

GAMBARAN TINGKAT KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN DIANGNOSA TB PARU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BULUROKENG KEC. BIRINGKANAYA KOTA MAKASSAR

Suhartatik¹, Azniah², Hudzayfa Hadis³

¹STIKES Nani Hasanuddin Makassar

²STIKES Nani Hasanuddin Makassar

³STIKES Nani Hasanuddin Makassar

(Alamat Korespondensi : [hudzayfauci19@gmail.com/085298554072](mailto:hudzayfauci19@gmail.com))

ABSTRAK

TB paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi mycobacterium Tuberkulosis. Salah satu penyakit yang sering dijumpai pada keluarga adalah Tuberkulosis (TB) paru dan penyembuhannya memerlukan perawatan serta perhatian dari anggota keluarga lainnya. Penyembuhan TB paru membutuhkan waktu yang cukup lama, oleh karena itu peran keluarga dalam perawatan penderita sangat penting. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan informasi tingkat kemandirian keluarga dalam merawat pasien dengan diangnosa TB paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Bulurokeng Kec. Biringkanaya Kota Makassar. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian non experimental(hubungan /asosiasi) dengan pendekatan deskriptif. Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh anggota keluarga denga pasien TB di wilayah kerja puskesmas Bulurokeng dan sampel dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki pasien TB yang berjumlah 28 keluarga yang memenuhi kriteria inklusi dengan teknik pengambilan sampel *total sampling* . data yang telah di kumpulkan kemudian di olah dan di analisis dengan menggunakan computer program exel dan program statistic (SPSS 24,0) yang sesuai. Analisis data pada penelitian ini bersifat univariat menggunakan uji test T Dependen. Kesimpulan dalam penelitian ini adalah tidak nampak adanya perbedaan antara jenis kelamin, umur, pedidikan dan pekerjaan mana yang paling baik dalam mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan.

Kata kunci : Keluarga, Kemandirian, TB paru

PENDAHULUAN

TB paru adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi mycobacterium Tuberkulosis. Sumber penularan yaitu pasien TB BTA (bakteri tahan asam) positif melalui percik renik dahak yang di keluarkannya. TB dengan BTA negatif juga masih memiliki kemungkinan menularkan penyakit TB meskipun dengan tingkat penularan yang kecil. (Kementrian kesehatan, 2015)

Menurut *world health Organization* (WHO), Global Tuberculosis Report tahun, 2015 Tuberkulosis merupakan penyakit yang menjadi pusat perhatian global. Dengan berbagai upaya pengendalian yang dilakukan, insidens dan kematian akibat tuberkulosis telah menurun, namun tuberkulosis di perkirakan masih menyerang 9,6 juta orang dan menyebabkan 1,2 juta kematian pada tahun 2014. India, Indonesia dan China merupakan negara dengan penderita tuberkulosis terbanyak yaitu berturut-turut 23%, 10% dan 10% dari seluruh penderita di dunia (Kementrian Kesehatan, 2015).

Tahun 2015 ditemukan jumlah kasus tuberculosis sebanyak 330.910 kasus, meningkat bila di dibandingkan semua kasus tuberculosis yang ditemukan pada tahun 2014 yang sebesar 324.539 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang di laporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Kasus tuberculosis di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia. (Kementrian Kesehatan, 2015)

Indonesia merupakan negara dengan pasien TB terbanyak ketiga di dunia setelah india dan cina. Di perkirakan jumlah pasien TB di Indonesia sekitar 10% dari total jumlah pasien TB di Indonesia. TB merupakan pembunuh nomor satu penyakit menular dan menduduki urutan ketiga dari 10 penyakit pembunuh tertinggi di Indonesia. Tahun 1992 berdasarkan data Survei kesehatan Rumah Tangga (SKRT) TB merupakan pembunuh nomor 2 di Indonesia. Angka kematian TB mencapai 140.000 orang pertahun atau 8% dari korban meninggal di dunia. Meskipun

demikian Indonesia merupakan negara pertama di antara *high burden country* (HBC) di wilayah Asia tenggara yang mampu mencapai target global TB untuk deteksi kasus dan keberhasilan pengobatan pada tahun 2006. Sehingga tahun 2010 Indonesia turun peringkat kelima di dunia setelah India, Cina, Afrika Selatan dan Nigeria. (Nurjana, 2015)

Jumlah penderita penyakit tuberkulosis di Sulawesi Selatan masih tinggi. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2011, penderita penyakit menular ini mencapai 8.939 kasus dengan peningkatan jumlah penderita sebesar 55 %. Angka ini meningkat signifikan dibanding tahun sebelumnya yang hanya 7.820 kasus. Dalam hal ini penyakit TB masih menjadi masalah serius yang perlu penanganan yang khusus dan lebih lanjut. (Dinkes Sulsel, 2015)

Jumlah pasien pada golongan penyakit TB Paru BTA (+) pada tahun 2013 di Balai Besar Kesehatan Paru Kota Makassar mencakup 563 penderita, sedangkan pada golongan penyakit TB Paru BTA (-) lebih banyak yang mencakup 6.341 penderita. Sedangkan data kunjungan rawat jalan berdasarkan jenis kelaminnya pada bulan Januari – Juni Tahun 2003 laki-laki berjumlah 7776 dan perempuan berjumlah 6358. Dalam hal ini jumlah laki-laki lebih banyak dari pada perempuan. (Dinkes Sulsel, 2015)

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga. Jika salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan akan mempengaruhi anggota keluarga lain dan keluarga yang ada di sekitarnya. Salah satu penyakit yang sering dijumpai pada keluarga adalah Tuberkulosis (TB) paru dan penyembuhannya memerlukan perawatan serta perhatian dari anggota keluarga lainnya. Penyembuhan TB paru membutuhkan waktu yang cukup lama, oleh karena itu peran keluarga dalam perawatan penderita sangat penting. (Marwansyah, 2015)

Berdasarkan pengambilan data awal di Puskesmas bulurokeng kec. Biringkanaya kota Makassar menunjukkan bahwa jumlah pasien pada tahun 2015 sebanyak 23 penderita TB meningkat pada tahun 2016-2017 sebanyak 28 penderita sehingga peningkatan jumlah pasien perlu mendapat perhatian dari keluarga.

BAHAN DAN METODE

Lokasi, Poulasi, dan Sampel

Jenis penelitian ini bersifat *deskriptik* bertujuan untuk mendapatkan gambaran yang

akurat dari sejumlah karakteristik masalah yang diteliti. Penelitian *deskriptik* berguna untuk mendapatkan makna baru. Menggambarkan kategori suatu masalah, menjelaskan frekuensi suatu kejadian dari sebuah fenomena.

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas bulurokeng kecamatan Biringkanaya kota Makassar ada tanggal 12 Juni-12 Juli 2017. Populasi adalah seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Sujarweni, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga Penderita TB Paru. Sampel adalah bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Populasi yang digunakan untuk penelitian (Sujarweni, 2014). Jumlah sampel dalam penelitian ini yaitu 28 responden. Pengambilan sampel menggunakan teknik *non probability sampling* yaitu *total sampling*, yaitu pengambilan anggota sampel dengan menjadikan semua populasi sebagai sampel penelitian dengan pertimbangan jumlah sampel anggota populasi yang jumlahnya sedikit (Sujarweni, 2014). Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi
 - a. Pasien Penderita TB paru
 - b. Keluarga dengan pasien TB paru yang bertempat tinggal di wilayah bulurokeng
 - c. Bersedia menjadi responden dan siap untuk di wawancarai untuk pengambilan data dengan menandatangani lembar persetujuan
 - d. Bersedia memberi jawaban sesuai data yang diinginkan
2. Kriteria eksklusi
 - a. Tidak bersedia jadi responden
 - b. Keluarga dengan pasien TB paru yang tidak bertempat tinggal di wilayah bulurokeng

Pengumpulan Data

1. Mengumpulkan data dari hasil kuesioner memasukkan data ke dalam kolom-kolom di Microsoft Excel
2. Pengolahan data dengan menggunakan aplikasi SPSS
3. Membuat tabel data

Analisis Data

Dilakukan untuk mendapatkan gambaran umum dengan cara mendeskripsikan tiap variabel yang digunakan dalam penelitian yaitu distribusi frekuensinya.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Kemandirian Keluarga Pasien TB Paru

Karakteristik	n	%
Mengenal Masalah		
Baik	25	89,3
Kurang baik	3	10,7
Mengambil Keputusan Untuk Mengatasi Masalah		
Tepat	20	71,4
Kurang tepat	8	28,6
Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit		
Mampu Merawat	17	60,7
Kurang Merawat	11	39,3
Memodifikasi Lingkungan		
Mampu	25	89,3
Kurang mampu	3	10,7
Menggunakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan		
Mampu Menggunakan	26	92,2
Kurang Menggunakan	2	7,1

Berdasarkan tingkat kemandirian keluarga dalam mengenal masalah pada pasien TB dilihat dari keseluruhan responden bahwa mayoritas pendamping keluarga baik mengenal masalah yaitu sebanyak 25(89,3%) responden. Dilihat dari keseluruhan responden bahwa mayoritas pendamping keluarga tepat dalam mengambil keputusan untuk mengatasi masalah yaitu sebanyak 20(71,4%). Dilihat dari keseluruhan responden bahwa mayoritas pendamping keluarga mampu dalam merawat keluarga yang sakit yaitu sebanyak 17(60,7%) responden. Dilihat dari keseluruhan responden bahwa mayoritas pendamping keluarga mampu dalam memodifikasi lingkungan yaitu sebanyak 25(89,3%) responden. Dilihat dari keseluruhan responden bahwa mayoritas pendamping keluarga mampu dalam menggunakan fasilitas pelayanan yaitu sebanyak 26 (92,9%) responden.

PEMBAHASAN

1. Gambaran Tingkat Kemandirian Keluarga Dalam Mengenal Masalah

Berdasarkan tingkat kemandirian keluarga dalam mengenal masalah pada pasien TB dilihat dari keseluruhan responden bahwa mayoritas pendamping keluarga baik dalam mengenal masalah pada pasien TB paru yaitu sebanyak 25 (89,3%) responden. Peran keluarga merupakan salah satu faktor yang sangat dibutuhkan dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Peran keluarga yang dimaksud adalah seberapa besar perhatian

yang di berikan dari pihak keluarga dalam mengenali masalah yang dialami oleh penderita TB paru.

Hasil penelitian ini dilakukan dengan kunjungan rumah kepada keluarga penderita TB paru, disertai dengan petugas kesehatan yang memungkinkan adanya keberlanjutan dalam proses belajar, karena ada informasi yang disampaikan, serta memungkinkan komunikasi dua arah hingga bila masih ada hal yang masih belum dipahami oleh keluarga, maka memungkinkan dilakukan pengulangan kembali terhadap materi belajar sebelumnya, hingga keluarga benar-benar sudah paham benar tentang materi yang disampaikan, meliputi pengertian penyakit TB, penyebab, cara penularan, tanda dan gejala, pengobatan, cara mencegah penularan, lingkungan rumah yang sehat. Kunjungan seperti ini dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenal masalah pasien, karena keluarga dibekali dengan pengetahuan yang cukup tentang gejala, komplikasi dan ciri ciri penyakit TB.

Hasil penelitian Marwansyaf (2015) menunjukkan bahwa pada kelompok perlakuan edukasi ketika dilakukan pre test kemampuan mengenal masalah kesehatan sebagian besar dalam katagori kurang dan setelah dilakukan intervensi edukasi TB pada kelompok perlakuan sebagian besar meningkat menjadi katagori baik sedangkan kelompok kontrol ketika dilakukan pre test sebagian besar kurang dan setelah dilakukan post test kemampuan mengenal masalah sudah baik. Meningkatnya kemampuan mengenal masalah kesehatan pada kelompok perlakuan tidak terlepas dari adanya pemberian pengetahuan tentang konsep penyakit, pengobatan dan pencegahan penularan penyakit disertai dengan demonstrasi dan pelatihan kepada keluarga.

Menurut Kurt Lewin, 1970 dalam Notoatmodjo (2007) yang mengatakan bahwa perubahan pengetahuan pada dasarnya merupakan proses belajar, dan proses belajar akan lebih efektif apabila stimulus yang diberikan sesuai dengan kebutuhan individu, dilakukan secara intensif dan berkala atau berkelanjutan. Dilakukan 3 (tiga) kali kunjungan rumah kepada keluarga penderita TB paru pada kelompok perlakuan, memungkinkan adanya keberlanjutan dalam proses belajar, serta memungkinkan komunikasi dua arah hingga bila masih ada hal yang masih belum dipahami oleh keluarga, maka

memungkinkan dilakukan pengulangan kembali terhadap materi belajar sebelumnya, hingga keluarga benar-benar sudah paham benar tentang materi yang disampaikan, meliputi pengertian penyakit TB, penyebab, cara penularan, tanda dan gejala, pengobatan, cara mencegah penularan, lingkungan rumah yang sehat.

2. Gambaran Tingkat Kemandirian Keluarga Dalam Mengambil Keputusan Untuk Mengatasi Masalah

Berdasarkan tingkat kemandirian keluarga dalam mengambil keputusan untuk mengatasi masalah pada pasien TB di lihat dari keseluruhan responden bahwa mayoritas pendamping keluarga tepat dalam mengambil keputusan untuk mengatasi masalah yaitu sebanyak 20(71,4%). Kemandirian keluarga merupakan salah satu faktor yang sangat dibutuhkan dalam merawat anggota keluarga sakit. peran keluarga yang dimaksud adalah seberapa besar keluarga mampu dalam mengambil keputusan untuk mengatasi masalah yang di alami oleh penderita TB paru.

Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk mengatasi masalah yang baik dapat memberikan dampak yang positif pada keluarga yang sedang sakit, penderita tidak menanggung penyakitnya sendirian sebaliknya jika kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan kurang, hal ini dapat memberikan dampak negatif bagi keluarga yang sedang sakit misalnya penderita mungkin merasa tidak diperhatikan kebutuhannya. Beberapa contoh perilaku yang menunjukkan bahwa keluarga mampu mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat adalah memutuskan penderita dibawa berobat ke tempat pelayanan kesehatan, memberikan makanan yang tinggi kalori, protein, vitamin dan mineral. Memutuskan untuk selalu mengawasi penderita TB minum obat secara teratur serta mencegah supaya penyakit TB tidak menular kepada keluarga lainnya

Hasil penelitian sebelumnya ini di dukung oleh penelitian Marwansyah, (2015) mengatakan bahwa kemampuan dalam mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat terhadap penderita TB Paru pada keluarga setelah post test pada kelompok perlakuan sebagian besar dalam katagori baik (62,5%) sedangkan pada kelompok kontrol setelah di lakukang post test juga sebagian besar dalam katagori baik (87,5%).

Menurut Sudiharto (2007), untuk mengambil keputusan untuk mencari pertolongan karena menonjolnya suatu masalah yang dirasakan oleh keluarga. Keluarga memandang masalah keperawatan berkaitan dengan berat dan mendesaknya masalah tersebut segera diatasi. Beberapa cara pandang keluarga dan berkaitan dengan pengambilan keputusan adalah masalah dirasakan berat dan harus segera diatasi, masalah dirasakan tetapi tidak perlu segera diatasi, dan atau masalah tidak dirasakan sama sekali oleh keluarga.

Faktor budaya juga dapat mempengaruhi keluarga dalam mengambil keputusan tindakan. Menurut Foster (1973) dikutip dari Notoatmodjo (2005) menyebutkan bahwa aspek budaya dapat mempengaruhi kesehatan seseorang antara lain adalah tradisi, sikap fatalism, nilai, ethnocentrism dan unsur budaya dipelajari pada tingkat awal dalam proses sosialisasi. Kadang- kadang seorang penderita dengan kondisi yang sudah parah terlambat mendapatkan pertolongan hanya karena harus menunggu keluarga lainnya datang untuk memutuskan tindakan.

3. Gambaran Tingkat Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Yang Sakit

Berdasarkan tingkat kemandirian keluarga dalam merawat anggota keluarga pada pasien TB di lihat dari keseluruhan responden bahwa mayoritas pendamping keluarga mampu dalam merawat keluarga yang yaitu sebanyak 17(60,7%) responden. Peran yang dimaksud adalah seberapa besar perhatian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit dalam hal ini pasien dengan diagnosa TB paru.

Ketidak mampuan keluarga dalam memberikan perawatan pada keluarga yang sakit dapat disebabkan oleh kurangnya informasi tentang konsep penyakit, pengobatan, perawatan dan pencegahan penularan penyakit TB paru yang dapat berdampak terhadap perilaku kesehatan keluarga, meningkatkan risiko penularan dan kambuhnya penyakit bahkan menimbulkan kematian. Petugas kesehatan yang ada di Puskesmas khususnya yang menangani program pemberantasan TB paru seringkali tidak memberikan informasi yang cukup kepada penderita maupun keluarganya, informasi yang diberikan hanya sekitar pemeriksaan dahak, rontgen, cara minum obat dan

kapan harus kontrol kembali ke Puskesmas.

Demikian juga dengan kemampuan keluarga tentang pencegahan penularan ketika penderita TB batuk, banyak keluarga menjawab membiarkan saja atau menghindari dan menjauhi penderita, semestinya keluarga harus mengingatkan kepada penderita TB yang sedang batuk di lingkungan rumah dengan menutup mulut dengan sapu tangan/tissue dengan demikian risiko penularan penyakit dapat dihindari.

Hal di atas sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Sjattar, Elly, Burhanuddin, dan Siti (2012) membuktikan bahwa penerapan model keluarga untuk keluarga yang merupakan integrasi dari konsep model dan teori keperawatan Self Care dan Family-Centered Nursing (SCFCN) dengan cara edukasi suportif pada keluarga yang dilakukan sebanyak tiga kali pertemuan selama tiga minggu sangat berpengaruh terhadap kemandirian keluarga merawat anggota keluarga yang menderita tuberkulosis yang ditandai adanya peningkatan pengetahuan dan kemandirian keluarga pada saat kunjungan rumah.

Menurut Depkes RI (2007) menyebutkan bahwa keteraturan minum obat sangat penting dilakukan untuk mencegah bakteri menjadi resisten. Untuk dapat mengetahui keteraturan minum obat dari penderita TB paru, pengawasan ketat oleh keluarga serumah sangat diperlukan, bahkan jika memungkinkan keluarga perlu dibimbing dan dibekali dengan metode termudah yang dianggap mampu memantau "sudah ataukah belum diminum" obat TB paru oleh penderita.

4. Gambaran Tingkat Kemandirian Keluarga Dalam Memodifikasi Lingkungan Untuk Menunjang Kesehatan

Berdasarkan tingkat kemandirian keluarga dalam memodifikasi lingkungan untuk menunjang kesehatan pada pasien TB di lihat dari keseluruhan responden bahwa mayoritas pendamping keluarga mampu dalam memodifikasi lingkungan untuk menunjang kesehatan yaitu sebanyak 25(89,3%) responden. Peran keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu bagaimana keluarga mampu dalam memodifikasi lingkungan untuk menunjang kesehatan pada penderita TB paru misalnya memperbaiki ventilasi udara untuk menjaga agar aliran udara di dalam rumah tetap segar.

Penelitian ini difokuskan pada kondisi lingkungan rumah yang berhubungan dengan penyakit TB paru yaitu ventilasi, pencahayaan, kepadatan dan kebersihan lantai rumah. Keadaan rumah keluarga di wilayah puskesmas Bulurokeng kec. Biringkanaya sebagian besar merupakan bangunan semi permanen, dan rumah panggung di sekitar rumah terdapat pohon/ tumbuhan yang sebagian penduduk digunakan sebagai pelindung dari cahaya matahari agar tidak terasa panas. Kebanyakan lingkungan rumah keluarga belum memenuhi syarat kesehatan, hal ini akan berpengaruh pada penyebaran penyakit termasuk penyakit TB. Semua rumah sebagian besar sudah mempunyai jendela, hanya saja ada beberapa keluarga tidak membuka jendela. Jendela atau ventilasi yang dibuka setiap hari berfungsi untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri terutama bakteri pathogen. Ventilasi juga menjaga agar aliran udara di dalam rumah tetap segar, hal ini berarti keseimbangan O₂ yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya O₂ di dalam rumah yang berarti kadar CO₂ yang bersifat racun bagi penghuninya menjadi meningkat.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Muhtar (2013), yang mengatakan bahwa untuk bertindak dalam perawatan diri dibutuhkan keterampilan, keyakinan akan keberhasilan diri (self efficacy), semangat dan motivasi yang tinggi untuk selalu berusaha mencapai tujuan yang diinginkan. Peran perawat dalam hal ini keluarga adalah memberikan keterampilan kepada penderita TB Paru, menguatkan faktor psikologis dengan cara meningkatkan kemampuan kognitif baik dengan membangkitkan motivasi penderita maupun menstimulasi self efficacy penderita bahwa mereka memiliki kemampuan dan sumber daya, karena pada dasarnya self care merupakan perilaku yang dapat dipelajari, dan setiap individu memiliki potensi untuk belajar dan berkembang.

Dalam praktek keperawatan di komunitas, aspek lingkungan menjadi salah satu prioritas yang penting dalam upaya penyembuhan penyakit, beberapa penyakit dapat disebabkan karena pengaruh lingkungan yang tidak sehat sehingga untuk mencegah timbulnya penyakit diperlukan lingkungan yang sehat dan nyaman. Teori keperawatan yang dapat

direkomendasikan dan sesuai dengan kondisi penyakit TB paru adalah teori yang dikemukakan oleh Florence Nightingale yang mengutamakan pada aspek lingkungan dalam penerapannya. Teori Florence Nightingale menyakini kondisi lingkungan yang sehat penting untuk penanganan perawatan yang layak. Komponen lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan antara lain udara segar, air bersih, saluran pembuangan yang efisien, kebersihan dan cahaya (Tomey & Alligood, 2006).

5. Gambaran Tingkat Kemandirian Keluarga Dalam Menggunakan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan tingkat kemandirian keluarga dalam menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan pada pasien TB di lihat dari keseluruhan responden bahwa mayoritas pendamping keluarga mampu dalam menggunakan fasilitas pelayanan yaitu sebanyak 26 (92,9%) responden. Peran keluarga merupakan salah satu faktor yang sangat dibutuhkan dalam merawat anggota keluarga yang sakit jika mengalami gangguan kesehatan. Peran keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah bagaimana keluarga dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang telah disediakan jika penderita TB paru membutuhkan. misalnya dalam kontrol penggunaan obat secara rutin yang harus selalu dilakukan oleh penderita TB paru.

Belum optimalnya pemanfaatan fasilitas kesehatan dapat disebabkan karena beberapa alasan, misalnya letak fasilitas kesehatan yang jauh, petugas yang kurang ramah dan tidak responsive, penderita takut dengan dokter, biaya dan lain-lain. Dalam penelitian ini, beberapa keluarga menjawab jika ada keluarga yang sakit usaha yang mereka lakukan adalah mengobati sendiri dengan membeli obat di warung, dan menggunakan obat tradisional seperti rempah-rempah atau tidak diobati karena dapat sembuh sendiri dan jika tidak sembuh dengan pengobatan sendiri mereka mengambil keputusan untuk membawa ke puskesmas terdekat.

Hasil penelitian marwansyah (2015) menunjukkan bahwa kemampuan dalam menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat pada keluarga setelah post test pada kelompok perlakuan sebagian besar dalam katagori baik (93,8%) sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar dalam katagori cukup (62,5%). Uji statistik menunjukkan bahwa

ada perbedaan kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat pada kelompok perlakuan $p=0,006$ ($p<0,05$) sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan ada perbedaan $p=0,763$ ($p>0,05$).

Menurut Notoatmodjo (2007), persepsi masyarakat terhadap sehat sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan yang akan mempengaruhi dipakai atau tidak dipakainya fasilitas kesehatan yang disediakan. Apabila persepsi sehat sakit masyarakat belum sama dengan konsep sehat sakit kita maka jelas masyarakat belum tentu atau tidak mau menggunakan fasilitas yang diberikan dan pengobatan yang dihasilkan adalah kebudayaan masyarakat lebih diterima oleh masyarakat daripada dokter, perawat atau bidan.

KESIMPULAN

1. Dapat di ketahui gambaran kemandirian keluarga dalam merawat asien dengan diagnosa TB aru di wilayah kerja uskesmas bulurokeng kecamatan biringkanaya kota makassar
2. Tidak adanya perbedaan jenis kelamin, umur, pendidikan, dan pekerjaan dalam mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan, dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan.

SARAN

1. Bagi Petugas kesehatan khususnya erawat yang bertanggung jawab dalam Penanggulangan TB di wilayah kerja uskesmas bulurokng kecamatan biringkanaya diharapkan dapat meningkatkan kemampuannya dalam kegiatan kunjungan rumah dalam Pembinaan terhadap keluarga tentang konsep penyakit, pengobatan, Perawatan, dan pencegahan penularan TB paru terutama untuk penderita yang baru terdiagnosa positif menderita TB
 2. Bagi keluarga penderita tb paru lebih optimal dalam merawat keluarga dalam proses penyembuhan seperti pengawasan dalam pemberian obat, memberikan makan yang tinggi kalori, protei, vitamin, dan mineral
- Bagi peneliti selanjutnya dapat melanjutkan penelitian ini dengan menggunakan metode quasy experimental.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. (2007). *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, edisi 2, Jakarta.
- Dinkes Prov Sulsel. (2015). *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi selatan tahun 2014*. Makassar: Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan.
- [https://www.google.com/search?q=\).+Faktor+Resiko+Terjadinya+Tuberculosis+Paru](https://www.google.com/search?q=).+Faktor+Resiko+Terjadinya+Tuberculosis+Paru)
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta ; Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Marwansyah. (2015). *pengaruh pemberdayaan keluarga penderita tb (tuberculosis) paru terhadap kemampuan melaksanakan tugas kesehatan keluarga di wilayah puskesmas martapura dan astambul kabupaten banjar. di akses pada tanggal 5 Oktober 2015*<https://media.neliti.com/media/publications/20967-ID-the-influence-of-empowering-tb-tuberculosis-patients-family-on-capability-of-im.pdf>
- Muhtar, 2013. *Pemberdayaan Keluarga Dalam Peningkatan Self Efficay dan Self Care Activity Keluarga dan Penderita TB Paru*. Jurnal Ners, Vol.8 No.2, pp.226
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi kesehatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurjana. (2015). *Faktor Resiko Terjadinya Tuberculosis Paru usia Produktif (15-49 Tahun) di Indonesia*. Diakses tanggal 27 agustus 2015
- Sjattar, Elly Lilianty.(2012). *Model Integrasi Self caredan Family Centered Nursing: Studi kasus Perawatan TB Di Makasar*. Yogyakarta: Pustaka Timur.
- Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC
- Sujarweni V, Wiratna (2014). *Metodologi penelitian Keperawatan*, Penerbit Gava Media: Yogyakarta.
- Tomey, M & Alligood. (2006). *Nursing Theoriest And Their Work*. 6th Ed. St Louis: Mosby Elseiver, Inc