PENDAHULUAN

Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). (Kemenkes RI, 2016). Penyakit ini dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru. Penyakit ini perlu pengobatan secara tuntas, untuk meminimalkan komplikasi yang menyebabkan kematian (Kemenkes RI, 2016). Penyakit TB merupakan penyebab kematian ketiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran napas pada semua kelompok usia dan nomor satu dari golongan penyakit infeksi (Kemenkes RI, 2013).

Indonesia memiliki angka prevalensi kasus TB paru yang cukup tinggi. Diperkirakan angka prevalensi TB paru di Indonesia pada tahun 2014 sebesar 272 per 100.000 penduduk dan angka insiden sebesar 183 per 100.000 penduduk serta angka kematian akibat TB paru (tanpa TB Paru dengan *Human Immunodeficiency Virus* positif) yang diperkirakan mencapai 25 per 100.000 penduduk (WHO, 2015).

Profil Kesehatan Riau tahun 2014 menunjukkan Kota Pekanbaru berada di peringkat pertama dengan jumlah seluruh kasus TB sebanyak 1.094 dan meningkat pada tahun 2015 sebanyak 1.797 kasus. Sementara berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru pada tahun 2016 dari 20 Puskesmas yang ada di Pekanbaru angka tertinggi dari penderita TB paru BTA positif adalah pada Puskesmas Rejosari Pekanbaru dengan jumlah penduduk sebanyak 97.163 jiwa, dengan jumlah laki-laki sebanyak 49.870 dan jumlah perempuan sebanyak 47.293. Angka penemuan penderita TB paru BTA positif sebanyak 67 orang.

TB paru dapat sembuh bila dilakukan pengobatan secara teratur selama 6 bulan. Apabila pengobatan TB paru memerlukan waktu yang terlalu lama dapat mengakibatkan stress yang cukup berat pada pasien tersebut (Rachmawati & Turniani, 2006). Hasil penelitian Simamora (2004) menyatakan kebanyakan pasien tidak teratur dalam berobat selama fase intensif karena tidak adekuatnya motivasi terhadap kepatuhan berobat dan pasien merasa enak pada akhir fase intensif sehingga tidak perlu kembali untuk berobat (Dermawanti, 2014).

Keluarga merupakan sistem pendukung utama bagi penderita TB paru. Keluarga memberikan konteks sosial saat terjadinya penyakit dan bagaimana penyakit tersebut diatasi (Stanley & Beare, 2007). Keluarga harus terlibat dalam perawatan pasien selama pasien sakit dan lebih dekat dengan pasien

dari pada perawat. Hubungan ini sudah terjalin pada waktu yang lebih panjang tidak hanya terbatas pada hubungan pemberian bantuan, disamping itu keluarga mengenal pasien bukan sebagai orang lain. Keterlibatan keluarga dan orang-orang terdekat dalam memberikan dukungan dapat meningkatkan berbagai perasaan, pada pasien TB paru dan memberikan kesempatan kepada individu untuk mempertahankan kemandirian (Sarason, 2008).

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan bisa berasal dari orang lain (orang tua, anak, suami, istri dan saudara) yang dekat dengan subjek dimana bentuk dukungan keluarga berupa informasi, tingkah laku tertentu atau materi yang dapat menjadikan individu merasa disayangi, diperhatikan dan dicintai (Friedman, 2010).

Dukungan keluarga merupakan faktor yang sangat penting bagi seseorang yang sedang menghadapi masalah dan dapat memberikan rasa tenang kepada orang tersebut dalam menjalani pengobatan seperti pada pasien TB paru (Ratna, 2010) Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Maulidia (2014) terhadap 42 pasien tuberkulosis di wilayah Ciputat didapatkan bahwa 60,9% penderita tuberkulosis mendapatkan dukungan keluarga yang baik. Sedangkan hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Ulfa (2011) terhadap 68 responden didapatkan bahwa sebanyak 52,9% responden mempersepsikan dukungan keluarga yang mereka terima mendukung, sedangkan sebanyak 47,1% responden mengatakan dukungan keluarga yang mereka terima tidak mendukung. Berdasarkan penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa pada dasarnya belum semua pasien TB paru diatas mendapatkan dukungan keluarga

Dukungan keluarga erat kaitannya dalam menunjang kualitas hidup seseorang. (Zadeh, Koople & Block, 2003). Hal ini dikarenakan kualitas hidup merupakan suatu persepsi yang hadir dalam kemampuan, keterbatasan, gejala serta sifat psikososial hidup individu baik dalam konteks lingkungan budaya, nilai dalam menjalani peran dan fungsinya sebagai mestinya (Zadeh, Koople & Block, 2003).

Kualitas hidup merupakan salah satu kriteria utama untuk mengetahui intervensi pelayanan

kesehatan seperti morbiditas, mortalitas, fertilitas dan kecacatan. Menurut Hellen (2007) kualitas hidup adalah persepsi individu tentang kehidupan mereka dalam konteks budaya dan nilai hidup untuk mencapai tujuan hidup. Kualitas hidup dapat juga didefinisikan sebagai perasaan seseorang untuk sejahtera dalam hidup, kemampuan untuk mengendalikan peran yang bermanfaat dan kemampuan untuk berpartisipasi. Pada beberapa dekade terakhir ini di negara-negara berkembang, insidensi penyakit kronik mulai menggantikan dominasi penyakit infeksi di masyarakat. Sejumlah orang dapat hidup lebih lama, namun dengan membawa beban penyakit menahun atau kecacatan, sehingga kualitas hidup menjadi perhatian pelayanan kesehatan (Yunianti, 2012).

Penelitian Prisilia (2012) pada pasien TB Paru di Poli Paru BLU RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado yang menyatakan 64 orang (66,0%) memiliki kualitas hidup baik dan 7 orang (7,2%) memiliki kualitas hidup buruk. Kualitas hidup penting diukur pada pasien Tuberkulosis paru agar dapat diupayakan tindakan peningkatan kualitas hidup. Hal ini dikarenakan kualitas hidup akan mempengaruhi kelangsungan hidup pasien itu sendiri terkait dengan harapan hidupnya. (Prisilia, 2012)

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 19 Januari 2017 dengan mewawancarai 7 orang pasien TB paru di Poli TB paru Puskesmas Rejosari Pekanbaru didapatkan data bahwa 4 orang mengatakan mendapatkan dukungan dari keluarga karena merupakan tanggung jawab untuk mendampingi pasien dalam berobat, dan 3 orang mengatakan tidak mendapat dukungan keluarga karena mempunyai kesibukan masing-masing hal tersebut menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup akibat kurangnya dukungan keluarga. Kualitas hidup yang menurun ini dikaitkan dengan perubahan kehidupan ekonomi, kesehatan fisik, dan psikososial, dimana pasien mengatakan telah berhenti bekerja, sejak mengalami penyakit ini dan sudah jarang mengikuti kegiatan sosial dilingkungannya seperti wirid dan arisan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien TB paru".

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui

hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien TB paru.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien TB paru.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan cross sectional. Penelitian deskriptif korelasi adalah suatu penelitian yang menelaah hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau sekelompok subjek (Notoatmodjo, 2010). Pendekatan *Cross sectional* yaitu jenis yang pengukuran variabel-variabelnya dilakukan satu kali pada satu saat (Sastroasmoro & Ismael, 2010).

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan penyakit TB paru di Puskesmas Rejosari Pekanbaru pada tahun 2016 dari bulan Januari-September yang berjumlah 67 orang.

Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel purposive sampling, pengambilan sampel secara purposive didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat peneliti sendiri, berdasarkan karakteristik atau sifat-sifat yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010). Jumlah sampel pada penelitian ini berjumlah 41 orang.

Alat pengumpul data yang digunakan adalah kuesioner, yang sudah dilakukan uji validitas, yang terdiri dari karakteristik responden, kuesioner dukungan keluarga yang mencakup dukungan emosional 5 item (1,2,3,4,5), dukungan penghargaan 4 item (6,7,8,9), dukungan instrumental 5 item (10,11,12,13,14), dukungan informativ 5 item (15,16,17,18,19). Jumlah total pertanyaan dukungan keluarga adalah 19 item. Skala yang digunakan adalah *skala likert*.

Hasil pengukuran terhadap dukungan keluarga dikategorikan menjadi 2 (dua) kategori yaitu, tinggi jika jumlah skor lebih besar dari mean/median atau sama dengan mean/median, dan rendah bila jumlah skor dibawah mean/median, dan kuesioner kualitas hidup yang terdiri dari 26 pertanyaan, dengan menggunakan *skala likert*.

Penelitian ini menggunakan analisa Univariat dan Bivariat. Analisa Univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoadmojo, 2010). Analisa bivariat dilakukana untuk mengetahui ada tidaknya hubungan yang signifikan antara variabel

yang diteliti (Hidayat, 2007). Untuk mengetahui hubungan antara variabel digunakan uji *Chi-square* dengan kemakna (α) = 5% (0,05).

HASIL PENELITIAN

1. Analisis Univariat

Analisa univariat digunakan untuk mendapatkan data frekuensi dan persentase dari karakteristik responden yaitu: umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, lama mengalami penyakit, status pernikahan, dukungan keluarga dan kualitas hidup

Tabel 1
Distribusi Karakteristik Responde

Karakteristik	N	%
Umur		
Remaja akhir (17-24)	1	2,4
Dewasa awal (25-44)	22	53,7
Dewasa akhir (45-59)	11	26,8
Lansia (≥ 60)	7	17,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	28	68,3
Perempuan	13	31,7
Pendidikan		
Tidak sekolah	1	2,4
SD	10	24,4
SMP	12	29,3
SMA	14	33,1
Perguruan tinggi	4	9,8
Pekerjaan		
PNS	1	2,4
Wiraswasta	17	41,5
Swasta	10	24,2
IRT	12	29,3
Lain-lain	1	2,4
Lama Mengalami Penyakit		
Lebih dari 6 bulan	13	31,7
Kurang dari 6 bulan	28	68,3
Status Pernikahan		
Sudah menikah	39	95,1
Belum menikah	2	4,9
Total	41	100

Tabel 2
Distribusi Dukungan Keluarga

Total	41	100
Karakteristik	N	%
Dukungan Keluarga		
Tinggi	19	46,3
Rendah	22	53,7
Total	41	100

Tabel 3
Distribusi kualitas hidup

Karakteristik	N	%
Kualitas hidup		
Baik	21	51,2
Buruk	20	48,8
Total	41	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 41 responden yang diteliti, distribusi responden menurut umur yang terbanyak adalah dewasa awal (25-44 tahun) sebanyak 53,7% (22 responden), jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki sebanyak 68,3% (28 responden), tingkat pendidikan terbanyak adalah SMA sebanyak 33,1% (14 responden), pekerjaan terbanyak adalah wiraswasta sebanya 41,5% (17 responden), lama mengalami penyakit terbanyak adalah kurang dari 6 bulan sebanyak 68,3% (28 responden), status pernikahan terbanyak adalah sudah menikah 95,1% (39 responden). Tabel 2 menunjukkan dukungan keluarga terbanyak adalah dukungan keluarga rendah 53,7% (22 responden). Table 3 menunjukkan kualitas hidup terbanyak adalah kualitas hidup baik 51,2 % (21 responden). Hal ini menunjukkan bahwa hampir sama antara dukugan keluarga rendah dan kualitas hidup baik.

2. Analisis Bivariat

Tabel 2
Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien TB Paru

Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup				P value	OR
	Baik		buruk			
	n	%	n	%		
Tinggi	14	73,7	5	26,3	0,018	6,000
Rendah	7	3,8	15	68,2		
Total	21	51,2	20	48,8		

Tabel 2 menunjukkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kulitis hidup pada pasien TB paru di poli TB Puskesmas Rejosari didapatkan bahwa 14 responden (73,3%) yang dukungan keluarga tinggi memiliki kualitas hidup baik dan 5 responden (26,3%) yang dukungan keluarga tinggi memiliki kualitas hidup buruk. Sedangkan pada dukungan keluarga rendah terdapat 7 responden (3,8%) yang memiliki kualitas hidup baik dan 15

responden (68,2%) yang memiliki kualitas hidup kurang baik.

Hasil uji statistik didapatkan nilai $Pvalue=0,018 < \alpha 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien TB paru. Hasil analisis OR (6,000) yang artinya pasien dengan dukungan keluarga tinggi 6,000 kali memiliki kualitas hidup yang baik dibandingkan pasien yang dukungan keluarga rendah.

PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

a. Umur

Mayoritas umur responden TB paru pada penelitian ini berada pada kelompok umur dewasa awal sebanyak 22 orang (53,7%), dan dewasa akhir sebanyak 11 orang (26,8%). Menurut Depkes RI (2009), umur adalah lama waktu hidup, yang dihitung berdasarkan ulang tahun terakhir.

Berdasarkan penelitian Panjaitan (2012), insiden tertinggi TB paru biasanya mengenai usia dewasa. Penyakit TB paru sebagian besar terjadi pada orang dewasa yang telah mendapatkan infeksi primer pada waktu kecil dan tidak ditangani dengan baik. Usia dewasa dan diikuti usia tua merupakan kelompok yang paling sering terkena TB. Hal yang sama terjadi pada tahun 2015 dimana kasus TB paru di Indonesia lebih banyak terjadi pada usia dewasa awal karena pada usia dewasa awal manusia cenderung mempunyai mobilitas yang tinggi sehingga kemungkinan untuk terpapar kuman TB lebih besar (Kemenkes, 2015).

Mobilitas yang tinggi disebabkan karena beban kerja yang berat, selain itu istirahat yang kurang, serta gaya hidup yang tidak sehat di antaranya adalah merokok dan minum alkohol (Erawatyningsih, Purwanta & Subekti, 2009).

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa jenis kelamin responden terbanyak laki-laki sebanyak 28 orang (68,3%). Penelitian ini didukung dengan penelitian Sulistiyawati dan Kurniawan (2012), dimana didapatkan jenis kelamin terbanyak yaitu laki-laki sebanyak 19 responden (59,4%). Profil kesehatan Indonesia tahun 2014 juga menunjukkan bahwa menurut jenis kelamin, prevalensi TB paru

pada laki-laki lebih tinggi yaitu sebesar 0,4% dibandingkan pada perempuan yang sebesar 0,3%.

Hal ini didukung oleh penelitian Ningsih (2010) bahwa laki-laki lebih banyak penderita TB paru karena faktor gaya hidup laki-laki yang dominan merokok. Perempuan dipandang sebagai pengurus rumah tangga dan cenderung lebih peduli terhadap perubahan status kesehatan dan mencari pengobatan serta berperan sebagai pemimpin kesehatan keluarga (Friedman, 2010). Penelitian (Lestari, et al, 2004) menunjukkan bahwa tingginya angka penderita TB paru laki-laki dikarenakan kelompok laki-laki kebanyakan keluar rumah mencari nafkah dengan frekuensi keluar rumah yang lebih sering sehingga dapat dimungkinkan tertular kuman TB.

c. Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian di ketahui bahwa mayoritas responden berpendidikan SMA sebanyak 14 orang (33,1%). Hal ini didukung penelitian Sulistiyawati dan Kurniawati (2012), dimana didapatkan pendidikan terbanyak yaitu SMA sebanyak 13 orang responden (40,6%). Hasil ini didukung dengan penelitian Putra (2011) mengatakan tingkat pendidikan yang rendah mempunyai hubungan terhadap kejadian TB paru. Tingkat pendidikan responden yang rendah mengakibatkan responden kurang peka dan kurang informasi berkaitan dengan cara penularan dan pengobatan TB paru. Gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, kontak dengan orang lain/ beraktifitas diluar rumah merupakan tanda kurangnya pengetahuan.

Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang, makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah menerima informasi dan sebaliknya, semakin rendah tingkat pendidikan seseorang sulit untuk menerima informasi (Notoadmodjo, 2010). Seseorang dengan pendidikan dasar cenderung memiliki pengetahuan yang kurang mengenai penyebab, pencegahan, perawatan serta dampak lanjut penyakit apabila tidak diobati (Syarif, 2015).

d. Pekerjaan

Hasil penelitian berdasarkan pekerjaan responden didapatkan sebagian besar pekerjaan responden adalah wiraswasta sebanyak 17 orang responden (41,5%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian Syarif (2015), dimana didapatkan 13 orang

(43,3%). Hal ini sejalan dengan data dari BPS Riau (2014) yang menyatakan bahwa sebanyak 44,5% masyarakat Riau berprofesi sebagai wiraswasta. Jenis pekerjaan menentukan faktor risiko apa yang harus dihadapi setiap individu. Bila pekerja bekerja di lingkungan yang berdebu paparan partikel debu di daerah terpapar akan mempengaruhi terjadinya gangguan pada saluran pernafasan. Paparan kronis udara yang tercemar dapat meningkatkan morbiditas, terutama terjadinya gejala penyakit saluran pernafasan dan umumnya TB paru (Rini, 2013).

Penelitian Zuliana (2009), yang mengemukakan bahwa pekerjaan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan, selain itu pekerjaan seseorang akan mencerminkan sedikit banyaknya informasi yang diterima, diantaranya terkait informasi tentang pelayanan kesehatan. Tingkat pekerjaan yang baik, maka seseorang akan berusaha untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik, berbeda dengan orang yang memiliki tingkat pekerjaan rendah yang lebih memikirkan bagaimana cara untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya (Sari, Ali & Nahariani, 2012).

e. Lama mengalami penyakit

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 41 responden di Puskesmas, didapatkan hasil yang menunjukkan bahwa mayoritas lama mengalami penyakit TB paru sebanyak yaitu kurang dari 6 bulan dengan persentase sebanyak 28 orang (68,3%). Waktu yang diperlukan penderita TB Paru dalam menjalani pengobatan sampai dinyatakan sembuh selama 6 bulan. Jikapenderita TB Paru tidak teratur minum obat, maka kuman TB Paru akan kebal sehingga penyakitnya lebih sulit diobati, penderita akan membutuhkan waktu yang lebih lama untuk sembuh, dan masa pengobatan menjadi semakinpanjang (Anggraeni, 2011).

Pengobatan yang semakin panjang mempengaruhi harga diri penderita TB paru, kehilangan fungsi tubuh, penurunan toleransi aktivitas dan kesulitan dalam menangani penyakit kronis akan mengubah harga diri penderita TB Paru (Potter & Perry, 2010).

f. Status Pernikahan

Hasil analisis data dari variabel status pernikahan menunjukkan semua status pernikahan responden

adalah menikah 39 orang (95,1%). Pernikahan adalah ikatan yang sah antara seorang pria dan wanita yang menimbulkan hak dan kewajiban antara mereka maupun keturunannya. Menurut Kodriati (2004), menyatakan bahwa suatu pernikahan akan memberikan keuntungan bagi kesehatan seseorang karena akan mendapatkan perhatian dari pasangannya.. Pasien TB paru dengan status menikah akan mempunyai harga diri yang lebih tinggi dan mempunyai sumber coping yang adekuat dari pasangannya sehingga dapat lebih mengembangkan coping yang adaptif terhadap stressor. Penelitian yang dilakukan oleh Sari, Thobari dan Andayani (2011), menyatakan bahwa seseorang yang terikat dalam status pernikahan kualitas hidupnya lebih baik dibandingkan seseorang yang tidak terikat dalam pernikahan.

g. Dukungan Keluarga

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan dukungan keluarga terbanyak yaitu dukungan keluarga rendah sebanyak 22 orang responden (53,7%), dukungan keluarga tinggi 19 orang responden (46,3%). Penelitian ini didukung dengan penelitian Sulistiyawati dan Kurniawan (2012), dimana didapatkan dukungan keluarga terbanyak yaitu dukungan keluarga baik sebanyak 21 orang responden (65,5%) dan didapatkan hasil terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat stress pada pasien TB usia produktif yang dilakukan pada 32 responden sangat berhubungan dengan hasil uji statistik didapatkan p value $0,018 < (\alpha=0,05)$. Responden yang mendapatkan dukungan baik menunjukkan keluarga menyadari bahwa klien sangat membutuhkan kehadiran keluarga sebagai orang terdekat bagi klien yang selalu siap memberikan dukungan berupa informasi, penghargaan, instrumental, dan emosional bagi klien. (Luthfryanti & Nafiah, 2016).

Menurut Soekanto (2009), bahwa peranan keluarga yang dimaksud adalah keikutsertaan anggota keluarga atas dasar kemauan sendiri tanpa perintah atau paksaan dari pihak lain merupakan bentuk partisipasi murni. Peranan keluarga dapat dilihat diantaranya adalah memberikan makan dan minum, menyuruh berjalan-jalan serta mengajarkan batuk dengan mengeluarkan sputum yang dilakukan sebanyak tiga kali pengambilan sampel.

h. Kualitas Hidup

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 41 responden didapatkan hasil bahwa sebagian besar kualitas hidup responden berada pada kualitas hidup baik sebanyak 21 orang responden (51,2%). Kualitas hidup digambarkan sebagai suatu persepsi atau pandangan subjektif dari responden TB paru terhadap kepuasan dan penerimaan kondisi dirinya. Kualitas hidup pada penderita TB paru sangat penting untuk diperhatikan karena penyakit infeksi ini bersifat kronis dan progresif sehingga berdampak luas pada segala aspek kehidupan baik fisik, psikologis, hubungan sosial, maupun lingkungan. (Hastuti, Setiawan & Fikri, 2014).

Kualitas hidup ini sangat penting untuk mendapatkan perhatian serius karena kualitas hidup ini merupakan sesuatu hal yang berhubungan erat dengan morbiditas dan mortalitas, hal yang bertanggung jawab terhadap kondisi kesehatan seseorang, berat ringannya penyakit, lama pengobatan, bahkan sampai dapat memperparah kondisi penyakit hingga kematian apabila seseorang tersebut memiliki kualitas hidup yang kurang baik (Zainuddin, 2015). Menurut Hastuti, Setiawan dan Fikri (2014) kualitas hidup kurang baik pada penderita TB paru dikarenakan adanya gangguan kesehatan fisik yang menyebabkan terganggunya aspek-aspek kehidupan, terganggunya kesehatan fisik dan pengobatan yang cukup lama pada penderita TB paru.

2. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien TB paru

Hasil uji statistik didapatkan nilai $Pvalue = 0,018 < \alpha 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien pada pasien TB paru. Kemudian dari hasil analisis diperoleh OR (6,000) yang artinya pasien dengan dukungan keluarga tinggi 6,000 kali memiliki kualitas hidup yang baik dibandingkan pasien yang dukungan keluarganya rendah.

Menurut Friedman (2010), dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga juga berfungsi sebagai sistem anggotanya dan anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung, selalu siap memberikan pertolongan dengan bantuan jika diperlukan. Menurut Ali (2009), dukungan keluarga adalah dukungan verbal dan non verbal, bantuan yang nyata atau tingkah laku

yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya.

Dukungan keluarga erat kaitannya dalam menunjang kualitas hidup seseorang (Zade, Kople & Block, 2003). Hal ini dikarenakan kualitas hidup merupakan suatu persepsi yang hadir dalam kemampuan, keterbatasan, gejala serta sifat psikososial hidup individu baik dalam konteks lingkungan budaya, nilai dalam menjalani peran dan fungsinya sebagai mestinya (Zadeh, Kople & Block, 2003). Kualitas hidup merupakan suatu konsep yang berhubungan dengan kesejahteraan penderita baik segi fisik, psikologis, hubungan sosial, maupun lingkungan. Dari hasil pengamatan penelitian selama melakukan penelitian tampak adanya hubungan baik antara pasien dengan keluarga pasien. Beberapa responden mengalami dukungan yang diberikan keluarga membuat pasien menjadi lebih semangat untuk menjalani pengobatan dan termotivasi untuk bisa sembuh dari penyakitnya, selain itu keluarga juga mengingatkan pasien untuk teratur dalam minum obat, kontrol ulang dan mengantarkannya.

SIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden paling banyak mayoritas responden berumur 22-44 tahun dengan persentase 53,7%, responden berjenis kelamin laki-laki dengan persentase 68,3%, responden menurut tingkat pendidikan terbanyak yaitu SMA sebanyak 33,1%, pekerjaan terbanyak yaitu wiraswasta 41,5%, lama mengalami penyakit terbanyak yaitu kurang dari 6 bulan 68,3%, status pernikahan terbanyak yaitu sudah menikah 95,1%.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, didapatkan data dukungan keluarga rendah 22 orang (53,7%), dukungan keluarga tinggi 19 orang (46,3%) dan responden yang mendapatkan kualitas hidup baik 21 orang (51,2%), responden mendapatkan kualitas hidup buruk 20 orang (48,8%). Hasil uji Chi-Square dukungan keluarga dengan kualitas hidup diperoleh nilai $p=0,018$ yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien TB paru.

Saran

Bagi institusi pendidikan khususnya keperawatan, hendaknya senantiasa mengembangkan ilmu pengetahuan tentang pentingnya dukungan keluarga dan kuliats hidup dalam meningkatkan pengobatan TB paru.

Bagi institusi pendidikan penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai *evidence based practice* dalam upaya pengembangan ilmu pengetahuan untuk masa yang akan datang dalam mengatasi kualitas hidup khusus nya pada pasien TB paru.

Bagi pihak puskesmas, diharapkan dapat memberikan informasi yang jelas dan lengkap kepada pasien TB paru serta keluarga pasien tentang pengobatan TB paru, selain itu diharapkan dapat meningkatkan kepedulian terhadap pasien TB paru agar pasien semangat dalam mengikuti pengobatan dan tidak mengalami putus obat pada pasien.

Bagi peneliti selanjutnya, hasil penelitian ini dapat berguna bagi peneliti selanjutnya sebagai pembanding untuk melakukan penelitian lebih lanjut dan perlu dikembangkan dengan metode dan desain yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

Ali, Z. (2009). *Pengantar keperawatan keluarga*. Jakarta: EGC.

Anggraeni, D. S. (2011). *Stop tuberkulosis*. Bogor: Bogor Publishing House.

BPS Kota Pekanbaru. (2014). *Jumlah penduduk pekanbaru*. Diperoleh tanggal 15 Mei 2015 dari <http://www.pekanbarukota.bps.go.id>.

Dermawanti. (2014). *Hubungan komunikasi interpersonal petugas kesehatan terhadap kepatuhan pasien menjalani pengobatan TB paru di Puskesmas Sunggal Medan Tahun 2014*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara Medan. Diperoleh tanggal 2 Januari 2014 dari <http://jurnal.usu.ac.id/index.php/kpkb/article/download/6703/480>

Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru. (2016). *Rekapitulasi Penemuan Kasus Tuberculosis tahun 2016*. Pekanbaru: Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru

Depkes RI. (2009). *Buku saku kader program penanggulangan TB*. Diperoleh tanggal 26 Februari 2017 dari <http://www.tbIndonesia.or.id/opendir/Buku/buku-saku-tbrevfinal.pdf>

Erawatyningsih, E., Purwanta & Subekti, H. (2009). *Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat penderita tuberculosis paru*. Berita Kedokteran Masyarakat, 25(3): 117-124

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori, dan praktik, alih bahasa*, Akhir Yani S. Hamid dkk; Edisi 5. Jakarta: EGC

Hastuti, I. D., Setiawan, R., Fikri, J. (2014). *Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada penderita tuberculosis paru di balai kesehatan kerja masyarakat Provinsi Jawa Barat tahun 2014*. Diperoleh pada tanggal 15 juni 2017 dari <http://ejurnal.stikesbhaktikencana.ac.id/file>.

Hellen. W, (2007). *Altered Living: Coping, Hope and Quality of Life After Stroke*, *British Journal of Nursing*, Vol: 16, No.20. Diperoleh tanggal 22 Januari 2017 dari <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282707-T%20Upik%20pdf>

Hidayat, A. A. A. (2007). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data*. Jakarta: Salemba medika

Kemenkes RI. (2015). *Pusat data dan informasi kementerian RI*. Diperoleh tanggal 9 Desember 2016 dari <http://www.depkes.go.id>

Kemenkes RI. (2016). *Tuberculosis Temukan Obati Sampai Sembuh*. Jakarta. Diperoleh tanggal 10 Januari 2017 dari <http://jurnal/InfoDatin-2016-TB.pdf>

Kemenkes RI. (2013). *Profil kesehatan Indonesia*. Diperoleh tanggal 5 Desember 2016 dari <http://www.depkes.go.id>

Luthfiyanti & Nafiah. (2016). *Hubungan dukungan sosial emosional dan informasi dengan tingkat kecemasan pada pasien tuberculosis paru di wilayah kerja Puskesmas Tirto Kabupaten Pekalongan*. Diperoleh tanggal 15 juni 2017. Dari <http://www.e-skripsi.stikesmuh-pkj.ac.id/e-skripsi/index.php?p=1198&bid=1260>

- Maulidia D.F., (2014). *Hubungan antara dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat Pada penderita Tuberkulosis Di wilayah Ciputat Tahun 2014*, Skripsi, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta. Diperolehtanggal 19 Desember 2016 dari <http://repository.uinjkt.ac.id>
- Notoatmodjo, S.A. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ningsih, G. Z. (2010). *Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya putus obat pada penderita TB paru*. Skripsi PSIK UR. Tidak dipublikasikan
- Prisilia, M. T. (2012). *Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pasien tuberculosis paru Di Poli Paru BLU RSUP Prof. DR. R. D Kandau*. Diperolehtanggal 19 Desember 2016 dari <http://ejournal.unsrat.ac.id>.
- Panjaitan, F. (2012). *Karakteristik penderita tuberculosis paru dewasa rawat inap di rumah sakit umum DR. Soeroso Pontianak periode September-November*. Diperoleh tanggal 15 juni 2017 dari <http://jurnal.untan.ac.id/index.php/jfk/article/download/1758/1699>
- Putra, R. N. (2011). *Hubungan perilaku dan kondisi sanitasi rumah dengan kejadian TB paru*. Diperoleh tanggal 15 juni 2017 dari <http://www.repository.unand.ac.id/16890>
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamental keperawatan Vol 2. (Ed 7)*. Jakarta: Salemba Medika
- Rachmawati, T. & turniani, L. (2006). *Pengaruh dukungan sosial dan pengetahuan tentang penyakit Tb terhadap motivasi untuk sembuh penderita tuberculosis paru yang berobat di Puskesmas*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 9 No. 3 Juli 2006: 134-141. <http://jurnal.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/9306134141.pdf>. Diakses:24 Januari 2017.
- Sarason, (2008). *Dukungan Sosial Keluarga*. Diperoleh tanggal 24 Januari 2017 dari <http://elearning.sosial.ac.com>
- Sari, P. R., Ali, I. A., & Nahariani, P. (2012). *Hubungan tingkat sosial ekonomi dengan angka kejadian TB paru bta positif di wilayah kerja puskesmas peterongan jombang tahun 2012*. Diperoleh tanggal 26 Juni 2017 dari <http://stikespemkabjombang.ac.id/ejurnal/index.php/juli-2013/article/download/11/14>
- Sari, R. M., Thobari, J.A., & Andayani, M. T.(2011). *Evaluasi kualitas hidup pasien DM tipe 2 yang diterapi rawat jalan dengan anti diabetik oral di RSUP dr. sardjito*. Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi. Diperoleh tanggal 15 juni 2017 dari <http://jmpf.farmasi.ugm.ac.id>.
- Sulistiyawati & Kurniawati, T. (2012). *Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat stress pada pasien tuberculosis usia produktif di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Diperoleh tanggal 14 Juni 2017 dari <http://opac.unisayogya.ac.id/902/1/NASKAH%20PUBLIKASI%20SULISTIYAWATI%20PDF>
- Stanley & Beare. (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta,EGC.
- Sastroasmoro, Sudigo & Ismael. (2010) . *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi 3. Cetak 2. Jakarta: Sagung Seto.
- Soekanto, S. (2009). *Sosiologi keluarga* . Jakarta:TIM Syarif, M. B. (2015). *Efektifitas pendidikan kesehatan dengan audio visual terhadap pengetahuan dan perilaku hidup sehat keluarga tentang pencegahan penularan TB paru*. Skripsi PSIK UR. Tidak dipublikasikan
- Ulfah, M. (2011). *Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB Di wilayah kerja puskesmas Pamulung Kota Tangerang Selatan*. Diperoleh tanggal 25 Januari 2017 dari <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25594/1/FKIK.pdf>
- WHO. (2015), *Global tuberculosis report 2015* . Diperoleh tanggal 20 Desember 2016 dari <http://www.who.library.cataloguing-in-publication/data>
- Yunianti, R. N.(2012). *Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada penderita tuberculosis paru (Tb Paru) di Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru*. Yogyakarta . Jurnal Tuberkulosis Indonesia, Volume 8 Diperoleh pada tanggal 11 Desember 2016 <http://ppti.info/ArsipPPTI/PPTI-Jurnal-Maret-2012.pdf>
- Zadeh, K. K., Koople, J. D., & Blok, G. (2003). *Association among SF -36 quality of life measures and nutrition, hospitalization and*

- mortality in haemodialysis*. Diperoleh pada tanggal 22 Desember 2016 . <http://www.asjournals.org>.
- Zainuddin, M. (2015). *Hubungan stress dengan kualitas hidup penderita diabetes mellitus tipe 2*. Skripsi PSIK UR. Tidak dipublikasikan
- Zulianan, Imelda, (2009). *Pengaruh karakteristik individu, faktor pelayanan kesehatan dan faktor peran PMO terhadap tingkat kepatuhan penderita tb paru dalam pengobatan di puskesmas pecan labuhan kota medan*, Medan: Skripsi FKM USU