencatat terjadi peningkatan kasus TB di setiap tahunnya. Pada tahun 2017 terdapat 420.994 kasus TB ternotifikasi (TB semua tipe), terdapat peningkatan kasus sebesar 19,6% dibandingkan dengan angka kejadian pada tahun 2016 sebanyak 351.893 kasus. Selain itu, Indonesia juga masuk dalam negara yang memiliki beban tinggi terhadap penyakit TB dengan memenuhi 3 indikator yang ditetapkan oleh WHO. Oleh sebab itu, Pemerintah wajib berupaya keras dalam menanggulangi penyakit ini (2)

Microbakterium Tuberkulosis merupakan bakteri penyebab penyakit TB. Sumber penularannya dapat melalui melalui batuk, bersin (droplet) atau berbicara dan dapat menyebar hampir ke setiap bagian tubuh, termasuk ginjal, meninges, nodus limfe dan tulang. Bakteri TB dapat hidup bertahun-tahun dalam tubuh manusia. Alasan inilah

yang menjadi faktor sulitnya memutuskan mata rantai sumber penularan bakteri TB. Selain itu, Mudahnya penularan TB dan kurangnya pemahaman terkait TB mengakibatkan tingginya kasus TB di Indonesia (3)

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo tahun 2015 total kasus TB BTA positif sebanyak 1566 jiwa, terjadi peningkatan sebesar 24% di tahun 2016 yaitu 1950 jiwa dan kembali meningkat sebesar 4,2% di tahun 2017 sebanyak 2032 jiwa. Hal ini berbanding lurus di Kabupaten Gorontalo juga terjadi peningkatan kasus TB BTA positif dalam 3 tahun berturut dimulai dari tahun 2015 sebanyak 434 jiwa kemudian tahun 2016 sebanyak 491 jiwa mengalami peningkatan 13% dan tahun 2017 sebanyak 612 jiwa, hal ini menunjukkan jumlah kasus TB mengalami peningkatan mencapai 25%. Puskesmas Limboto dan Puskesmas Telaga Biru merupakan Puskesmas yang berada di Wilayah Kabupaten Gorontalo dengan jumlah kasus terbanyak.

Berbagai faktor yang dapat menyebabkan peningkatan angka kejadian TB seperti faktor pertumbuhan ekonomi yang tak seimbang, Kemiskinan, tingginya angka pengangguran, Adanya penyakit imunitas bawaan (HIV), Resistensi obat yang mengakibatkan masalah TB tak bisa disembuhkan serta pengetahuan masyarakat terkait TB yang masih rendah. Keadaan ini yang dapat mengakibatkan TB lebih sulit ditangani, belum lagi kegagalan program TB yang disebabkan antara lain sulitnya mendapatkan jaminan kesehatan bagi masyarakat serta sarana dan prasarana fasilitas kesehatan yang kurang memadai (4)

Sejalan dengan permasalahan tersebut pemerintah telah melakukan berbagai upaya dalam mengatasi dan menanggulangi TB, dalam hal pengobatan pemerintah mengadopsi strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*), sebagai

strategi nasional. DOTS merupakan strategi rekomendasi dari WHO sebagai salah satu upaya dalam menanggulangi TB. Program yang dimulai sejak tahun 1995 ini mempunyai tujuan untuk menemukan, menyembuhkan dengan memberikan fokus utama pada klien dengan tipe menular. Adanya program ini diharapkan dapat menurunkan angka kejadian dengan mencegah penularan dan penyebaran bakteri TB. (5). Seiring berjalannya waktu, terjadi perubahan dalam penanganan TB, strategi DOTS mulai berkembang pada tahun 2000. Pelayanan TB bisa diakses disegala fasilitas pelayanan kesehatan primer yaitu Puskesmas. Kini, pelayanan penanggulangan TB telah berubah strategi lebih inovatif dan kreatif dengan nama TOSS TB (Temukan Tuberculosis Obati Sampai Sembuh). Strategi ini lebih telah mengubah konsep pelayanan berbasis promotif kesehatan. Terdapat 3 tujuan utama yaitu meningkatkan kolaborasi layanan difasilitas pelayanan kesehatan (TB DM, TB HIV, TB Gizi), menemukan kasus pada kelompok masyarakat dengan risiko tinggi (perumahan padat penduduk dan kumuh, pondok pesantren, lapas, asrama), Kolaborasi antar rumah sakit dan klinik swasta yang dikenal dengan *Public – Private Mix* (PPM) (6)

Program lain yang dicanangkan oleh pemerintah dalam mengendalikan TB yaitu adanya program kesehatan PIS-PK (Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga), dimana klien TB memperoleh pelayanan kesehatan dan pengobatan sesuai dengan prosedur yang ada. Perawat akan menggunakan pendekatan keluarga sebagai sistem melalui pendekatan proses keperawatan dari mulai pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi hingga evaluasi. Keluarga memiliki alasan sebagai fokus intervensi keperawatan keluarga. Keluarga dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya merupakan indikator dampak untuk melihat keberhasilan upaya keperawatan dalam meningkatkan derajat kesehatannya, dengan mengukur tingkat kemandirian keluarga. Menurut Perkesmas (2006), kemandirian keluarga berorientasi pada tugas kesehatan keluarga.

Kemandirian keluarga memiliki empat tingkatan yaitu, Kemandirian keluarga I, Kemandirian keluarga II, Kemandirian Keluarga III, Kemandirian Keluarga IV, tingkat kemandirian keluarga ini dinilai berdasarkan beberapa indikator, semakin tinggi tingkat kemandirian, semakin sehat suatu keluarga (7)

Keluarga memiliki tugas dalam perawatan kesehatan anggota keluarga. Adapun tugas perawatan kesehatan keluarga meliputi kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan, kemampuan keluarga dalam memutuskan atau mengambil tindakan yang tepat, kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga, kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan, baik lingkungan fisik maupun psikologis yang mendukung kesehatan anggota keluarga dan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam menanggulangi permasalahan TB, perlu diperhatikan beberapa aspek dengan mengedepankan preventif juga promotif serta kuratif dan rehabilitative. Hal ini bertujuan untuk menurunkan angka kejadian, menurunkan tingkat kecacatan dan kematian, mencegah putusnya pengobatan dan resistensi obat, memutuskan penularan dan untuk melindungi kesehatan masyarakat (8)

Di Kabupaten Gorontalo, khususnya di Puskesmas Telaga Biru, berdasarkan hasil wawancara oleh petugas kesehatan bahwa program pemerintah terkait penanggulangan TB sudah berjalan namun dalam pelaksanaannya belum optimal dikarenakan keterbatasan tenaga, waktu, kemampuan perawat dalam memberikan edukasi dan intervensi keperawatan yang sesuai dikeluarga. Program TOSS TB telah berjalan sejak tahun 2012 dengan berfokus pada pengobatan TB sampai tuntas, dengan melibatkan petugas kesehatan, serta kader-kader desa dalam menemukan dan mengobati TB.

Hasil observasi dan wawancara pada 10 kepala keluarga ditemukan bahwa rata-rata keluarga hanya berada pada tingkat

kemandirian I. Pada tingkat ini keluarga mampu mengenal masalah kesehatan anggota keluarga sebatas pengetahuan terkait dengan pengobatan tanpa mengetahui cara mencegah penularannya. Anggota keluarga rutin ke puskesmas untuk mengambil obat setiap hari senin setiap minggu. Keluarga dalam melakukan pencegahan penularan, perawatan dan upaya promosi kesehatan belum dilakukan dikeluarga. Keluarga akan membawa penderita TB ke pusat pelayanan kesehatan jika sesak dan tidak melakukan perawatan sederhana yang bisa dilakukan dirumah. Data lain diperoleh dua penderita menjalani pengobatan dengan kategori II, hal ini dikarenakan kurangnya dukungan keluarga berupa kepedulian dan simpati dalam merawat. Rata-rata keluarga mempunyai tingkat pendidikan yang rendah sehingga mengakibatkan kurangnya pengetahuan keluarga dalam pengobatan TB.

Dampak dari ketidakefektifan dalam memberantas penyakit TB akan meningkatkan angka kejadian TB, mencegah kesembuhan klien dengan meningkatnya gagal/putus pengobatan sehingga terjadinya resistensi obat, sehingga peran petugas kesehatan dalam tatanan Puskesmas menjadi sangat penting. Berdasarkan analisis peneliti ingin menerapkan intervensi keperawatan keluarga dengan berbasis kesehatan keluarga pada penyakit TB, dengan melihat kemandirian keluarga dalam tugas kesehatan

keluarga. Tujuan penelitian ini adalah untuk meningkatkan kemandirian keluarga klien dengan TB Paru melalui peran tugas kesehatan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Telaga Biru.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain Pre eksperimental dengan pendekatan desain *pre test and post test with control group*. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Telaga Biru. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga penderita TB yang menjalani pengobatan rawat jalan periode Desember 2018 di Puskesmas Telaga Biru Kecamatan Telaga Biru Kabupaten Gorontalo sebanyak 83 kasus. Sample dalam penelitian ini yaitu keluarga penderita yang didiagnosis TB dan memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti. Teknik pengambilan sampling dalam penelitian ini adalah dengan teknik *probability sampling*. Adapun jenis samplingnya adalah *cluster sampling*. Sampel diambil secara acak dimasing-masing perwakilan setiap Desa untuk memudahkan peneliti dalam menentukan kelompok kontrol dan intervensi. Dalam penelitian ini sampel untuk kelompok intervensi didapatkan di Desa Tuladengi, Ulopato A, Pentadio Timur, Pentadio Barat, Lupoyo, Talumelito sedangkan kelompok kontrol didapatkan di Desa Ulopato B, Tinelo, Timuato, Dumati,

Tabel 1. Karakteristik Keluarga TB Paru berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Tingkat pendidikan dan dukungan keluarga di Puskesmas Telaga Biru tahun 2019 (n=40)

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Usia		
1. Dewasa awal (26-35 tahun)	6	15
2. Dewasa akhir (36-45 tahun)	13	32,5
3. Lansia awal (46-55 tahun)	11	27,5
4. Lansia akhir (55-65 tahun)	10	25
Jenis Kelamin		
1. Laki-laki	13	32,5
2. Perempuan	27	67,5
Tingkat Pendidikan		
1. Tinggi (SMA – PT)	16	40
2. Rendah (Tidak Sekolah, SD, SMP)	24	60

Pantungo. Sebelumnya sampel dipilih dengan pengundian. Dalam menentukan besar sampel, digunakan rumus uji beda 2 mean sehingga didapatkan total sampel 40 keluarga, yaitu kelompok intervensi adalah 20 keluarga dan kelompok kontrol 20 keluarga. Waktu penelitian dilakukan selama dua bulan yaitu April – juni 2019.

Alat pengumpulan data Instrumen tingkat kemandirian keluarga terdiri dari lembar observasi yang diisi oleh peneliti berdasarkan tingkat kemandirian keluarga penderita TB yang telah dilakukan. Lembar observasi terdiri dari 7 indikator tingkat kemandirian keluarga yang dikembangkan dari Perkesmas 2006 tentang kemandirian keluarga. Ketentuan penilaiannya jika keluarga dapat melakukan dan mengetahui item pernyataan maka jawabannya ya dan jika keluarga tidak mengetahui dan tidak melakukan sesuai dengan item pernyataan maka jawabannya tidak. Setiap pertanyaan sesuai dengan 7 indikator yang telah ditetapkan oleh Permenkes 2006. Keluarga berada pada Kemandirian Keluarga I jika melakukan item no. 1 – 2, Kemandirian keluarga II jika melakukan item no. 1-4, Kemandirian keluarga III jika melakukan item no. 1-6 dan Kemandirian Keluarga IV jika melakukan item no. 1-7. Sebelumnya telah dilakukan validitas dan reabilitas terlebih dahulu. Analisis uji validitas dengan menggunakan teknik uji korelasi dengan keputusan apabila nilai r hitung lebih besar dari nilai r tabel maka H_0 ditolak sehingga variabel valid, sebaliknya apabila nilai r hitung lebih kecil dari nilai r tabel maka H_0 gagal ditolak sehingga variabel tidak valid. Hasil uji validitas pada kuisioner dukungan keluarga menunjukkan bahwa didapatkan semua item pertanyaan (r tabel=0,514), nilai validitas yaitu pertanyaan 1 ($v=0,543$), pertanyaan 2 ($v=0,528$), pertanyaan 3 ($v=0,573$), pertanyaan 4 ($v= 0,713$), pertanyaan 5 ($v=0,784$), pertanyaan 6 ($v= 0,739$), pertanyaan 7 ($v= 0,645$) serta nilai realibilitas ($r = 0,809$)

Prosedur pelaksanaan penelitian ini pada kelompok intervensi yaitu melakukan penerapan lima tugas kesehatan keluarga

selama 6 minggu yang dilakukan di rumah keluarga dan klien TB. Intervensi dilakukan sekali dalam seminggu dengan durasi 2-3 jam disetiap sesinya. Minggu I dilakukan Observasi *Pre test* & penerapan tugas keluarga I (keluarga mampu mengenal masalah penyakit TB), minggu II dilakukan penerapan tugas keluarga II (keluarga mampu memutuskan perawatan kesehatan), minggu III dilakukan penerapan tugas keluarga III (keluarga dapat merawat anggota keluarga), minggu IV dilakukan penerapan tugas keluarga IV (Keluarga mampu memodifikasi lingkungan), minggu V dilakukan penerapan tugas keluarga V (keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan), minggu VI dilakukan *post test*. Pada kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan tugas kesehatan keluarga. penilaian observasi *pre test* dilakukan di minggu I dan *post test* dilakukan di minggu ke VI. Hasil penelitian diuji dengan menggunakan *paired t test* untuk melihat perbedaan *mean* pada *pre-test* dan *post test* masing-masing kelompok intervensi dan kontrol, kemudian dilakukan uji *independent t test* untuk mengetahui selisih *mean post test* pada kelompok intervensi dan kontrol.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1 menunjukkan karakteristik responden dari 40 orang berdasarkan jenis usia terbanyak dewasa akhir dengan 13 orang (32,5%), mayoritas berjenis kelamin perempuan dengan 27 orang (67,5%) serta tingkat pendidikan yang rendah sebanyak 24 orang (60%).

Tabel 1 didapatkan rata-rata tingkat kemandirian keluarga pada pengukuran setelah pemberian intervensi lima tugas kesehatan keluarga pada kelompok intervensi lebih tinggi yaitu 3,10 dari pengukuran sebelum pemberian Intervensi lima tugas kesehatan keluarga yaitu 1,55. Dari hasil analisis tersebut didapatkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kemandirian keluarga yang bermakna pada pengukuran setelah pemberian intervensi lima tugas kesehatan keluarga pada kelompok intervensi dengan nilai p value 0,000 ($p < 0,05$) berbanding terbalik dengan kelompok kontrol dengan

Tabel 2. Perbedaan Rata-Rata Tingkat Kemandirian Keluarga Sebelum Dan Sesudah Intervensi Tugas Kesehatan Keluarga Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Tahun 2019 (n= 40).

Kemandirian keluarga	Mean	SD	P Value	N
Kelompok Intervensi :				
Sebelum	1,55	0,510	0,001	20
Sesudah	3,10	0,641		
Kelompok Kontrol :				
Sebelum	1,40	0,503	0,577	20
Sesudah	1,45	0,510		

nilai p value 0,577 ($p > 0,05$). Pada observasi tingkat kemandirian keluarga post test terlihat perubahan mean pada kelompok intervensi yang sebelumnya telah diberikan perlakuan tugas kesehatan keluarga.

Hal ini membuktikan bahwa tingkat kemandirian keluarga dipengaruhi oleh intervensi tugas kesehatan keluarga. Intervensi yang dilakukan secara bertahap dan terstruktur dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Hasil ini didukung oleh Mary (2018) bahwa dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan keluarga, merupakan indikator dampak untuk melihat keberhasilan upaya keperawatan dalam meningkatkan derajat kesehatannya, dengan mengukur tingkat kemandirian keluarga. Beberapa faktor yang dapat mengakibatkan tidak adanya perubahan pada kelompok kontrol dapat disebabkan oleh sedikitnya paparan informasi mengenai TB yang didapatkan oleh keluarga, kurangnya pemahaman antar anggota keluarga terkait konsep sehat dan sakit, keluarga cenderung hanya mengambil obat di pusat pelayanan kesehatan tanpa berkonsultasi terlebih dahulu dengan petugas kesehatan terkait penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya. Hal ini didukung dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Haris AM (2016) bahwa

pelaksanaan intervensi keperawatan melalui bimbingan konseling, pendidikan kesehatan dan demonstrasi untuk klien dan keluarga dengan TB memberikan dampak positif dalam meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit yaitu dengan mengetahui konsep penyakit TB, pengobatan serta perawatan sederhana, cara pencegahan dan penanggulangan bahkan sampai mempromosikan TB kepada masyarakat (9)

Tabel 2 menunjukkan bahwa rata-rata kelompok intervensi sesudah perlakuan lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol, sehingga ada perbedaan pada tingkat kemandirian keluarga yang bermakna dengan nilai p value 0,001 ($p < 0,05$). Ini disebabkan pada kelompok intervensi diberikan pendampingan selama 6 minggu berupa kesehatan tugas keluarga

Penelitian yang telah dilakukan oleh M'Imunya et al, 2012 bahwa pengobatan TB dapat menyebabkan periode infeksi yang berkepanjangan, kambuh, timbulnya resistensi obat, dan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Oleh karena itu Intervensi pendidikan atau konseling dapat meningkatkan penyelesaian pengobatan untuk TB laten (10). Dalam melakukan tugas

Tabel 3. Perbedaan rata-rata tingkat kemandirian keluarga sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol tahun 2019 (n=40)

Kemandirian Keluarga	Mean	SD	P Value	N
Kelompok Intervensi	3,10	0,641	0,001	40
Kelompok Kontrol	1,45	0,510		

kesehatan keluarga Menurut Mary, 2018 bahwa memberdayakan sumber daya dalam keluarga menjadi hal penting dalam pelaksanaan tugas perawatan kesehatan keluarga. Hal ini dapat berjalan secara efisien sebagaimana mestinya jika dapat mengemban focus sentral dalam keluarga. Namun dalam pemenuhan fungsi perawatan kesehatan dapat menjadi sulit karena tantangan internal dan eksternal. Berbagai masalah atau kesulitan dalam memberikan perawatan keluarga dapat berasal dari struktur keluarga dan system pelayanan kesehatan. Kurangnya pengetahuan dan informasi, keterampilan, kurang dana/pembiayaan serta sistem pelayanan kesehatan yang sulit untuk diakses menjadi kendala dalam melakukan perawatan kesehatan keluarga (7)

Indikator penilaian fungsi capaian perawatan kesehatan keluarga dapat dilihat dari kemampuan keluarga mengetahui dan melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga. Dalam melaksanakan lima tugas kesehatan keluarga petugas kesehatan (perawat) bertanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga. Upaya yang dilakukan diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan semakin mandiri keluarga. Dalam penerapannya, tugas kesehatan keluarga merupakan lima rangkaian kegiatan yang tidak hanya menambah pengetahuan keluarga secara kognitif dan psikomotor (demonstrasi) dengan memberikan pendidikan kesehatan, namun juga dapat merubah perilaku (afektif) kearah yang lebih baik untuk kesehatannya. (11)

Capaian pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dapat dilihat dari terpenuhinya beberapa item pada tingkat kemandirian keluarga, keluarga dapat dikatakan mandiri jika mampu melaksanakan beberapa kriteria yang telah ditentukan. Kemandirian keluarga tingkat empat jika mampu melaksanakan seluruh kriteria yang dimaksud. Menurut Permenkes (2006), kriteria kemandirian keluarga sebagai berikut, dengan kriteria : menerima pelayanan petugas perawatan kesehatan masyarakat yang ada dipusat pelayanan kesehatan primer (Puskesmas) dan

menerima pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan pengobatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatan secara benar dengan menyampaikan keluhan yang sering dialami, melakukan perawatan sederhana secara mandiri yang telah diajarkan sebelumnya, menggunakan kartu jaminan kesehatan dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan, melakukan tindakan pencegahan secara aktif seperti mengetahui etika batuk, memakai masker, membuka ventilasi dan lain-lain, melaksanakan tindakan promotif secara aktif ke masyarakat. (12)

Dalam hal ini penerapan tugas kesehatan keluarga oleh perawat dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Intervensi keperawatan melalui pendidikan kesehatan, bimbingan konseling dan demonstrasi secara rutin untuk klien dan keluarga dengan TB memberikan dampak positif dalam merawat anggota keluarga yang sakit yaitu dengan mengenal penyakit TB, tanda dan gejala, penatalaksanaan obat, pencegahan penularan serta perawatan sederhana, bahkan sampai mempromosikan TB kepada masyarakat. Menurut Duhamel, (2015) bahwa perawat wajib terlibat dalam pemberian intervensi menggunakan keahlian dan pengalaman mereka dalam masalah konseptualisasi dan merancang solusi untuk mempromosikan kesehatan keluarga, mengelola masalah kesehatan dan mengurangi atau mencegah terjadinya penyakit (13).

Tujuan dari diberikannya pelayanan keperawatan keluarga selain untuk meningkatkan status kesehatannya juga agar keluarga dapat meningkatkan produktivitasnya, dengan meningkatnya produktivitas keluarga diharapkan mampu meningkatkan kesejahteraan keluarga. Hal ini tentu saja dapat mempengaruhi masyarakat dalam lingkup yang luas (14). Selain itu menurut Wright dan Leahey (2013) Intervensi keluarga yang diberikan juga dapat meningkatkan pemahaman dan meningkatkan kepercayaan diri dalam mengatasi masalah kesehatan yang terjadi.

Keluarga mempunyai perspektif baru dan meningkatkan fungsi keluarga (15)

Intervensi yang dilakukan secara bertahap dan terstruktur melalui berbagai metode juga dapat meningkatkan kemampuan perawatan diri (self care) bagi klien dalam memenuhi kebutuhannya sendiri. Aktifnya klien dan keluarga dalam berpartisipasi dalam setiap tahapan tugas keluarga dapat meningkatkan pengetahuan, dukungan antar anggota keluarga serta motivasi dalam mencapai tujuan. Dalam melakukan perawatan diri, keyakinan, keterampilan dan kedisiplinan yang mumpuni akan meningkatkan keberhasilan dalam menjalani pengobatan. Sehingga perawat dapat melakukan pendampingan secara teratur dalam memberikan edukasi baik secara afektif, kognitif dan psikomotor terhadap klien dan keluarganya tanpa memyampingkan masalah psikologis untuk membangkitkan motivasi demi meningkatkan derajat kesehatannya.

KETERBATASAN

Adanya beberapa responden yang memiliki tipe keluarga dengan lansia dan tidak memiliki anggota keluarga yang dewasa, sehingga menyulitkan untuk memberikan intervensi karena pengaruh kognitif mulai menurun. Sehingga dalam pemberian implementasi seharusnya melibatkan anggota keluarga lain yang menjadi caregiver dalam keluarga lansia tersebut.

Peneliti tidak mempertimbangkan nilai-nilai, struktur keluarga, serta budaya yang dianut dalam keluarga yang bisa saja mempengaruhi dalam pemberian perawatan dalam tugas kesehatan keluarga. sehingga pengkajian lebih dalam secara kualitatif di keluarga perlu dilakukan dalam pemberian intervensi dengan melihat keyakinan dan budaya yang dianut

ETIKA PENELITIAN

Penelitian ini telah lulus uji etik dari komite etik penelitian keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta dengan no. 0191/F.9-UMJ/II/2019. Klien TB dan keluarga sebagai responden

dilindungi segala hak asasi dan kesejahteraan dengan memperhatikan aspek *self determination, justice and protection from discomfort, privacy and dignity, Self Determination* yaitu Penelitian ini dilaksanakan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Peneliti sebelumnya menjelaskan tujuan dari penelitian tugas kesehatan keluarga, manfaat dan harapan peneliti terhadap klien. Selanjutnya *informed consent* diberikan untuk ditanda tangani terkait penelitian, klien dapat memilih untuk mengikuti dan melanjutkan kegiatan penelitian ini maupun tidak. *Justice* yaitu penelitian dilakukan secara jujur, adil dan tepat sesuai prosedur dilakukan secara profesional sesuai dengan kompetensi yang ada. Klien dan keluarga mendapat keadilan, yaitu dalam penelitian ini klien dengan kelompok intervensi mendapatkan intervensi tugas kesehatan keluarga dan pada kelompok kontrol peneliti memberikan modul panduan terkait tugas kesehatan keluarga saat penelitian. *Privacy and Dignity* yaitu peneliti sangat menjaga kerahasiaan dan privasi klien dan keluarga. Identitas klien dijaga kerahasiaannya dengan mengganti nama serta data demografi dengan memakai inisial dan hanya digunakan untuk kepentingan peneliti. *Protection from discomfort* yaitu klien dan keluarga harus merasa aman selama penelitian berlangsung. Peneliti sebelumnya telah mempertimbangkan dampak positif dan negative bagi klien dan keluarga serta meminimalkan risiko/dampak yang merugikan klien dan keluarga.

KONFLIK KEPENTINGAN

Artikel ini tidak mengalami konflik kepentingan dalam proses pembuatan dan penyusunannya

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada institusi, pembimbing dan teman-teman yang telah memberikan semangat, dukungan dan motivasi dalam pembuatan artikel ini.

PENUTUP

Terdapat pengaruh penerapan tugas kesehatan keluarga terhadap tingkat kemandirian keluarga pada klien TB Paru sesudah dilakukannya intervensi keperawatan berupa penerapan tugas kesehatan keluarga yang terdiri dari mengenal masalah keluarga, memutuskan perawatan kesehatan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendukung program pemerintah dalam eliminasi TB Paru 2030, dengan meningkatkan kemandirian kesehatan keluarga sehingga penemuan kasus baru dilapangan dalam rangka mencegah penularan dan pengendalian TB Paru dapat dilakukan. Penerapan tugas kesehatan keluarga ini dapat diberikan kepada keluarga berbarengan dengan program pemerintah yaitu PISPK sehingga angka penyakit menular terutama TB Paru dapat dicegah dan tanggulangi. Selain itu dapat dijadikan sebagai dasar penelitian selanjutnya demi menghasilkan terobosan terbaru dalam penanggulangan TB dengan desain dan metodologi yang berbeda seperti desain study literature yaitu membandingkan beberapa penelitian dalam melakukan perawatan mandiri dalam menanggulangi TB secara mandiri maupun beberapa strategi intervensi edukasi berbasis pendekatan keluarga, inisiatif keluarga dalam pengobatan sehingga menghasilkan inovasi terbaru dalam meningkatkan kemandirian keluarga khususnya pada klien dengan TB Paru.

REFERENSI

1. 2019 W-G tuberculosis report. Country Profiles. WHO - Glob Tuberc Rep 2019 [Internet]. 2019;189–249. Available from: https://www.who.int/tb/publication/s/global_report/en/
2. Indah M. Infodatin tuberkulosis (Hari TBC Sedunia 24 Maret). Dep Kesehat Infodatin 2018. 2018;
3. Brunner S. Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12. Jakarta EGC. 2014;
4. RI KK. Kementerian Kesehatan RI. Kementerian Kesehatan RI 2015. 2015. p. 7.
5. Kemenkes RI. Strategi nasional pengendalian TB di Indonesia 2010-2014. Jakarta Direktorat Jenderal Pengendali Penyakit dan Penyehatan Lingkung Kementrian Kesehat RI. 2011;
6. RI KK. 65733_InfoDatin-2016-TB.pdf.
7. Mary, Nies A. MM. Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga Edisi I Indonesia. Elsevier singapore Pte Ltd, Singapore: EGC, Jakarta; 2018.
8. Maglaya AS. Nursing practice in the community. Argonauta Corporation; 2009.
9. Haris AM. Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Dalam Meningkatkan Self Care Behavior Penderita Tuberkulosis Paru Di Kota Bima Nusa Tenggara Barat. J Kesehat Prima. 2016;I(1):1579–87.
10. M’Imunya JM, Kredo T, Volmink J. Patient education and counselling for promoting adherence to treatment for tuberculosis. Cochrane database Syst Rev. 2012;(5).
11. Friedman MM, Bowden VR, Jones E. Family nursing: Research, theory & practice. Pearson; 2003.
12. Depkes RI. Pedoman kegiatan perawat kesehatan masyarakat di puskesmas. Jakarta Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan. 2006;
13. Duhamel F, Dupuis F, Turcotte A, Martinez A, Goudreau J. Mengintegrasikan Model Penyakit Keyakinan di Clinical Practice : A Pengetahuan Keperawatan Model Pemanfaatan Family Sistem. 2015;

14. Dion Y, Betan Y. Asuhan keperawatan keluarga konsep dan praktik. Yogyakarta Nuha Med. 2013;
15. Bell JM, Wright LM. The Illness Beliefs Model: Advancing Practice Knowledge About Illness Beliefs, Family Healing, and Family Interventions. *J Fam Nurs.* 2015;21(2):179–85.