

SKRIPSI

**ANALISA FAKTOR KELUARGA YANG BERPENGARUH
TERHADAP KUALITAS HIDUP PENDERITA
TB PARU DI WILAYAH
SURABAYA**



Oleh:

RIZA AGUSTIN
NIM. 1410086

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2018**

SKRIPSI

**ANALISA FAKTOR KELUARGA YANG BERPENGARUH
TERHADAP KUALITAS HIDUP PENDERITA
TB PARU DI WILAYAH
SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh:

RIZA AGUSTIN
NIM. 1410086

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Riza Agustin
Nim : 141.0086
Tanggal Lahir : 14 Agustus 1995
Program Studi : S1 Keperawatan

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul Analisa Faktor Keluarga yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru, saya susun tanpa melakukan tindakan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 04 Juli 2018


Riza A
NIM: 1410086

METERAI TEMPEL
TGL. 20
ID: 37FAFF146538529
6000
ENAM RIBURUPIAH



HALAMAN PERSETUJUAN

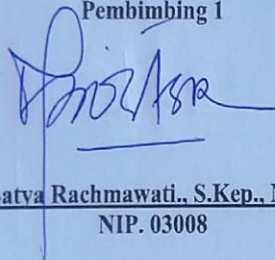
Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Riza Agustin
NIM : 141.0086
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul : Analisa Faktor Keluarga yang Berpengaruh Terhadap
Kualitas Hidup Penderita TB Paru Di Wilayah Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

Pembimbing I



Dhian Satya Rachmawati., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03008

Pembimbing II



Astrida Budiarti M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat
NIP.03025

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : 04 Juli 2018

HALAMAN PENGESAHAN

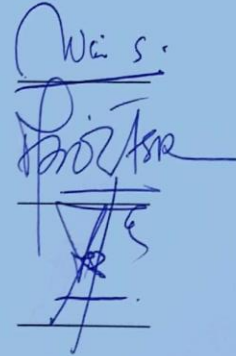
Proposal dari :
Nama : Riza Agustin
NIM : 141.0086
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul : Analisa Faktor Keluarga yang Berpengaruh Terhadap
Kualitas Hidup Penderita TB Paru Di Wilayah Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar "SARJANA KEPERAWATAN" pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 04015

Penguji II : Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03008

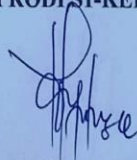
Penguji III : Astrida Budiarti M.Kep., Ns., Sp.Kep.Mat
NIP. 03025



Mengetahui,

STIKES HANG TUAH SURABAYA

PJS KAPRODI S1-KEPERAWATAN



Hidavatus Sya'divah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03009

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 04 Juli 2018

**Judul : Analisa Faktor Keluarga Yang Berpengaruh Terhadap Kualitas
Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya**

ABSTRAK

Penyakit TB Paru merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk batang (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium Tuberculosis*. Pada penderita TB Paru, terjadi perubahan fisik dimana dari perubahan fisik yang semakin menurun dampak tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita. Keluarga sebagai pendukung proses pengobatan dan penyembuhan, bahkan pada masyarakat dapat membantu. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa faktor keluarga yang berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Wilayah Surabaya.

Penelitian ini menggunakan desain *Observasional Analitik* dengan pendekatan *Cross Sectional* dengan pengambilan sampel sejumlah 73 penderita TB Paru secara acak (*simple random sampling*). Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan lembar kuesioner data demografi, tahap perkembangan keluarga, stress & coping keluarga, data lingkungan, dan WHOQOL-BREF. Analisis data menggunakan uji *Chi Square*.

Hasil penelitian ini, menunjukkan bahwa variabel yang berpengaruh secara bermakna dengan kualitas hidup penderita TB Paru adalah tingkat data demografi tipe keluarga 0,000 ($p < 0,05$), sosial ekonomi pendidikan 0,000 ($p < 0,05$), pekerjaan 0,001 ($p < 0,05$), pendapatan 0,002 ($p < 0,05$), stress & coping 0,000 ($p < 0,05$) dan data lingkungan sebesar 0,001 ($p < 0,05$).

Implikasi dari penelitian ini adalah data demografi, stress & coping, data lingkungan berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita TB paru sehingga diperlukan dukungan dari keluarga serta dimasyarakat dalam peningkatan pengobatan proses penyembuhan dan untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Kata Kunci: Data Demografi, Tahap Perkembangan, Stress & Coping, Data Lingkungan, dan Kualitas Hidup Penderita TB Paru

Title: Analysis of Family Factors Affecting Life Quality of Pulmonary TB Patients in Surabaya Area

ABSTRACT

Pulmonary TB disease is an infectious disease which is caused by Mycobacterium Tuberculosis. In patients with TB, which is managed physical changes that can affect patients's quality of life. Family as a supporter of the process of treatment and recovery, even the community can help. This study aims to analyze factors related to the patients's quality of life with pulmonary TB in the Region of Surabaya.

This research used Analytic Observational design with Cross Sectional approach with samples of 73 random pulse TB patients (simple random sampling). Data were collected by demographic data questionnaire, family development stage, family stress & coping, environmental data, and WHOQOL-BREF. Data was analyzed by Chi Square test.

The results of this study showed the variables that significantly influence the quality of life of patients with Pulmonary TB was the level of demographic data of family type 0,000 ($\rho < 0,05$), socioeconomic education 0,000 ($\rho < 0,05$), job 0,001 ($\rho < 0,05$), 0,002 ($\rho < 0,05$), stress & koping 0,000 ($\rho < 0,05$) and environmental data 0,000 ($\rho < 0,05$).

The implications of this research are demography, stress & koping data, environmental data affecting the quality of life of patients with pulmonary TB so that needed support from family and community to improve treatment of healing process and quality of life.

Keywords: Demographic Data, Developmental Stage, Stress & Coupling, Environmental Data, and Quality of Life of Pulmonary TB Patients

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang Berjudul “Analisa Faktor Keluarga yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya” dapat selesai waktu yang telah ditentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga skripsi ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Ibu Wiwiek Liestyningrum, M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa S-1 Keperawatan.
2. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 Keperawatan
3. Ibu Hidayatus Sya'diyah., S.Kep., Ns., M.Kep selaku PJS Ka Program Studi Pendidikan S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Keperawatan.

4. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Penguji Ketua terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan proposal ini.
5. Ibu Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Pembimbing I yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan dan kesempurnaan penyusunan proposal ini.
6. Ibu Astrida Budiarti M.Kep., Ns., Sp.Kep., Mat selaku Pembimbing II yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan proposal ini.
7. Ibu Nadia Oktiary., Amd selaku Kepala Perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan skripsi ini.
8. Seluruh dosen, staff, dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi dan telah membimbing peneliti selama peneliti menuntut ilmu di Program Studi S1-Keperawatan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
9. Bapak Priyo S.Kep., Ns, dan petugas Puskesmas Perak Timur Surabaya yang telah menyediakan tempat penelitian dan membantu proses pengambilan data dalam penyusunan proposal ini.
10. Bapak, ibu, dan keluarga selaku responden dan sebagai pendukung penelitian yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
11. Ibu saya Siti Awanah dan Alm. Ayah tercinta saya Moch. Sugeng beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
12. Teman-teman sealmamater angkatan ke-20 dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa proposal ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Rabbal Alamin.

Surabaya, 04 Juli 2018

Riza Agustin

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	5
1.4.1 Secara Teoritis	5
1.4.2 Secara Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Keluarga	8
2.1.1 Definisi Keluarga.....	8
2.1.2 Tujuan Dasar Keluarga.....	9
2.1.3 Bentuk Keluarga	10
2.1.4 Ciri-Ciri Keluarga.....	15
2.1.5 Tipe Keluarga	15
2.1.6 Tahap Perkembangan Keluarga.....	18
2.1.7 Stres dan Koping Keluarga.....	24
2.1.8 Data Lingkungan	32
2.2 Konsep Tuberkulosis	37

2.2.1	Definisi Tuberkulosis	37
2.2.2	Etiologi	37
2.2.3	Klasifikasi	39
2.2.4	Tanda dan Gejala	39
2.2.5	Sifat Mycobacterium Tuberculosis.....	41
2.2.6	Faktor Penyebab TB Paru.....	42
2.2.7	Patofisiologis	48
2.2.8	Gambaran Klinik	49
2.2.9	Pengobatan TB	50
2.2.10	Pemantauan Kemajuan dan Hasil Pengobatan TB Paru	51
2.3	Konsep Kualitas Hidup.....	52
2.3.1	Definisi Kualitas Hidup	52
2.3.2	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	56
2.4	Model Konsep Keperawatan	64
2.4.1	Model Konsep Keperawatan Friedman	64
2.4.2	Model Konsep Keperawatan Imogene M. King	65
2.5	Hubungan antar Konsep	73
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS		76
3.1	Kerangka Koseptual	76
3.2	Hipotesis	76
BAB 4 METODE PENELITIAN		77
4.1	Desain Penelitian	77
4.2	Kerangka Kerja.....	78
4.3	Waktu dan Tempat Penelitian.....	78
4.4	Populasi, Sampel, dan Sampling Desain	79
4.4.1	Populasi Penelitian	79
4.4.2	Sampel Penelitian	79
4.4.3	Besar Sampel	79
4.4.4	Teknik Sampling.....	80
4.5	Identifikasi Variabel	80
4.6	Definisi Operasional	81
4.7	Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data	83
4.7.1	Instrumen Pengumpulan Data	83
4.7.2	Prosedur Pengumpulan	85
4.7.3	Pengolahan Data	86

4.7.4	Analisis Statistik.....	87
4.8	Etika Penelitian.....	88
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....		91
5.1	Hasil Penelitian.....	91
5.1.1	Gambaran Umum Tempat Penelitian	91
5.1.2	Gambaran Umum Subjek Penelitian	95
5.1.3	Data Umum Hasil Penelitian	95
5.1.4	Data Khusus Hasil Penelitian	99
5.2	Pembahasan	110
5.2.1	Faktor data demografi (tipe keluarga dan sosial ekonomi) terhadap kualitas hidup	111
5.2.2	Faktor tahap perkembangan keluarga terhadap kualitas hidup	122
5.2.3	Faktor stress dan koping keluarga terhadap kualitas hidup.....	125
5.2.4	Faktor data lingkungan keluarga terhadap kualitas hidup	128
5.3	Keterbatasan	132
BAB 6 PENUTUP.....		133
6.1	Simpulan.....	133
6.2	Saran	134
DAFTAR PUSTAKA		136
LAMPIRAN.....		139

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tahap pertama siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan	19
Tabel 2.2	Tahap kedua Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan	20
Tabel 2.3	Tahap ketiga Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan	21
Tabel 2.4	Tahap keempat Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan	21
Tabel 2.5	Tahap kelima Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan	22
Tabel 2.6	Tahap keenam Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan	23
Tabel 2.7	Tahap ketujuh Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan	23
Tabel 2.8	Tahap kedelapan Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan	24
Tabel 2.9	Strategi Koping Internal dan Eksternal Keluarga	26
Tabel 2.10	Skoring Kualitas Hidup	54
Tabel 2.11	Pertanyaan Kualitas Hidup	55
Tabel 4.1	Definisi Operasional Analisa Faktor Keluarga yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya...	81
Tabel 5.13	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018.	96
Tabel 5.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018.	96
Tabel 5.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Bahas Sehari-hari Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018	96
Tabel 5.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018.	97
Tabel 5.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Tipe Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018	97
Tabel 5.6	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018.....	98
Tabel 5.7	Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018	98
Tabel 5.8	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018	99
Tabel 5.9	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018	99
Tabel 5.10	Karakteristik Responden Berdasarkan Tipe Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018 (n=73).....	99
Tabel 5.11	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018 (n=73).....	100
Tabel 5.12	Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Keluarga	

	di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)	100
Tabel 5.13	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018 (n=73)	101
Tabel 5.14	Karakteristik Responden Berdasarkan Tahap Perkembangan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)..	101
Tabel 5.15	Karakteristik Responden Berdasarkan Stress dan Koping Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)..	102
Tabel 5.16	Karakteristik Responden Berdasarkan Data Lingkungan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)..	102
Tabel 5.17	Karakteristik Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)	102
Tabel 5.18	Hasil Uji Normalitas Data Menggunakan Kolmogorov Smirnov (n=73).....	103
Tabel 5.19	Pengaruh faktor data demografi (tipe keluarga) terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)	104
Tabel 5.20	Pengaruh faktor data demografi (sosial ekonomi) pendidikan terakhir terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018 (n=73)	105
Tabel 5.21	Pengaruh faktor data demografi (sosial ekonomi) pekerjaan terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018 (n=73)	106
Tabel 5.22	Pengaruh faktor data demografi (sosial ekonomi) pendapatan terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018 (n=73)	107
Tabel 5.23	Pengaruh faktor tahap perkembangan keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya (n=73).....	108
Tabel 5.24	Pengaruh faktor stress dan koping keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya (n=73).....	109
Tabel 5.25	Pengaruh faktor data lingkungan terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya (n=73)...	110

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Teori Stres Keluarga Menurut Hill (1949) dalam Friedman (2010).....	26
Gambar 2.2	Model T ganda ABCX menurut Mc Cubbin & Patterson, (1980) dalam (Maryam, 2016).....	30
Gambar 2.3	Model konsep pengkajian keperawatan keluarga menurut Friedman (1998) dalam (Padila, 2012)	65
Gambar 2.4	Sistem konseptual dinamis (From King, I. (1981). A theory for nursing: System, concepts, process (Alligood, 2017).	73
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian Analisa Faktor Keluarga Yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.	76
Gambar 4.1	Kerangka kerja penelitian analisa faktor keluarga yang berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Wilayah Surabaya.....	78

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	139
Lampiran 2 Halaman Motto dan Persembahan.....	140
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian	142
Lampiran 4 Uji Etik	146
Lampiran 5 Lembar Informasi Untuk Persetujuan Responden.....	147
Lampiran 6 Surat Persetujuan Menjadi Responden.....	148
Lampiran 7 Kuesioner.....	149
Lampiran 8 Row Data (Rekap dan Hasil Penelitian	175
Lampiran 9 Output Hasil Analisi dengan Menggunakan Software Computer	160

DAFTAR SINGKATAN

ATS	: <i>Anti Tuberkulosis</i>
BMR	: <i>Basil Metabolisme Rate</i>
BTA	: <i>Basil Tahan Asam</i>
CDC	: <i>CentersforDiseaseControl</i>
DINKES	: <i>Dinas Kesehatan</i>
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
INH	: <i>Iso Niacid Hydrazide</i>
KEMENKES	: <i>Kementrian Kesehatan</i>
MDR	: <i>Multi Drug Resistent</i>
OAT	: <i>Obat Anti Tuberculosis</i>
PMO	: <i>Pengawas Minum Obat</i>
PDAM	: <i>Perusahaan Daerah Air Minum</i>
QOL	: <i>Quality Of Life</i>
SD	: <i>Sekolah Dasar</i>
SMP	: <i>Sekolah Menengah Pertama</i>
SMA	: <i>Sekolah Menengah Atas</i>
TB	: <i>Tuberkulosis</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WHOQOL-BREF	: <i>World Health Organization Quality Of life- BREF</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keluarga merupakan satu kesatuan pelayanan kesehatan yang paling utama guna meningkatkan kesehatan komunitas dan individu. Masalah kesehatan yang terjadi dalam anggota keluarga dapat mempengaruhi masalah kesehatan dikomunitas kecil maupun global (Lola, 2015). Menurut M, Rohmah, & Wicaksana (2015) menyebutkan bahwa TB paru pada keluarga begitu beresiko sebab tugas kesehatan keluarga pada penderita TB paru sangat kurang dan tidak sesuai dengan gambaran keluarga yang seharusnya. Penyakit TB Paru merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk batang (basil) yang dikenal dengan nama *Mycobacterium Tuberculosis* (Harnilawati, 2013). Pada penderita TB Paru, terjadi perubahan fisik dimana dari perubahan fisik yang semakin menurun dampak tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita. *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada, terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran. Kualitas hidup merupakan suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi oleh kondisi fisik individu, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, dan kondisi lingkungan (WHO, 2012). Kualitas hidup merupakan indikator penting untuk menilai keberhasilan dari intervensi pelayanan kesehatan, baik dari segi pengobatan. Masalah yang ada di Wilayah Perak Timur merupakan daerah yang padat penduduk dan lingkungan yang kumuh dapat

menimbulkan banyak penyakit-penyakit mudah dialami bahkan mudah menular misal TB paru yang banyak dialami oleh masyarakat Perak Timur. TB Paru penyakit yang memerlukan waktu lama pada proses penyembuhan sehingga dapat menimbulkan stress situasional dalam keluarga. Tahap dan perkembangan keluarga sangat penting untuk menunjang kesembuhan penderita TB paru sebagai pengawas minum obat, semangat dan dukungan keluarga guna proses penyembuhan (Septia, et.al., 2013). Dengan adanya anggota keluarga yang menderita TB paru menyebabkan keluarga lain takut jika berdekatan dengan anggota keluarga yang menderita sakit TB, sehingga menyebabkan sikap berhati-hati secara berlebihan, seperti mengasingkan penderita, enggan berbicara dengan penderita, jika berdekatan dengan penderita segera menutup hidung dan memakai masker, jarang berkumpul bersama dengan keluarga. Hal tersebut menyebabkan penderita akan tertekan dan merasa dikucilkan, dampak pada kondisi psikologis dapat menyebabkan stres dan mempengaruhi keberhasilan pengobatan yang dapat menurunkan kualitas hidupnya (Juliandari, et.al., 2014).

Menurut WHO *Global Tuberculosis Report* (2017) menyatakan kasus TB paru 3 teratas negara India sebanyak 25%, Indonesia 16%, dan Nigeria 8%. Secara global, angka kematian TB 100.000 per tahunnya. Indonesia berada pada peringkat ketiga pada tahun 2017 dengan beban TB tertinggi. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah 600.000 dan estimasi insidensi dengan jumlah 430.000 kasus baru per tahun. Pada Provinsi Jawa Timur menempati urutan kedua setelah Jawa Barat dengan jumlah 21.606 kasus (Kemenkes, 2016). Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur tahun 2015 dengan jumlah 23.456 kasus. Peringkat pertama yaitu Kota Jember disusul dengan kedudukan kedua oleh Kota

Surabaya. Studi pendahuluan dilakukan peneliti di Puskesmas Perak Timur pada tanggal 05 Maret 2017, petugas yang menangani kasus TB Paru mengatakan jumlah penderita TB Paru BTA+ dan BTA- sebanyak 89 dari bulan Juli 2017 hingga Maret 2018.

Tuberkulosis paru disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. TB paru ditularkan melalui transmisi udara. Individu terinfeksi, melalui kontak langsung dengan penderita, batuk, bersin, dan percikan dahak (droplet nuclei) dari penderita TB pada keluarga yang tinggal satu rumah (Moh. Akbar, et.al., 2016). Penularan TB paru dapat disebabkan oleh faktor-faktor penyebab yaitu faktor tingkat pendidikan, perilaku merokok, sosial ekonomi (Budi & Tuntun, 2016). Faktor tingkat pendidikan dasar pengambilan tindakan pencegahan dan pengobatan tuberkulosis. Rasa ketidaktahuan masyarakat dapat mempengaruhi sikap dan tindakan terhadap pencegahan dan pemberantasan penyakit TB paru sebagai orang sakit hingga akhirnya dapat menjadi sumber penularan disekelilingnya (Rohayu, et.al., 2016). Faktor perilaku merokok menurut Aditama (2003) dalam Murfikin fakhmi (2013) kebiasaan merokok dapat merusak mekanisme pertahanan paru. Alat yang ada didalam paru bisa rusak karna sering terapaparnya dengan asap rokok, mempermudah masuknya kuman yang dapat merusak makrofag dalam paru yakni sel fagositosis maka kuman TB Paru dapat resisten terhadap keberhasilan pengobatan TB (Murfikin & Fakhmi, 2013). Semakin lama seseorang menghisap rokok, semakin beresiko terkena TB paru. Sosial ekonomi merupakan faktor yang buruk bersangkutan dengan kemiskinan pada kondisi kerja yang begitu buruk dan penghasilan yang rendah dapat menyebabkan gizi buruk pada penderita maupun keluarga, pendapatan secara

tidak langsung menyebabkan masalah kesehatan (P, A, & Nahariani, 2012). Sosial ekonomi apabila tidak ditangani, menyebabkan semakin memburuknya angka kesakitan pada penderita TB paru dalam komunitas dan individu. Peningkatan angka prevalensi masalah kesehatan TB paru, disebabkan oleh dukungan keluarga yang kurang. Kejadian ini berdampak negatif dan positif pada keluarga, disuatu keluarga yang mengalami masalah maka dapat mempengaruhi keadaan anggota keluarga yang sakit dan mendukung proses penyembuhan (Friedman, 2010). Konsep teori sesuai dengan pembahasan pada penelitian ini berfokus pada sistem interpersonal dan interaksi yang terjadi antara individu, khususnya dalam hubungan perawat-pasien. Interaksi membuat penilaian, dan mengambil tindakan. Peningkatan pengetahuan terhadap keluarga, diperlukan adanya dukungan keluarga maupun peran keluarga sebagai PMO (pengawas minum obat), keterlibatan program dari Dinas Kesehatan (Puskesmas) dan peran perawat sebagai perawat pelaksana merupakan peran yang sangat penting karena peran ini membantu pasien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses keperawatan dan mensosialisasikan pengetahuan yang berkaitan dengan menganalisa faktor keluarga terhadap anggota keluarga penderita TB paru, dengan mengobservasi, mengenai tahap perkembangan keluarga, stres dan coping keluarga, dan data lingkungan tempat tinggal penderita. Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Analisa Faktor Keluarga Yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya”.

1.2 Rumusan Masalah

Faktor apakah dari data demografi, tahap perkembangan keluarga, stressor & coping keluarga, dan data lingkungan yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa faktor keluarga yang berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Wilayah Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisa data demografi (tipe keluarga dan sosial ekonomi) keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.
2. Menganalisa tahap perkembangan keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.
3. Menganalisa stress dan coping keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.
4. Menganalisa data lingkungan (rumah sehat) keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.
5. Menganalisa faktor yang paling dominan terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Secara Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memperkuat teori analisa faktor keluarga yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi Komunitas

Hasil penelitian ini menambah pengetahuan kepada masyarakat tentang tujuan dasar keluarga dan individu.

2. Bagi Keluarga

Penelitian ini dapat memberikan pengetahuan pada anggota keluarga untuk meningkatkan dan mengembangkan dukungan keluarga penderita TB guna meningkatkan kualitas hidup seperti individu lainnya.

3. Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi praktisi keperawatan dapat meningkatkan dan mengembangkan perencanaan keperawatan komunitas pada keluarga, khususnya faktor penyebab terjadinya TB Paru pada keluarga guna melakukan tindakan pencegahan dan deteksi dini yang tepat.

4. Bagi Lahan Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan mampu dijadikan pertimbangan oleh instansi pertimbangan oleh instansi kesehatan terkait untuk melaksanakan program yang tepat, guna meningkatkan pencegahan dan penularan TB Paru pada anggota keluarga.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi untuk pengembangan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan pembuatan modul untuk keluarga tentang pencegahan dan penularan terhadap kejadian TB Paru pada keluarga

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian dengan judul analisa faktor keluarga yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita TB paru di Wilayah Surabaya, meliputi: 1) Konsep Keluarga 2) Konsep Tuberkulosis 3) Kualitas Hidup 4) Model Konsep Teori Keperawatan Friedman dan Imogene M King 5) Hubungan Antar Konsep.

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang dibentuk karena ikatan perkawinan, adopsi ataupun hubungan darah, tinggal dalam satu rumah dan saling berinteraksi, serta memiliki peran dan tanggung jawab masing-masing dalam menciptakan dan mempertahankan budaya, serta meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, spiritual, dan sosial dari anggota keluarga (Sunaryo, 2015).

Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Dikeluarga itu seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lain, dibentuklah nilai-nilai, pola pemikiran dan kebiasaannya dan berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya (Harnilawati, 2013).

Keluarga sebagai suatu *system social* keluarga merupakan kelompok kecil yang terdiri dari individu-individu yang memiliki hubungan erat satu sama lain,

saling tergantung yang diorganisir dalam satu unit tunggal dalam rangka mencapai tujuan tertentu (Friedman, 2010).

2.1.2 Tujuan Dasar Keluarga

Tujuan dasar pembentukan keluarga adalah pertama keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu, kedua keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntunan masyarakat, ketiga keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosial-ekonomi dan kebutuhan seksual, keempat keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri (Sulistyo, 2012).

Menurut Sulistyo (2012) alasan mendasar mengapa keluarga menjadi fokus sentral dalam perawatan, yaitu:

1. Dalam sebuah unit keluarga, disfungsi sebagai (penyakit, cedera, perpisahan) yang memengaruhi satu dengan yang lainnya, sering akan memengaruhi anggota yang lain untuk unit secara keseluruhan.
2. Adanya hubungan yang kuat dan signifikan antara keluarga dan status kesehatan para anggotanya.
3. Melalui perawatan kesehatan keluarga yang berfokus pada peningkatan, perawatan diri (*self care*), pendidikan kesehatan, dan konseling keluarga serta upaya-upaya yang dapat mengurangi resiko yang diciptakan oleh pola hidup keluarga dan bahaya dari lingkungan.

4. Adanya masalah-masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga dapat menyebabkan ditemukannya faktor-faktor resiko pada anggota keluarga lain.
5. Tingkat pemahaman dan berfungsinya seseorang individu tidak lepas dari andil sebuah keluarga.
6. Keluarga merupakan sistem pendukung yang sangat vital bagi kebutuhan-kebutuhan individu.

2.1.3 Bentuk Keluarga

Menurut Friedman (2010) bentuk keluarga dibagi menjadi beberapa sebagai berikut:

1. Keluarga Inti

Suatu bentuk keluarga tradisional yang dianggap paling ideal. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak, tinggal dalam satu rumah, dimana ayah adalah pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga. Ada beberapa variasi yang berkembang diantara keluarga inti adalah *dual-earning* (kedua pasangan sama-sama memiliki penghasilan) dan keluarga diad (keluarga tanpa anak). Keluarga adopsi dan keluarga asuh adalah tipe lain keluarga inti.

a. *Dual- earnerfamily*

Menurut Piotrkowski & Hughes (1993) dalam Friedman, (2010) menyebutkan bahwa dimana pasangan sama-sama memiliki pekerjaan dan penghasilan sendiri. Baik memiliki anak ataupun tidak. Pada *dual-earnerfamily*, merupakan tantangan terbesar terutama pada mengatur rumah tangga dan pengasuhan anak, memiliki dua pekerjaan dengan gaji tetap, hubungan dengan keluarga.

b. Keluarga tanpa anak

Menurut Hauseknecht (1987); Kantrowitz (2001); Maclin, (1988) dalam Friedman (2010) dimana seseorang pernah menikah sengaja memilih tidak memiliki anak. Bukan disebabkan oleh penundaan pernikahan dan pola pemeliharaan, tetapi karena saat ini tersedia banyak pilihan pendidikan dan karir bagi wanita

2. Keluarga Adopsi

Adopsi merupakan sebuah cara lain untuk membentuk keluarga. Dengan menyerahkan secara sah tanggung jawab sebagai orang tua kandung ke orang tua adopsi, biasanya menimbulkan keadaan saling menguntungkan baik anak adopsinya, sementara anak adopsi diberi sebuah keluarga yang sangat menginginkan mereka.

3. Keluarga asuh

Pengasuhan keluarga adalah sebuah layanan kesejahteraan anak yakni anak ditempatkan dirumah yang terpisah dari salah satu orang tua atau kedua orang tua kandung untuk menjamin keamanan dan kesejahteraan fisik serta emosional mereka. Tetapi pada umumnya layanan asuh ini tidak begitu lama dan anak akan dikembalikan lagi ke orang tuannya.

4. Keluarga orang tua tunggal

Keluarga dengan kepala rumah tangga janda atau duda yang bercerai, ditelantarkan, meninggal merupakan keluarga orang tua tunggal.

Menurut Mendes (1988) dalam Friedman (2010) gaya hidup yang sering terjadi pada orang tua tunggal.

a. Gaya hidup kepemimpinan tunggal

Pada tipe kepemimpinan tunggal satu-satunya orang tua yang secara aktual terlibat dalam kehidupan dan pengasuhan anak-anaknya.

b. *Auxiliary parent* (orang tua bantu)

Orang tua yang memegang hak pengasuhan anak berbagi satu tanggung jawab pengasuhan atau lebih dengan orang tua bantu, biasanya ayah dari satu anak atau lebih.

c. Pengganti yang tidak memiliki hubungan kekerabatan

Orang tua yang memegang hak asuh anak berbagi satu fungsi pengasuhan atau lebih dengan seseorang yang tidak memiliki hubungan kekerabatan dengan keluarga.

d. Pengganti yang memiliki hubungan kekerabatan

Individu pengganti adalah kerabat yang memiliki hubungan darah atau secara hukum yang mengemban peran sebagai orang tua. Individu ini seringkali kali adalah nenek, kakek, bibi, paman, sepupu, atau saudara kandung.

e. *Titular parent* (orang tua hanya sebutan)

Orang tua yang hanya mengurus pengasuhan anak dan tanggung jawab rumah tangga.

5. Keluarga Orang Tua Tiri

Menikah lagi dapat terjadi pada beberapa tipe hubungan yang berbeda kedua pasangan dapat sama-sama menikah untuk kedua kalinya atau lebih atau salah satu pasangan yaitu menikah lagi.

Menurut Coleman, Ganong, dan Goodwin (1994) dalam (Friedman, 2010) tiga kekuatan keluarga tipe ini yang didefinisikan, yaitu:

- a. Menikah lagi merupakan peluang lain untuk membentuk hubungan yang baru, suportif, dan memuaskan yang meningkatkan kesejahteraan anak-anak serta orang dewasa yang menikah lagi.
- b. Bagi anak tiri, orang tua tiri dapat menjadi panutan tambahan yang positif, dengan memberikan anak-anak tersebut kasih sayang, pengetahuan, dan perhatian yang mungkin tidak dapat diberikan oleh orang-orang tua kandung.
- c. Sebuah jalan keluar dari kemiskinan dan perbaikan kondisi keuangan juga merupakan keuntungan yang bermakna dari pembentukan keluarga orang tua tiri, terutama untuk wanita bercerai dan anak-anak mereka.

Namun pada orang tua tiri juga dapat menyebabkan 6 sumber stres oleh Coleman (1994), Visher (1996), dan Coleman, Ganong, dan Fine (2001):

- a. Hubungan dengan orang tua tiri dan anak tiri merupakan sumber kesulitan bagi banyak keluarga. Misal masalah disiplin dan kesulitan anak tiri menerima orang tua tiri sebagai orang tuanya disebabkan oleh rasa yang tidak setia dapat menyebabkan ketegangan hubungan dalam keluarga.
- b. Kompleksnya hubungan dalam keluarga orang tua tiri sebuah gambaran bermakna yang mengganggu penyesuaian

- c. Ambiguitas peran sering kali merupakan stresor utama yang dihadapi oleh keluarga orang tua tiri. Orang tua tiri sering kali tidak tahu bagaimana seharusnya bersikap sebagai orang tua tiri dan kurangnya norma yang seharusnya.
- d. Tekanan finansial dapat muncul. Orang tua tiri harus menyediakan dukungan keuangan untuk anak-anak dari kedua belah pihak, yang akan menimbulkan ketegangan finansial pada kedua keluarga.
- e. Hubungan dengan mantan suami/ istri dapat menyebabkan ketegangan dan menjadi sumber perseteruan serta konflik, terutama jika hubungan dengan tunjangan anak, waktu berkunjung, dan cara pengasuhan anak.
- f. Harapan yang tidak realistis mengenai bagaimana kehidupan keluarga seharusnya berjalan dapat menciptakan sumber utama ketidakpuasan dan ketidaksepahaman pada keluarga orang tua tiri, terutama pada bulan awal keluarga baru tersebut.

6. Keluarga Binuklir

Keluarga yang terbentuk setelah perceraian yaitu anak merupakan anggota dari sebuah system keluarga yang terdiri atas dua rumah tangga inti, maternal dan paternal, dengan keragaman dalam hal tingkat kerjasama dan waktu yang dihabiskan dalam setiap rumah tangga.

7. Keluarga Homoseksual

Dua atau lebih individu yang berbagai orientasi seksual yang sama (misal pasangan) atau minimal ada satu orang homoseksualnya yang memelihara anak.

2.1.4 Ciri-Ciri Keluarga

Menurut Robert Maclver dan Charles Horton (1999) dalam Harnilawati, (2013) ciri keluarga yakni, 1) Keluarga merupakan hubungan perkawinan, 2) Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara, 3) Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama termasuk perhitungan garis keturunan, 4) Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggota berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak, 5) keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

Ciri keluarga Indonesia yakni, 1) Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong, 2) Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran, 3) Pada umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemusatan dilakukan secara musyawarah (Harnilawati, 2013).

2.1.5 Tipe Keluarga

Menurut (Andarmoyo, 2012) ada berbagai bentuk keluarga yang digolongkan menjadi dua bagian besar yaitu bentuk keluarga tradisional dan nontradisional:

1. Keluarga tradisional

Bentuk keluarga tradisional ini adalah keluarga paling ideal. Keluarga ini terdiri dari ayah, ibu dan anak yang tinggal disatu rumah, dimana ayah adalah seorang pencari nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga. Ada beberapa varian di keluarga tradisional ini seperti :

a. Keluarga pasangan suami istri bekerja

Merupakan keluarga dimana pasangan tersebut bekerja diluar rumah.

Keluarga ini termasuk pengembangan varian nontradisional dimana

pengambilan keputusan dan pembagian fungsi keluarga disepakati bersama-sama oleh kedua orang tua. Meskipun begitu, fungsi kerumah tanggaan tetap dikendalikan oleh istri.

b. Keluarga tanpa anak (*Dyadic Nuclear*)

Merupakan keluarga dimana suami istri sudah berumur, tetapi belum mempunyai anak. Biasanya keluarga ini akan mengadopsi anak karena ketidakmampuan pasangan suami istri untuk menghasilkan keturunan atau tidak sanggupnya untuk mempunyai anak akibat dari kesibukan kariernya.

c. *Commuter family*

Keluarga dengan pasangan suami istri yang terpisah tempat tinggalnya secara sukarela karena tugas dan jika ada kesempatan tertentu keduanya bertemu dalam satu rumah.

d. *Reconstituted Nuclear*

Pembentukan keluarga baru dari dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal serumah dengan anaknya, baik anak bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru.

e. *Extended Family*/Keluarga Besar

Keluarga besar tradisional yaitu satu bentuk keluarga dimana pasangan suami istri mempunyai pengaturan dan belanja rumah tangga dengan orang tua, sanak saudara, atau dengan kerabat dekat lainnya. Tipe keluarga besar ini biasanya bersifat sementara dan berbentuk atas dasar persamaan dan terdiri dari beberapa keluarga inti yang secara adil menghargai ikatan-ikatan keluarga besar. Keluarga ini sering terbentuk akibat dari hamil diluar nikah, perceraian maupun usia harapan hidup

yang meninggal sehingga ini menjadi pilihan yang sementara untuk mereka. Varian dari keluarga besar ini adalah *Group Marriage*, yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya dalam satu kesatuan keluarga dan keturunannya sudah menikah serta semua telah mempunyai anak.

f. Keluarga dengan Orang Tua Tunggal/ *Single Parent*

Keluarga dengan orang tua tunggal adalah bentuk keluarga yang di dalamnya hanya terdapat satu orang kepala rumah tangga yaitu ayah atau ibu. Varian tradisional keluarga ini adalah bentuk keluarga di mana kepala keluarga adalah janda karena cerai atau ditinggal mati suaminya, sedangkan varian nontradisional dari keluarga ini adalah *Single Adult* yaitu kepala keluarga seorang perempuan atau laki-laki yang belum menikah dan tinggal sendiri.

2. Keluarga Nontradisional

Bentuk-bentuk varian keluarga nontradisional meliputi bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda, baik dalam struktur maupun dinamikanya, meskipun lebih memiliki persamaan satu sama lain dalam hal tujuan dan nilai daripada keluarga inti tradisional. Orang-orang dalam pengaturan keluarga nontradisional sering menekankan nilai aktualisasi diri, kemandirian, persamaan jenis kelamin, keintiman dalam berbagai hubungan interpersonal. Berikut adalah varian keluarga nontradisional :

a. *Communal/commune family*

Keluarga ini tinggal bersama dalam satu rumah dan terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami tanpa pertalian keluarga dengan anak-

anaknya dan bersama-sama, dalam penyediaan fasilitas. Tipe keluarga ini biasanya terjadi pada daerah perkotaan di mana penduduknya padat.

b. *Unmarried Parent and Child*

Keluarga yang terdiri dari ibu-anak, tidak ada perkawinan dan anaknya hasil adopsi.

c. *Cohibing Couple*

Merupakan keluarga yang terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.

d. *Institusional*

Keluarga ini terdiri dari anak-anak atau orang-orang dewasa yang tinggal bersama-sama dalam panti. Sebenarnya keluarga ini tidak cocok untuk disebut sebagai sebuah keluarga yang mereka anggap sebagai keluarga sehingga sebenarnya terjadi jaringan yang berupa kerabat. Dengan demikian, keluarga Indonesia adalah keluarga yang dimulai dengan perkawinan sah dari seorang laki dan perempuan yang menghasilkan keturunan atau tidak.

2.1.6 Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut Duvall (1997) dalam Friedman (2010) Individu memiliki tugas perkembangan yang harus mereka capai agar tercapai kepuasan selama tahap perkembangan dan agar mampu berkembang secara sukses pada tahap berikutnya, setiap perkembangan keluarga memiliki tugas perkembangan atau harapan peran tertentu. Tugas perkembangan keluarga lebih cenderung menumbuhkan rasa tanggung jawab yang harus dicapai oleh keluarga pada setiap tahap perkembangan keluarga sehingga keluarga dapat memenuhi kebutuhan biologis keluarga, penekanan budaya keluarga dan aspirasi dan nilai keluarga itu sendiri

Pandangan menurut beberapa ahli teori mengenai Tahap Perkembangan Keluarga. Menurut Duval (1977) dalam (Andarmoyo, 2012) menyebutkan beberapa Tahap Perkembangan Keluarga sebagai berikut:

1. Tahap I: Keluarga Baru/ *Beginning Family*

Perkembangan keluarga tahap 1 adalah mulainya pembentukan keluarga yang terakhir ketika lahirnya anak pertama. Pembentukan keluarga pada umumnya dimulai dari perkawinan seorang laki-laki dengan perempuan serta perpindahan dari status lajang ke hubungan baru yang intim serta mulai meninggalkan keluarganya masing-masing. Pada tahap ini, pasangan belum mempunyai anak.

Tabel 2.1 Tahap pertama siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan

Tahap siklus kehidupan keluarga	Tugas-tugas perkembangan keluarga
Keluarga pemula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membangun perkawinan yang saling memuaskan 2. Menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis 3. Keluarga berencana (keputusan tentang kedudukan sebagai orang tua)

2. Tahap II: Tahap Mengasuh Anak/ *Child Bearing*

Pada tahap ini dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai bayi berusia 30 bulan atau 2,5 tahun. Kehadiran bayi pertama ini akan menimbulkan suatu perubahan yang besar dalam kehidupan rumah tangga. Oleh karena itu, keluarga dituntut untuk mampu beradaptasi terhadap peran baru yang dimilikinya dan harus mampu melaksanakan tugas dari peran baru tersebut. Kelahiran anak pertama merupakan pengalaman keluarga yang sangat penting dan sering merupakan krisis keluarga. Masalah-masalah yang lazim ditemukan pada tahap

karena kelahiran anak pertama ini adalah: 1) suami merasa diabaikan, 2) terdapat peningkatan perselisihan dan argumen antara suami dan istri 3) interupsi dalam jadwal yang kontinu, 4) kehidupan seksual dan sosial terganggu dan menurun.

Tabel 2.2 Tahap kedua Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan

Tahap siklus kehidupan keluarga	Tugas-tugas perkembangan keluarga
Keluarga sedang mengasuh anak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap (mengintegrasikan bayi baru kedalam keluarga) 2. Rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga 3. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan 4. Memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran orang tua dan kakek-nenek

3. Tahap III: Keluarga dengan Anak Prasekolah/ *Families with Preschoolers*

Tahap ketiga siklus kehidupan keluarga dimulai ketika anak pertama berusia 30 bulan atau 2,5 tahun dan berakhir ketika berusia 5 tahun. Sekarang, keluarga mungkin terdiri tiga hingga lima orang dengan posisi suami-ayah, istri-ibu, anak laki-laki-saudara, anak perempuan-saudari. Keluarga menjadi majemuk dan berbeda. Pada tahap ini kesibukan akan semakin bertambah sehingga menuntut perhatian yang lebih banyak dari orang tua. Orang tua adalah arsitek keluarga sehingga orang tua harus merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar dapat semakin memperkokoh kemitraan dan perkawinan mereka. Kesibukan keluarga akan semakin meningkat jika ibu dan bapak sama-sama bekerja diluar rumah.

Tabel 2.3 Tahap ketiga Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan

Tahap siklus kehidupan keluarga	Tugas-tugas perkembangan keluarga
Keluarga dengan anak usia prasekolah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti rumah, ruang bermain, privasi, keamanan). 2. Menyosialisasikan anak 3. Mengintegrasikan anak yang baru sementara tepat memenuhi kebutuhan anak-anak yang lain 4. Mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga (hubungan perkawinan dan hubungan orang tua dan anak) dan diluar keluarga (keluarga besar dan komunitas)

4. Tahap IV: Keluarga dengan anak Sekolah/ *Families with School Children*

Tahap ini mulai anak pertama telah berusia 6 tahun dan mulai masuki sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja. Keluarga biasanya mencapai jumlah anggota maksimum. Tugas perkembangan keluarga umumnya lebih ditekankan pada pemenuhan tugas perkembangan anak. Untuk mencapai tugas perkembangan yang optimal, keluarga akan membutuhkan bantuan dari pihak sekolah dan kelompok sebaya anak. Keluarga perlu membantu meletakkan dasar penyesuaian diri anak dengan teman sebaya.

Tabel 2.4 Tahap keempat Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan

Tahap siklus kehidupan keluarga	Tugas-tugas perkembangan keluarga
Keluarga dengan anak usia sekolah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyosialisasikan anak-anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengaembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat 2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan 3. Memenuhikebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga

5. Tahap V: Keluarga dengan anak Remaja/ *Family with Teenagers*

Perkembangan keluarga tahap ini adalah perkembangan keluarga yang dimulai ketika anak pertama melewati umur 13 tahun. Tahap ini berlangsung selama enam sampai tujuh tahun. Pada tah ini biasanya anak meninggalkan rumah bertujuan untuk meringankan beban orang tua mempersiapkan tanggung jawab yang begitu besar.

Tabel 2.5 Tahap kelima Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan

Tahap siklus kehidupan keluarga	Tugas-tugas perkembangan keluarga
Keluarga sdengan anak remaja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri 2. Memfokuskan kembali hubungan perkawinan 3. Berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak 4. Mempertahankan etika dan standart moral keluarga

6. Tahap VI: Keluarga Melepaskan Anak Usia Dewasa Muda/ *Launching Center Families*

Permulaan tahap kehidupan ini ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir dengan rumah kosong atau ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tahap ini dapat singkat atau agak panjang, tergantung pada beberapa banyak anak yang belum menikah dan masih tinggal di rumah. Akan tetapi, tren dewasa ini anak pada usia dewasa muda lebih suka segera meninggalkan rumah untuk hidup secara mandiri. Tugas keluarga membantu anak tertua dalam melepaskan telah menikah, tugas keluarga adalah memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru lewat perkawinan dan menerima nilai-nilai dan gaya hidup dari pasangan itu sendiri.

Tabel 2.6 Tahap keenam Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan

Tahap siklus kehidupan keluarga	Tugas-tugas perkembangan keluarga
Keluarga melepaskan anak dewasa muda	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperluas siklus keluarga dengan memasukan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak 2. Melanjutkan untuk memperbarui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan 3. Membantu orang tua lanjut usia dan saki-sakitan dari suami atau istri

7. Tahap VII: Keluarga Usia Pertengahan/ *Middle-aged Families*

Tahap ke tujuh dari siklus kehidupan keluarga adalah tahap usia pertengahan yang dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan. Tahap ini biasanya dimulai ketika orang tua memasuki usia 45-55 tahun dan berakhir saat seorang pasangan pensiun, biasanya 16-18 tahun kemudian.

Tabel 2.7 Tahap ketujuh Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan

Tahap siklus kehidupan keluarga	Tugas-tugas perkembangan keluarga
Keluarga dengan orang tua usia pertengahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan 2. Mempertahankan hubungan-hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak 3. Memperkokoh hubungan perkawinan

8. Tahap VIII: Keluarga Lanjut Usia

Tahap ke delapan ini merupakan akhir dan perkembangan keluarga yang dimulai ketika salah satu atau ke dua pasangan memasuki masa pensiun, sampai salah satu pasangan meninggal dan berakhir ketika ke dua pasangan meninggal.

Dengan meningkatkannya usia harapan hidup, jumlah lansia setiap tahun akan semakin meningkat pula sehingga jumlah keluarga pada tahap VIII pun juga meningkat.

Tabel 2.8 Tahap kedelapan Siklus Kehidupan Keluarga Inti dengan Dua orang tua, dan tugas-tugas Perkembangan yang bersamaan

Tahap siklus kehidupan keluarga	Tugas-tugas perkembangan keluarga
Keluarga dalam masa pensiun/ lansia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan pengaturan hidup uang memuaskan 2. Menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun 3. Mempertahankan hubungan perkawinan 4. Menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan 5. Mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi 6. Meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan dan integrasi hidup)

2.1.7 Stres dan Koping Keluarga

1. Konsep Stres dan Koping

Menurut Antonovsky (1979) dalam Friedman(2010) Stres adalah respon atau keadaan ketegangan yang disebabkan oleh stresor oleh tuntutan aktual atau yang dirasakan yang tetap tidak teratasi

Menurut Burgess (1978) dalam Friedman (2010) Ketegangan dalam seseorang atau sistem sosial (misal keluarga) dan merupakan reaksi terhadap situasi yang menimbulkan tekanan. Karena stres dan ketegangan dalam sebuah keluarga sulit untuk diukur.

Menurut Burr & Chrisman (1993) dalam Friedman (2010) Stressor adalah agen pemrakarsa atau presipitasi yang mengaktifkan proses stres. Menurut Hill (1949) dalam Friedman (2010) Agen presipitasi yang mengaktifkan stress dalam keluarga adalah peristiwa hidup atau kejadian yang cukup kuat untuk menyebabkan perubahan dalam sistem keluarga. Stressor keluarga dapat berupa

peristiwa atau pengalaman interpersonal didalam atau diluar keluarga yakni lingkungan, ekonomi, atau sosial budaya.

Koping keluarga didefinisikan sebagai respons yang positif, sesuai dengan masalah, efektif, persepsi, dan respons perilaku yang digunakan keluarga dan subsistemnya untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stres yang diakibatkan oleh masalah atau peristiwa.

Respons-respons koping keluarga meliputi tipe strategi koping eksternal dan internal. Sumber-sumber koping internal terdiri dari kemampuan keluarga yang menyatu sehingga menjadi kohesif dan terintegrasi, sedangkan sumber koping eksternal berhubungan dengan penggunaan sistem pendukung sosial oleh keluarga (Andarmoyo, 2012).

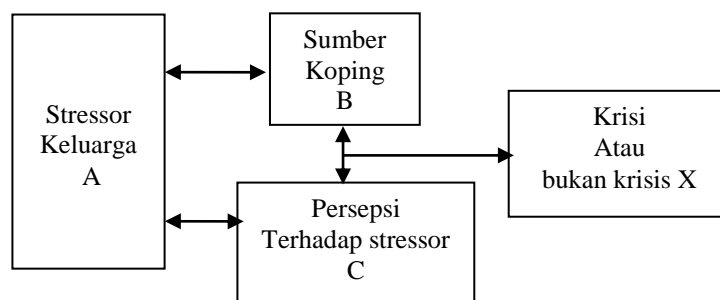
2. Strategi koping

Keluarga yang sehat dan fungsional yang sedang mengalami stres cenderung bertindak dalam suatu arah yang dapat mengurangi stress.

Tipe strategi koping yang pertama adalah tipe yang mengubah situasi yang penuh dengan stress. Tipe strategi ini merupakan cara yang langsung mengatasi ketegangan dalam hidup, tipe ini diarahkan untuk mengubah dan mengeliminasi stressor. Tipe strategi kedua terdiri dari taktik-taktik yang berfungsi untuk mengontrol makna dari masalah. Tipe taktik yang ketiga adalah mekanisme-mekanisme yang secara esensial digunakan untuk membantu mengakomodasi dan mengatur stress yang ada, bukan untuk menghadapi masalah stressor itu sendiri

Menurut Burgess (1978) dalam (Friedman, 2010) Adaptasi adalah proses pengolahan tuntutan stressor melalui pemanfaatan sumber, koping, dan strategi

pemecahan masalah. Perubahan keadaan fungsi yang dapat positif atau negatif, yang menyebabkan peningkatan atau penurunan keadaan sejahtera keluarga.



Gambar 2.1 Teori Stres Keluarga Menurut Hill (1949) dalam Friedman (2010)

3. Tipe Strategi Koping Keluarga;

Dua tipe strategi koping keluarga adalah (1) intergnal atau intrafamilial (dalam keluarga inti), dan (2) eksternal dan ektrafamilial (diluar keluarga inti).

Tabel 2.9 Strategi Koping Internal dan Eksternal Keluarga

Strategi Koping Keluarga Internal
1. Mengandalkan kelompok eluarga
2. Penggunaan humor
3. Pengungkapan bersama yang semakin meningkat (memelihara ikatan)
4. Mengontrol arti/makna dari masalah: pembentukan kembali kognitif dan penilaian pasif
5. Pemecahan masalah keluarga secara bersama-sama
6. Fleksibilitas peran
7. Normalitas
Strategi Koping Keluarga Eksternal
1. Mencari informasi
2. Memelihara hubungan aktif dengan komunitas
3. Mencari dukungan sosial Penggunaan jaringan dukungan sosial informal Penggunaan kelompok-kelompok mandiri
4. Mencari dukungan spiritual

4. Fase Waktu Stres dan Strategi Koping

a. Periode Antrestres

Dalam periode ini benar-benar melawan stressor (seperti hospitalisasi anak), antisipasi kadang mungkin terjadi, terdapat

kesadaran bahaya yang mengancam atau ancaman situasi yang dirasakan. Jika keluarga atau orang yang membantu dapat mengidentifikasi stresor yang akan datang, bimbingan antisipasi serta strategi koping pencegahan dapat dicari atau diberikan untuk memperlemah atau mengurangi dampak stresor.

b. Periode Stres Aktual

Menurut Reiss, Steinglass, & Howe (1993) dalam Friedman (2010) Strategi koping selama periode stres biasanya berbeda intensitas dan jenisnya dari strategi yang digunakan sebelum stresor dan stres. Terdapat strategi defensif dan bertahan yang sangat dasar digunakan selama periode ini jika stres dalam keluarga sangat berat. Dengan energi yang sangat luar biasa besar dikeluarkan dalam menanganin stresor dan stres, banyak fungsi keluarga yang sering diabaikan hingga keluarga kembali memiliki sumber untuk mengatasi stresor dan stres. Contoh keluarga dengan situasi terakhir saat keluarga secara total mengatir kehidupan keluarga seputar perawatan anggota yang mengalami penyakit kronik. Perkembangan perjalanan hidup keluarga terganggu.

c. Periode Pasastres

Menurut Burgerss (1978) dalam Friedman (2010) Strategi koping yang diterapkan setelah periode stres akut, disebut fase pascatrauma yang terdiri dari strategi untuk mengembalikan keluarga ke keadaan homeostatis yang seimbang. Untuk meningkatkan

kesejahteraan keluarga selama fase ini, keluarga perlu bekerjasama saling mengungkapkan perasaan, dan memecahkan masalahnya.

Menurut Mederer & Hill (1983) dalam Friedman(2010) Kemungkinan empat hasil akhir pascatrauma, yaitu:

- 1) Keluarga berfungsi pada tingkat yang lebih tinggi dibandingkan sebelumnya.
- 2) Keluarga berfungsi pada tingkat yang sama dengan prastres.
- 3) Keluarga berfungsi pada tingkat yang lebih rendah dibandingkan sebelumnya.
- 4) Perpecahan keluarga (misal perpisahan, perceraian, pengabaian).

Menurut Reiss, Streinglass, & Howe (1993) dalam Friedman (2010) Ketika keluarga mengakhiri fungsinya pada tingkat kesejahteraan rendah atau dalam keadaan perpecahan keluarga, anggota keluarga sering kali membutuhkan penentuan profesional untuk membantu keluarga meningkatkan rangkaian strategi koping yang efektif.

3. Menurut Alva (2003) dalam (Maryam, 2016) Klasifikasi stres dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

- a. Stres Akut (*acute stres*)

Stres akut, berjangka lama (*short-item*) merupakan reaksi terhadap ancaman, secara umum diketahui sebagai respons melawan (*fight*) atau menghindar (*flight*). Ancaman tersebut dapat dialami setiap saat, bahkan di bawah sada. Sumber stres akut bisa timbul pada saat keributan, kerumunan, terisolasi, kelaparan, bahaya, infeksi, dan

membayangkan suatu ancaman atau mengingat peristiwa yang berbahaya.

b. Stres Kronis (*chronic stres*)

Seseorang yang sering mengalami berbagai situasi yang sifatnya mencekam secara terus menerus dalam waktu yang lama akan mendorong untuk bertindak, maka stres menjadi kronis. Sumber stres kronis dapat terjadi pada saat peristiwa yang menekan secara terus-menerus, masalah-masalah hubungan jangka panjang, kesepian, dan kekhawatiran akan finansial karena kepala rumah tangga sebagai pencari nafkah menjadi korban bencana. Banyak dialami oleh para pengungsi, tempat penampungan dan barak-barak dalam jangka waktu lama. Mereka berada dalam situasi ketidakpastian terutama dalam kehidupannya di masa mendatang.

4. Penilaian Stress dan Koping Keluarga

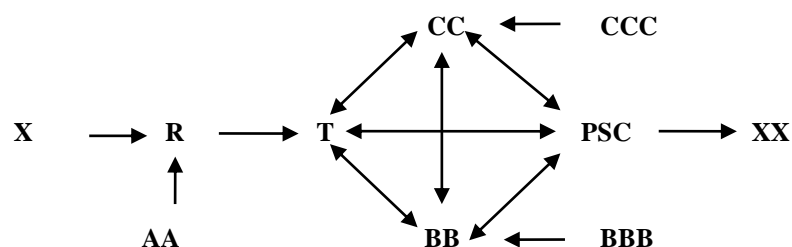
Family Inventory Life Events and Changes (FILE) merupakan instrumen yang mengukur setumpuk peristiwa yang dialami keluarga dan dikembangkan sebagai indeks stres keluargaterdiri dari 71 item yang secara konseptual dikelompokkan menjadi sembilan kategori yaitu masalah dalam keluarga, pernikahan, kehamilan, keuangan, pekerjaan, kesehatan, kehilangan, transisi pada keluarga, dan pelanggaran hukum.

a. Model Stres Keluarga

Model ABCX dari Mc Cubbin dan Patterson (1987) merupakan bentuk pengembangan dari teori ABCX-nya Hill. Mengingat teori Hill meliputi variabel-variabel krisis, teori McCubbin dan Patterson

menjelaskan perbedaan dalam adaptasi keluarga pasca krisis. Setiap variabel asli (ABCX) diuji kembali dan definisi-definisinya dimodifikasi. Kuisisioner ini bertujuan untuk mengukur tingkat stres dan coping keluarga selama 12 bulan terakhir 71 item kuisisioner pertama diukur pada skala Guttman tipe 2 poin: ya dan tidak. FILE membuktikan reliabilitas yang baik di beberapa penelitian dengan perkiraan konsistensi interal. Pertanyaan dirancang untuk menilai aspek stress dan coping keluarga untuk orang biasa dan tidak boleh disalahartikan dengan berbagai pengalaman luar biasa.

Kuisisioner diisi tergantung pada stress dan coping setiap individu keluarga sesuai dengan yang pernah dialaminya. Termasuk di dalamnya aturan seperti masalah dalam keluarga, pernikahan, kehamilan, keuangan, pekerjaan, kesehatan, kehilangan, transisi pada keluarga, dan pelanggaran hukum.



Gambar 2.2 Model T ganda ABCX menurut Mc Cubbin & Patterson, (1980) dalam (Maryam, 2016)

Keterangan :

X = Krisis keluarga/masalah keluarga

R = Tingkat regeneratif keluarga

T = Tipologi keluarga

AA = Setumpuk stresor keluarga

BB = Sumber daya *coping* keluarga

BBB = Dukungan sosial

CC = Persepsi rumah tangga terhadap stresor

CCC = Skema keluarga

XX = Adaptasi Keluarga

PSC = Penyelesaian masalah keluarga

FILE (*Family Inventory Life Efent and Changes*) menghasilkan skor domain. 8 domain tersebut adalah:

- a. Masalah dalam keluarga yaitu pada pertanyaan nomer 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17
- b. Pernikahan yaitu pada pertanyaan nomer 18,19,20,21
- c. Kehamilan yaitu pada pertanyaan nomer 22,23,24,25
- d. Keuangan dan Bisnis yaitu pada pertanyaan nomer 26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37
- e. Pekerjaan yaitu pada pertanyaan nomer 38,39,40,41,42,43,44,45,46,47
- d. Kesehatan yaitu pada pertanyaan nomer 48,49,50,51,52,53,54,55
- f. Kehilangan yaitu pada pertanyaan nomer 56,57,58,59,60,61
- g. Transisi pada Keluarga yaitu pada pertanyaan nomer 62,63,64,65,66
- h. Pelanggaran Hukum yaitu pada pertanyaan nomer 67,68,69,70,71

Skoring menggunakan skala guttman yang dimodifikasi, dimana kategori respons adalah ya dan tidak. Sehingga total nilai seluruh item dapat dikategorikan menjadi tingkat stressor

1. Skor 0-207 = Kategori stressor rendah.
2. Skor 208-728 = Kategori stressor sedang.

3. Skor > 728 = Kategori stressor tinggi.

(Moes & Moes, 1999).

2.1.8 Data Lingkungan

Rumah Sehat

1. Lingkungan

Lingkungan adalah suatu kondisi yang mampu menompang keseimbangan ekologis yang dinamis antara manusia dan lingkungan untuk mendukung tercapainya realitas hidup manusia yang sehat, sejahtera dan bahagia (Dermawan, 2012).

2. Unsur Kesehatan Lingkungan menurut (Dermawan, 2012), dibagi menjadi beberapa yaitu:

- a. Perumahan

Rumah adalah salah satu persyaratan pokok bagi kehidupan manusia. Rumah tempat tinggal manusia dari zaman ke zaman selalu mengalami perubahan perkembangan bentuk rumah.

Faktor yang perlu diperhatikan dalam membangun sebuah rumah:

- 1) Faktor lingkungan, baik lingkungan fisik, biologis maupun sosial.

Maksudnya membangun sebuah rumah harus memperhatikan tempat dimana rumah harus memperhatikan tempat dimana rumah itu didirikan.

- 2) Tingkat kemampuan ekonomi masyarakat

Hal ini dimaksudkan rumahdi bangun berdasarkan kemampuan keuangan penghuninya, untuk itu maka bahan-bahan setempat

yang rumah dari bambu, kayu atap rumbia, dan sebagainya, merupakan bahan-bahan pokok pembuatan.

3) Teknologi yang dimiliki oleh masyarakat

Dewasa ini teknologi perumahan sudah begitu maju dan begitu modern. Rakyat pedesaan bagaimanapun sederhananya sudah memiliki teknologi perumahan sendiri yang dipunyai turun temurun. Dalam rangka penerapan teknologi tetpi guna, maka teknologi yang sudah dipunyai oleh masyarakat tersebut dimodifikasi.

4) Kebijakan (peraturan) pemerintahan yang menyangkut tata guna tanah.

Hal ini bagi perumahan masyarakat pedesaan belum merupakan problem, namun di kota sudah menjadi masalah yang besar

Syarat-syarat rumah sehat

1) Bahan bangunan

(1) Lantai

Ubin atau semen adalah baik , namun tidak cocok untuk kondisi ekonomi pedesaan. Syarat yang terpenting, lantai tidak berdebu pada musim kemarau dan tidak basah pada saat musim penghujan

(2) Dinding

Tembok adalah baik, namun disamping mahal, tembok sebanrnya kurang cocok untuk daerah tropis, bila ventilasinya kurang. Dinding rumah didaerah tropis

khususnya pedesaan, lebih baik dinding atau papan, sebab jendela tidak cukup, maka lubang-lubang pada dinding papan tersebut merupakan ventilasi dan dapat menambah penerangan alamiah.

(3) Atap genting

Umum dipakai untuk digunakan pada perkotaan dan pedesaan. Disamping atap genting cocok untuk daerah tropis juga harga terjangkau oleh masyarakat.

2) Ventilasi

Ventilasi rumah mempunyai banyak fungsi. Pertama untuk menjaga agar aliran udara dalam rumah tetap segar. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya O₂ di dalam rumah yang berarti kadar O₂ bersifat racun bagi penghuninya meningkat. Kurangnya ventilasi udara menyebabkan kelembaban udara dalam ruangan akan naik. Kedua ventilasi untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri terutama bakteri patogen.

Ada dua macam bentuk ventilasi, yakni:

(1) Ventilasi Alamiah

Aliran udara yang didalam ruangan tersebut terjadi secara alamiah melalui jendela, pintu, lubang angin, lubang-lubang pada dinding.

(2) Ventilasi Buatan

Udara yang didapat dengan menggunakan alat-alat khusus untuk mengalirkan udara tersebut, seperti kipas angin dan mesin penghisap udara.

3) Cahaya

Rumah yang sehat memerlukan penahayaan yang cukup, tidak kurang dan tidak terlalu banyak. Cahaya dapat dibedakan menjadi 2, yakni 1) Cahaya alamiah, sinar matahari. Cahaya ini sangat mempengaruhi patogen dalam rumah dan 2) Cahaya buatan dengan menggunakan sumber cahaya yang bukan alamiah, seperti lampu minyak tanah dan listrik.

4) Luas bangunan rumah

Luas lantai bangunan rumah sehat harus cukup untuk penghuni di dalamnya, dengan menyesuaikan jumlah penghuninya. Jika luas tidak sesuai dengan jumlah penghuninya akan menyebabkan perjubelan (*over crowded*). Hal tersebut tidak sehat, karena menyebabkan kekurangan konsumsi O_2 juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, akan mudah menularkan penyakitnya ke anggota keluarga yang lain.

5) Fasilitas dalam rumah

Rumah yang sehat harus mempunyai fasilitas-fasilitas, yakni 1) Penyediaan air bersih yang cukup, 2) Pembuangan tinja, 3) Pembuangan air limbah, 4) Pembuangan air limbah, 5) Fasilitas dapur 6) Ruang berkumpul keluarga. Untuk rumah dipedesaan cocok dengan adanya serambi, disamping fasilitas tersebut ada

fasilitas yang lain yang perlu diadakan sendiri untuk rumah pedesaan, yakni 1) Gudang sebagai tempat penyimpanan hasil panen, 2) Kandang ternak, karena ternak merupakan bagian dari para petani, maka kadang-kadang ternak tersebut ditaru didalam rumah.

c. Penyediaan air bersih

Air bersih merupakan air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum setelah masak. Kebutuhan air bersih merupakan banyaknya air yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan air dalam kegiatan sehari-hari misal mandi, mencuci, dan memasak. Kualitas air adalah standart kualitas yang dalam peraturan Menteri Kesehatan RI No. 82/ 2001 yang digunakan sebagai parameter air yang meliputi aspek fisik, kimia, biologi (Dermawan, 2012).

1) Air Minum

Air sangat penting bagi kehidupan manusia. Manusia akan lebih cepat meninggal karena kekurangan air daripada kekurangan makan. Kebutuhan manusia akan air sangat kompleks. Air sangat penting yakni kebutuhan untuk minum.

3. Penilaian Rumah Sehat

Data mengenai kartu rumah sehat yaitu dengan menggunakan lembar observasi yang masing-masing point memiliki bobot, pada setiap point memiliki beberapa item. Point 1 memiliki bobot 31, point 2 memiliki bobot 25, dan point 3 sarana sanitasi memiliki bobot 44, dimana observer yang menilainnya.

2.2 Konsep Tuberkulosis

2.2.1 Definisi Tuberkulosis

Menurut Price & Wilson, 2005 dalam Nur Siti (2016) Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyebar melalui getah bening atau pembuluh darah.

TBC paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru dan di sebabkan oleh *Mycrobakterium tuberculosis* (Soemantri, 2008).

Menurut Jumaelah (2011) dalam Silvani (2016) Tuberkulosis paru adalah penyakit menular disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang balita hingga usia lanjut. Sedangkan menurut Junaidi (2010) mengatakan tuberkulosis (TB) sebagai akibat *Mycrobakterium tuberculosis* yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru dengan gejala yang sangat bervariasi.

Dari beberapa pengertian menurut para ahli dapat disimpulkan Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman 2 *Mycobacterium Tuberculosis* (TBC), sebagian besar kuman TBC menyerang paru, tapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Penularan tersebut dapat terjadi ketika pasien TB batuk dan bersin, kuman tersebar keudara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei). Infeksi terjadi apabila orang lain menghirup udara yang mengandung percikan dahak infeksius tersebut.

2.2.2 Etiologi

Menurut Suyono (2008) dalam Nur Siti (2016) menyebutkan Tuberkulosis bahwa disebabkan oleh *Mycrobakterium Tuberculosis*, sejenis kuman yang

berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4 μm dan tebal 0,3–0,6 μm dan digolongkan dalam Basil Tahan Asam (BTA).

Penyakit TB paru merupakan penyakit infeksi yang disebabkan bakteri berbentuk basil yang dikenal dengan nama *Mycrobakterium tuberculosis* dan dapat menyerang semua golongan umur. Penyebaran TB paru melalui perantara ludah atau dahak penderita yang mengandung basil *Tuberculosis* paru (Depkes RI, 2011).

Penyakit TB biasanya menular melalui udara yang tercemar dalam bakteri *Mycrobakterium tuberculosis* yang dilepaskan pada saat penderita TB batuk, percikan dahak (droplet nuclei) dan anak-anak sumber infeksi yang cepat tertular umumnya berawal dari penderita TB dewasa. Bakteri ini bila sering masuk dan terkumpul dalam paru-paru akan berkembang biak menjadi banyak dan dapat menyebar melalui pembuluh darah atau kelenjar getah bening. Oleh sebab itu infeksi TB dapat menginfeksi hampir seluruh organ seperti : paru-paru, otak, ginjal, saluran pencernaan, tulang, kelenjar getah bening dan lain-lain, meskipun demikian organ tubuh yang paling sering terkena yaitu paru-paru (Depkes RI, 2011).

Penyebab penyakit TB sering tidak tahu bahwa ia menderita sakit tuberkulosis. droplet yang mengandung basil TB yang dihasilkan dari batuk dapat melayang di udara hingga kurang lebih dua jam tergantung pada kualitas ventilasi, jika droplet terhirup oleh orang sehat, maka droplet akan terdampar pada dinding system pernafasan (Djojodibroto, 2012).

Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alcohol, sehingga sering disebut Basil Tahan

Asam (BTA), serta tahan terhadap zat kimia dan fisik. Kuman tuberkulosis juga tahan dalam keadaan kering dan dingin, bersifat dorman dan aerob. Bakteri tuberkulosis ini mati pada pemanasan 100°C, selama 5-10 menit atau pada pemanasan 60° C selama 30 menit, dengan alcohol 70-95% selama 15-30 detik (Widoyono, 2011).

2.2.3 Klasifikasi

Menurut Naga (2012) Bentuk penyakit tuberkulosis ini dapat diklasifikasikan menjadi dua, yaitu:

1. Tuberkulosis Paru

Penyakit ini merupakan bentuk yang paling sering dijumpai, yaitu sekitar 80% dari semua penderita. Tuberkulosis yang menyerang jaringan paru-paru ini merupakan satu-satunya bentuk dari TB yang mudah tertular kepada manusia lain, asal kuman bisa keluar dari penderita.

2. Tuberkulosis Ekstra Paru

Penyakit ini merupakan bentuk penyakit TB yang menyerang organ tubuh lain, selain paru-paru, seperti pleura, kelenjar limfe, persendian tulang belakang, saluran kencing, dan susunan saraf pusat. Oleh karena itu penyakit TB ini kemudian dinamakan penyakit yang tidak pandang bulu karena dapat menyerang seluruh organ dalam tubuh manusia secara bertahap. Dengan kondisi organ tubuh yang telah rusak, tentu saja dapat menyebabkan kematian bagi penderitanya.

2.2.4 Tanda dan Gejala

Menurut Naga (2012), Ada beberapa tanda saat seseorang terjangkit tuberkulosis paru, yaitu:

1. Batuk-batuk berdahak lebih dari 2 minggu.

2. Batuk-batuk dengan mengeluarkan darah atau pernah mengeluarkan darah.
3. Dada terasa sakit atau nyeri.
4. Dada terasa sesak pada waktu bernapas.

Menurut Depkes RI (2011) Gejala yang lain pada penderita TB, yaitu:

Gejala penyakit pada penderita TB paru dapat dibagi menjadi gejala lokal di paru dan gejala pada seluruh tubuh secara umum. Gejala di paru tergantung pada banyaknya jaringan paru yang sudah rusak karena gejala penyakit TB paru ini berkaitan bagaimana bentuk kerusakan paru yang ada, yaitu:

1. Batuk

Gejala ini banyak ditemukan, batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Karena terlibatnya bronkus pada setiap penyakit tidak sama, mungkin saja batuk baru ada setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu bahkan berbulan-bulan peradangan bermula. Sifat batuk dimulai dari batuk kering kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif. Keadaan yang lebih lanjut adalah berupa batuk darah yang pecah. Kebanyakan batuk darah pada ulkus dinding bronkus.

2. Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tetapi kadang-kadang badan panas mencapai 40-41° C. serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi kemudian dapat timbul kembali. Begitulah seterusnya hilang timbulnya demam influenza, sehingga pasien merasa tidak terbebas dari serangan demam influenza. Keadaan ini dipengaruhi daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman tuberkulosis masuk.

3. Sesak nafas

Pada penyakit ringan belum dirasakan sesak nafas. Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

4. Nyeri dada

Gejala ini agak jarang ditemukan. Nyeri dada timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik atau melepaskan nafasnya.

5. Kelelahan

Penyakit tuberculosis bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia tidak ada nafsu makan, berat badan makin kurus, sakit kepala, nyeri otot keringat malam. Gejala malaise ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur.

2.2.5 Sifat *Mycobacterium Tuberculosis*

Mycobacterium Tuberculosis adalah bakteri yang menyebabkan penyakit tuberculosis. Ada beberapa sifat-sifat dari *MycobacteriumTuberculosis* dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Bentuk *MycobacteriumTuberculosis*

MycobacteriumTuberculosis berbentuk batang lurus atau agak bengkok dengan ukuran 0,2-0,4 x 1,4 cm. pewarnaan Ziehl-Neelsen dipergunakan untuk mengidentifikasi bakteri tahan asam.

2. Penanaman *MycobacteriumTuberculosis*

- a. Kuman ini tumbuh lambat.
- b. Koloni baru tampak setelah kurang lebih dua minggu, bahkan kadang-kadang setelah 6-8 minggu.

- c. Suhu optimum 37° C dan tidak tumbuh pada suhu 25° C atau lebih dari 40° C Medium pada yang biasa dipergunakan adalah Lowenstein-Jensen.
 - d. Tingkat pH optimum 6,4-7,0
3. Sifat-sifat *Mycobacterium Tuberculosis*
- a. *Mycobacterium Tuberculosis* tidak tahan panas, akan mati pada suhu 6° C selama 2 jam.
 - b. Baikan dapat mati jika terkena sinar matahari langsung selama 2 jam.
 - c. Dalam dahak, bakteri ini dapat bertahan selama 20-30 jam.
 - d. Basil yang berada dalam percikan bahan dapat bertahan hidup 8-10 hari.
 - e. Dalam suhu kamar, biakan basil ini dapat hidup selama 6-8 bulan dan dapat disimpan dalam lemari dengan suhu 20° C selama 2 tahun.
 - f. Bakteri ini tahan terhadap berbagai khemikalia dan disinfektan, antara lain phenol 5%, asam sulfat 15%, asam sitrat 3%, dan NaOH 4%.
 - g. Basil ini dapat dihancurkan oleh *jodium tinctur* dalam waktu 5 menit, sementara dengan alkohol 80% akan hancur dalam 2-10 menit kemudian.

2.2.6 Faktor Penyebab TB Paru

Ada beberapa faktor penyebab terjadinya penyakit TB Paru, yaitu:

1. Sosial Ekonomi

Menurut Sumardi (2001) dalam Basrowidan Siti Juariyah (2010) Sosial ekonomi merupakan suatu kedudukan yang diatur secara social dan menempatkan seseorang pada posisi tertentu dalam masyarakat, pemberian posisi itu disertai

pula dengan seperangkat hak dan kewajiban yang harus dimainkan oleh sipembawa status

Berdasarkan tingkat penghasilan keluarga dan sumber penghasilan, pekerjaan, dan pendidikan anggota keluarga yang dewasa, status kelas social keluarga diidentifikasi (Friedman, 2010)

a. Faktor-faktor yang menentukan social ekonomi

1) Pendidikan

Pendidikan adalah daya upaya untuk memajukan budi pekerti, pikiran, dan jasmani manusia agar dapat menunjukkan kesempurnaan hidup, yaitu kehidupan dari penghidupan yang selaras dengan alamnya dan masyarakat serta dapat mencapai keselamatan dan kebahagiaan setinggi-tingginya (Basrowi & Siti Juariyah, 2010).

Pendidikan dipandang oleh masyarakat kelas menengah sebagai alat untuk mencapai produktivitas dan mendapatkan "kesuksesan". Nilai terhadap pendidikan disejajarkan dengan Erika kerja, materialisme, individualisme dan perkembangan, meskipun pendidikan lebih ditekankan pada masyarakat kelas menengah atas, nilai ini juga menjadi lebih utama dalam kelas pekerja (Friedman, 2010)

2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan keluarganya. Bekerja

umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu (Setiawan dkk, 2014).

3) Pendapatan

Masalah gizi karena kemiskinan indikatornya adalah taraf ekonomi keluarga, yang hubungannya dengan daya beli masyarakat yang dimiliki keluarga tersebut (Setiawan dkk, 2014).

Pendapatan yang rendah merupakan kendala bagi keluarga untuk memenuhi kebutuhan gizi, baik segi kualitas maupun kuantitasnya bagi seluruh anggota keluarga. Rendahnya pendapatan menyebabkan pengeluaran uang untuk membeli bahan makanan terbatas. Keadaan ini dapat menyebabkan orang tidak mampu membeli bahan makanan dalam jumlah yang diperlukan. Ini menyebabkan suatu jenis makanan tidak pernah dihidangkan dalam susunan makanan keluarga, sehingga kualitas maupun kuantitas zat gizi dalam makanan yang dihidangkan bagi anggota keluarga juga kurang (Adriani dan Wirjatmadi, 2014).

2. Tingkat Pendidikan

Menurut Suhardi (2009) dalam Silvani (2016) Pendidikan adalah usaha yang terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif untuk mengetahui dan belajar dengan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian pada diri,

kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, maupun keterampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat. Tujuan pendidikan adalah menciptakan seseorang yang berkualitas dan berkarakter sehingga memiliki gambaran yang luas guna mencapai suatu cita-cita yang diharapkan dan mampu beradaptasi dengan cepat dan tepat di dalam berbagai lingkungan sekitar. Karena pendidikan itu sendiri memotivasi diri kita untuk lebih baik dalam segala aspek kehidupan. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru.

3. Perilaku Merokok

Faktor perilaku merokok pada penderita TB Paru sebenarnya bisa dicegah. Namun, jika perilaku merokok pada masa muda sudah mengenal dan menerapkan perilaku merokok maka bisa terjadi sulit untuk menghentikan perilaku merokok tersebut. Pada hal ini disebabkan karena kandungan yang ada didalam rokok terdapat kandungan nikotin yang berdampak menjadi kecanduan. Kebanyakan para penderita atau seseorang yang mengkonsumsi rokok mengetahui apa saja bahaya yang ada didalam rokok tersebut. Namun pada penderita maupun seseorang tidak bisa menghilangkan kebiasanya pada setiap harinya. Sehingga dari kebiasaan tersebut sulit untuk dihilangkan. pada penelitian Haris, dkk (2013) dalam Sukendra (2017) menyebutkan pada penderita TB paru yang dikonsumsi setiap hari ≥ 10 batang punya resiko dua kali mengalami keparahan pada parunya. Jika penderita atau seseorang sudah mengkonsumsi rokok sejak masa muda semakin lama paru terpajan oleh rokok semakin pula sulit untuk menghilangkan perilaku merokok. Lama waktu merokok, jumlah rokok yang dihisap setiap

harinya berapa batang hal tersebut dapat memperparah infeksi pada TB paru dan sulitnya masa penyembuhan.

Perilaku merokok jika dilakukan secara terus menerus oleh penderita TB paru semakin merusak mekanisme pertahanan pada paru. Organ-organ yang ada didalam paru juga ikut rusak karena terpapar secara terus menerus oleh asap rokok sehingga mempermudah kuman tb. adanya kuman yang masuk ke dalam paru dapat merusak makrofag yang sebagai sel fagositosis sehingga mempermudah masuknya kuman TB paru bisa mempersulit proses penyembuhan. Jika perilaku merokok tetap berlanjut dapat memperparah penyakit TB paru dari kebiasaan tersebut semakin tingginya angka kematian penderita TB akibat perilaku dan kebiasaan tersebut menjadi sepuluh ribu juta orang pertahun pada tahun 2020 (WHO, 2003).

4. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2010) dalam Moh.Akbar, Endang Lusiawati (2016). Pengetahuan seorang manusia sebagian besar diperoleh melalui mata dan telinga. Apabila penerimaan suatu informasi yang baru jika perilaku tersebut tidak mudah memahami akan didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*) bahkan mudah diingat, sebaliknya jika perilaku yang tidak di dasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan pemahaman maka tidak akan berlangsung lama pengetahuan dan informasi yang didapat untuk diingat. Kebanyakan para penderita TB paru sudah sering mengetahui informasi melalui media masa, media sosial, bahkan promosi kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas. Namun, dengan adanya pengetahuan

mungkin secara tidak langsung penderita maupun keluarga mengabaikan informasi dan kadang-kadang bermanfaat bagi sebagian orang.

5. Usia

Penyakit tuberculosis paru paling sering ditemukan pada usia muda bahkan usia produktif, yaitu 15-50 tahun. Dewasa ini dengan terjadinya transisi demografi, menyebabkan usia harapan hidup lansia menjadi lebih tinggi. Pada usia lanjut, lebih dari 55 tahun system imunologi seseorang menurun, sehingga sangat rentan mengidap berbagai jenis penyakit, termasuk TB paru.

6. Jenis Kelamin

Menurut WHO, kaum perempuan lebih rentan terhadap kematian akibat serangan TB paru dibandingkan akibat proses kehamilan dan persalinan. Pada laki-laki penyakit ini lebih tinggi juga dikarena rokok dan minuman alcohol dapat menurunkan system pertahanan tubuh. Sehingga wajar jika perokok dan peminum beralkohol sering disebut sebagai agen dari penyakit tuberculosis paru. Dengan kebiasaan buruk tersebut mempermudah masuknya kuman maupun bakteri apa saja.

7. Sanitasi Lingkungan

Sarana lingkungan merupakan fasilitas penunjang yang berfungsi untuk penyelenggaraan dan pengembangan kehidupan ekonomi sosial, dan budaya. Prasarana lingkungan adalah kelengkapan dasar fisik lingkungan yang memungkinkan lingkungan pemukiman dapat berfungsi sebagaimana mestinya.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa rumah sehat adalah bangunan tempat berlindung dan beristirahat serta sebagai sarana pembinaan keluarga yang

menumbuhkan kehidupan sehat secara fisik, mental dan sosial, sehingga seluruh anggota keluarga dapat bekerja secara produktif. Oleh karena itu keberadaan perumahan yang sehat, aman, serasi, teratur sangat diperlukan agar fungsi dan kegunaan rumah dapat terpenuhi dengan baik.

Jadi sanitasi perumahan menciptakan keadaan lingkungan perumahan yang baik atau bersih untuk kesehatan. Sanitasi lingkungan ini sangat penting bagi penderita TB paru yang ada didalam keluarga jika suhuruangan kamar maupun ruangan yang ada perlu adanya pencahayaan dan ventilasi. Karena dari beberapa yang menunjang sebagai sanitasi lingkungan tersebut cara pencegahan dan penularan *Mycrobakteria tuberculosis* pada keluarga dapat dicegah. Dengan ruangan yang tidak lembab maka bakteri TB tidak bisa berkembang didalam ruangan, ventilasi perlu ada didalam kamar agar panasnya terik matahari bisa masuk dengan bebas yang bertujuan untuk mematikan bakteri TB. Kepadatan hunian maupun kepadatan penduduk yang ada dilingkungan dapat menghambat penyembuhan dari penyakit.

8. Status Gizi

Kekurangan kalori, protein, vitamin, zat besi dan lain-lain akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang, sehingga rentan terhadap berbagai penyakit termasuk TB paru. Keadaan ini merupakan factor penting yang berpengaruh di Negara miskin, baik pada orang dewasa maupun anak-anak.

2.2.7 Patofisiologis

Ketika seorang klien TB paru batuk, bersin, atau berbicara, maka secara tak sengaja keluarlah *droplet nuclei* dan jatuh ketanah, lantai atau tempat lainnya. Akibat terkena sinar matahari atau suhu udara yang panas, *droplet nuclei*

menguap. Menguapnya *droplet nuclei* keudara dibantu dengan pergerakan angin akan membuat bakteri tuberculosis yang terkandung dalam *droplet nuclei* terbang keudara. Jika bakteri ini terhirup oleh orang sehat, maka orang itu berpotensi terkena infeksi bakteri tuberculosis (Muttaqin, 2012).

Tuberculosis primer adalah infeksi bakteri TB dari penderita yang belum mempunyai reaksi spesifik terhadap bakteri TB. Bila bakteri TB terhirup dari udara melalui saluran pernafasan dan mencapai alveoli atau bagian terminal saluran pernafasan, maka bakteri akan ditangkap dan dihancurkan oleh makrofag yang berada di alveoli. Jika pertahanan tubuh (inang) kuat, maka infeksi primer tidak berkembang lebih jauh dan bakteri tuberculosis tidak dapat berkembang biak lebih lanjut dan menjadi dorman atau tidur. Ketika suatu saat inang melemah, maka bakteri tuberculosis yang dorman dapat aktif kembali. Inilah yang disebut reaktivasi infeksi primer atau infeksi pasca-primer. Infeksi ini dapat terjadi bertahun-tahun setelah infeksi primer terjadi (Muttaqin, 2012).

Pada tuberculosis sekunder, setelah terjadi resolusi dari infeksi primer, sejumlah kecil bakteri TB masih hidup dalam keadaan dorman di jaringan paru. Sebanyak 90% di antaranya tidak mengalami kekambuhan. Reaktivasi penyakit TB (TB pascaprimar atau TB sekunder) terjadi bila daya tahan tubuh menurun, alkoholisme, keganasan, silikosis, diabetes melitus dan AIDS (Muttaqin, 2012).

2.2.8 Gambaran Klinik

Menurut Notoatmodjo (2011) menyebutkan keluhan yang dirasakan pasien tuberculosis dapat bermacam-macam dan terdiri dari beberapa fase, yaitu :

1. Dimulai dengan fase asimtomatik dengan lesi yang hanya dapat dideteksi secara radiologik.

2. Berkembang menjadi plisis yang jelas kemudian mengalami stagnasi atau regresi.
3. Eksaserbasi memburuk.
4. Dapat berulang kemuadua menjadi menahun

2.2.9 Pengobatan TB

Pengobatan TB terutama berupa pemberian obat anti mikroba dalam jangka waktu lama. Obat ini juga dapat digunakan untuk mencegah timbulnya penyakit klinis pada seseorang yang sudah terjangkit infeksi. ATS (1994) menekankan tiga prinsip dalam pengobatan TB yang berdasarkan pada: (1) regimen harus termasuk obat-obatan multiple yang sensitive terhadap mikroorganisme, (2) obat-obatan harus diminum secara teratur, (3) terapi yang paling efektif dan paling aman pada waktu yang singkat (Price, 2005). Pada tahun 1994 CDC dan ATS mempublikasikan petunjuk baru pengobatan penyakit infeksi TB, yaitu:

1. Regimen obat 6 bulan yang terdiri dari isoniazid (hidrasida asam isonikotinat (INH), rifampisin, dan pirazinamid diberikan selama 2 bulan, kemudian diikuti dengan INH dan rifampisin selama 4 bulan adalah regimen yang direkomendasikan untuk terapi awal TB pada pasien yang organismenya sensitif terhadap pengobatan.
2. INH dan rifampisin regimen 9 bulan sensitif pada orang yang tidak boleh atau tidak bias mengonsumsi pirazinamid. Etambutol (streptomisin pada anak terlalu muda harus diawasi ketajaman penglihatannya) seharusnya termasuk regimen awal hingga terdapat hasil studi kerentanan obat, paling tidak sedikit kemungkinan terdapat resistensi obat. Bila resistensi INH telah

terlihat, rifampisin dan etambutol harus diminum secara terus menerus minimal selama 12 bulan.

3. Mengobati semua pasien dengan DOTS adalah rekomendasi utama.
4. TB resisten banyak minum obat (MDR TB) yang resisten terhadap INH dan rifampisin suliy untuk di obati. Pengobatan harus berdasarkan pada riwayat pengobatan dan hasil studi kerentanan. Dokter yang belum terbiasa dengan pengobatan MDR TB harus bertanya pada konsultan ahli.
5. Anak-anak harus diberikan regimen yang sama dengan orang dewasa, dengan dosis obat yang disesuaikan.
6. INH dan rifampisin regimen 4 bulan, lebih cocok bila ditambah dengan piranamid untuk 2 bulan pertama, regimen ini direkomendasikan untuk orang dewasa TB aktif dan untuk orang dengan pulasan dan biakan negatif, bila terdapat sedikit kemungkinan resistensi obat.

2.2.10 Pemantauan Kemajuan dan Hasil Pengobatan TB Paru

Pemantauan kemajuan dan hasil pengobatan pada orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis lebih baik dibandingkan dengan pemeriksaan radiologis dalam memantau kemajuan pengobatan. Laju Endap Darah (LED) tidak digunakan untuk memantau kemajuan pengobatan karena tidak spesifik untuk TB. Untuk memantau kemajuan pengobatan dilakukan pemeriksaan dua contoh uji dahak (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila ke 2 contoh uji dahak tersebut negatif. Bila salah satu contoh uji positif atau keduanya positif, hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif. Hasil dari pemeriksaan mikroskopis semua pasien sebelum memulai pengobatan harus dicatat.

Pemeriksaan ulang dahak pasien TB Paru BTA positif merupakan suatu cara terpenting untuk menilai hasil kemajuan pengobatan. Setelah pengobatan tahap awal, tanpa memperhatikan hasil pemeriksaan ulang dahak apakah masih tetap BTA positif atau sudah menjadi BTA negatif, pasien harus memulai pengobatan tahap lanjutan (tanpa pemberian OAT sisipan apabila tidak mengalami konversi). Pada semua pasien TB BTA positif, pemeriksaan ulang dahak selanjutnya dilakukan pada bulan ke 5. Apabila hasilnya negatif, pengobatan dilanjutkan hingga seluruh dosis pengobatan selesai dan dilakukan pemeriksaan ulang dahak kembali pada akhir pengobatan (Kemenkes, 2014).

2.3 Konsep Kualitas Hidup

2.3.1 Definisi Kualitas Hidup

Menurut WHO (2012) dalam Suci (2015) WHOQOL adalah persepsi individu dari kedudukan mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran mereka. WHOQOL-100 dan WHOQOL-BREF memiliki banyak kegunaan, termasuk digunakan dalam praktek medis, penelitian, audit, pembuatan kebijakan dan dalam menilai efektivitas dan keuntungan relatif perlakuan yang berbeda. Mereka juga dapat digunakan untuk menilai variasi dalam kualitas hidup budaya yang berbeda, untuk membandingkan subkelompok dalam budaya yang sama dan untuk mengukur perubahan di berbagai waktu sebagai respon terhadap perubahan dalam situasi kehidupan.

Menurut Nursalam (2015), kualitas hidup *Quality of Life* merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian

secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut berada.

Kualitas hidup *Quality of Life* digunakan dalam bidang pelayanan kesehatan untuk menganalisis emosional seseorang, faktor sosial, dan kemampuan untuk memenuhi tuntutan kegiatan dalam kehidupan secara normal dan dampak sakit dapat berpotensi untuk menurunkan kualitas hidup terkait kesehatan. Kualitas hidup memiliki maksud sebagai usaha untuk membawa penilaian memperoleh kesehatan. Pandang ketentuan klinis, kualitas hidup telah menjadi pokok bahasan sehubungan dengan penggunaan instrumen terkait keadaan kesehatan yang mengukur kepuasan pasien dan manfaat fisiologis. Suatu konsep total kesehatan manusia menggabungkan keduanya yakni faktor fisik dan mental (Nursalam, 2015).

Kualitas hidup dengan konsep yang saat ini digunakan secara umum, merupakan analisis dari hasil kuesioner yang dilakukan pada pasien, yang bersifat multidimensi dan mencakup keadaan fisik, sosial, emosional, kognitif, hubungan dengan peran atau pekerjaan yang dijalani, dan aspek spiritual yang dikaitkan dengan variasi gejala penyakit, terapi yang didapatkan beserta dengan dampak serta kondisi medis, dan dampak secara finansial (Nursalam, 2015).

WHOQOL adalah konsep umum yang dilengkapi dengan cara kompleks meliputi kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi dan hubungan mereka dengan menonjolkan fitur dari lingkungan. WHOQOL-BREF menghasilkan empat skor domain. 4 domain tersebut adalah :

- a. Kesehatan fisik yaitu pada pertanyaan nomer 3, 4, 10, 15, 16, 17 dan 18
- b. Psikologis yaitu pada pertanyaan nomer 5, 6, 7, 11, 19 dan 26
- c. Hubungan sosial yaitu pada pertanyaan nomer 20, 21, dan 22
- d. Lingkungan yaitu pada pertanyaan nomer 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 dan 25

Ada juga dua item yang diperiksa secara terpisah pertanyaan 1 menanyakan tentang persepsi keseluruhan individu kualitas hidup dan pertanyaan 2 bertanya tentang persepsi keseluruhan individu tentang kesehatannya. Skor domain adalah skala ke arah yang positif (yaitu skor yang lebih tinggi menunjukkan mutu hidup yang lebih tinggi). Nilai rata-rata dari item dalam setiap domain yang digunakan untuk menghitung skor domain. Skor rata-rata tersebut kemudian dikalikan dengan 4 untuk membuat skor domain sebanding dengan nilai yang digunakan dalam WHOQOL-100, dan kemudian ditransformasikan ke skala 0-100 (WHO, 2012).

Tabel 2.10 Skoring Kualitas Hidup

Skor Domain		Raw skor	Transformed score	
			4-20	0-100
Domain 1	$(6-Q3) + (6Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a.=	b:	c:
Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a.=	b:	c:
Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a.=	b:	c:
Domain 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a.=	b:	c:

Keterangan :

1. Raw Skor = penjumlahan nilai pada setiap pertanyaan dalam setiap domain

2. $4-20 : \text{Mean setiap domain} \times 4$
3. $0-100 : [\text{nilai (b)}-4] \times [100/16]$

Interpretasi hasil menurut WHO (2012):

1. Dikatakan kualitas hidup kurang jika score 0-50
2. Dikatakan kualitas hidup baik jika score 51-100

Tabel 2.11 Pertanyaan Kualitas Hidup

Domain	Aspek	Skor
Kesehatan Fisik	a. Rasa Nyeri	1: Tidak pernah
	b. Energi	2: Jarang
	c. Istirahat tidur	3: Cukup sering
	d. Mobilisasi	4: Sangat sering
	e. Aktifitas	5: Berlebihan
	f. Pengobatan	
	g. Pekerjaan	
Psikologis	a. Perasaan negatif	1: Tidak pernah
	b. Perasaan positif	2: Jarang
	c. Cara berfikir	3: Cukup sering
	d. Harga diri	4: Sangat sering
	e. <i>Body image</i>	5: Berlebihan
	f. Spiritual	
Hubungan Sosial	a. Hubungan individu	1: Tidak pernah
	b. Dukungan sosial	2: Jarang
	c. Aktifitas Seksual	3: Cukup sering 4: Sangat sering 5: Berlebihan
Lingkungan	a. Kelemahan fisik	1: Tidak pernah
	b. Lingkungan rumah	2: Jarang
	c. Sumber keuangan	3: Cukup sering
	d. Fasilitas kesehatan	4: Sangat sering
	e. Kemudahan mendapatkan informasi kesehatan	5: Berlebihan
	f. Rekreasi	
	g. Lingkungan	
	h. Transportasi	

2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

1. Kesehatan Fisik

Pada penderita perlu mewaspadai status gizi yang menurun, mengingat prevalensi malnutrisi yang tinggi dikalangan mereka, yaitu sebesar 10-50%. Padahal malnutrisi ini merupakan faktor risiko utama bagi timbulnya kesakitan dan kematian. Selain itu, sering kali status gizi dikalangan penderita ini diabaikan. Malnutrisi sendiri merupakan masalah yang bersifat multifaktor, yaitu meliputi faktor fisik, sosial, dan ekonomi. Bagi penderita yang tinggal sendiri, seringkali mengalami kurang makan, khususnya pada golongan pria (Noorkasiani, 2009).

Faktor sosial ekonomi juga secara langsung berdampak pada malnutrisi. Kadang-kadang keperluan-keperluan hidup lainnya seperti sewa rumah dan obat-obatan melebihi alokasi untuk makanan. Mahalnya bahan makanan segar, hambatan transportasi, dan berkurangnya kemampuan membawa barang belanjaan tak jarang membatasi para penderita memperoleh persediaan bahan makanan (Noorkasiani, 2009).

Secara fisiologis, mengingat *basal metabolisme rate* (BMR) yang rendah seiring dengan bertambahnya usia, maka kebutuhan nutrisinya menurun (di samping berkurangnya aktifitas fisik). Pengkajian berat badan, tinggi badan, dan struktur tubuh penting, mengingat pola penambahan dan pengurangan berat badan dapat memengaruhi kondisi kesehatan penderita secara keseluruhan (Noorkasiani, 2009).

2. Kondisi Psikologis

Perubahan fisik dan kognitif seringkali menimbulkan emosi negatif pada penderita. Ini dapat dimengerti, kata para ahli, karena siapapun pasti kecewa dan khawatir melihat dan kemudaannya berangsur menghilang, apalagi disertai daya

intelektual yang menurun yang mengesankan kita *bloon*. Ini terutama terjadi pada penderita yang mempunyai penyakit kronis (Waluyo & Putra, 2010).

Jika dilihat dari segi mental dan emosional, sering muncul perasaan pesimis, timbulnya perasaan tidak aman, dan cemas. Adanya kekacauan mental akut, merasa terancam akan timbulnya suatu penyakit atau takut ditelantarkan karena tidak berguna lagi. Munculnya perasaan kurang mampu untuk mandiri serta cenderung bersifat *introvert*. Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan kondisi mental diantaranya : 1) Pertama – tama perubahan fisik, khususnya organ perasa, 2) Kesehatan umum, 3) Tingkat pendidikan, 4) Keturunan (hereditas), 5) Lingkungan, 6) Gangguan saraf panca indra, timbul kebutaan, dan ketulian, 7) Gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan, 8) Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga, 9) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, dan konsep diri (Wahit dkk, 2009).

Depresi merupakan suatu gangguan suasana perasaan (*mood*) yang menahun, mencakup terdapatnya gangguan alam perasaan yang depresif (tertekan), hilangnya minat atau rasa senang dalam semua segi kegiatan kehidupan, termasuk lenyapnya semangat melakukan semua aktivitas yang disenangi dalam waktu senggangnya. Kondisi gangguan ini bisa berlangsung selama beberapa hari sampai beberapa minggu (Muhith, 2015).

Gejala biologis depresi yang penting pada pasien adalah perubahan pola tidur (terutama penurunan jumlah tidur dan bangun pada dini hari, penurunan nafsu makan dan berat badan, perubahan *mood* yang bervariasi dalam satu hari

(terutama memburuk pada pagi hari), konstipasi, kelambatan fisik dan mental yang tidak disebabkan oleh gangguan lain, serta ide bunuh diri (Davies, 2009).

3. Hubungan Sosial

Interaksi sosial merupakan hubungan sosial dinamis, yang menyangkut hubungan antara orang-perorangan, antara kelompok – kelompok manusia maupun antara orang perorangan dan kelompok manusia. Hubungan sosial akan terjadi apabila memenuhi dua syarat diantaranya adanya kontak sosial (*social contact*) dan adanya komunikasi (Saraswati dkk, 2007).

Hubungan sosial adalah hubungan antar individu yang timbul karena adanya interaksi sosial. Hubungan sosial, merupakan bentuk interaksi sosial yang lebih luas dari tingkah laku, tindakan, dan kontak sosial. Hubungan sosial merupakan interaksi sosial yang didasari oleh rasa simpati, empati, dan kepedulian terhadap sesama (Abdullah, 2008).

Menurut Potter (2010), mengatakan bahwa berlangsungnya suatu proses interaksi didasarkan pada berbagai faktor-faktor antara lain :

a. Faktor Imitasi

Faktor yang mempunyai peranan sangat penting dalam proses interaksi sosial yang dapat mendorong seseorang untuk mematuhi kaidah dan nilai yang berlaku. Misalnya, mempunyai peranan yang sangat penting dalam interaksi sosial. Salah satu segi positifnya adalah bahwa imitasi dapat mendorong seseorang untuk mematuhi kaidah-kaidah dan nilai-nilai yang berlaku. Namun demikian, imitasi mungkin mengakibatkan terjadinya hal negatif seperti melemahkan atau mematikan pengembangan daya kreasi seseorang.

b. Faktor Sugesti

Faktor yang memberikan suatu pandangan atau sikap yang berasal dari dirinya yang kemudian diterima oleh pihak lain. Hal ini hampir sama dengan faktor imitasi hanya saja yang membedakan adalah berlangsungnya sugesti dapat terjadi karena pihak yang menerima dilanda emosi, dimana hal tersebut dapat menghambat daya berpikir secara rasional.

c. Faktor Identifikasi

Faktor yang mempunyai kecenderungan-kecenderungan atau keinginan keinginan dalam diri seseorang untuk menjadi sama dengan pihak lain. Identifikasi sifatnya lebih mendalam dari pada imitasi, karena kepribadian seseorang dapat terbentuk atas dasar proses ini. Identifikasi sama dengan keinginan dalam diri seseorang untuk menjadi sama dengan pihak lain.

d. Faktor Simpati

Faktor yang merupakan suatu proses dimana seseorang merasa tertarik pada pihak lain. Di dalam proses ini, perasaan memegang peranan yang sangat penting, walaupun dorongan utama pada simpati adalah keinginan untuk memahami pihak lain dan untuk bekerja sama dengannya. Faktor-faktor tersebut dapat bergerak sendiri-sendiri maupun terpisah ataupun dalam keadaan bergabung, apabila masing-masing ditinjau secara lebih mendalam. Hal-hal tersebut di atas merupakan faktor-faktor minimal yang menjadi dasar bagi berlangsungnya proses interaksi sosial. Akan tetapi, dapat dikatakan bahwa imitasi dan sugesti terjadi lebih cepat, walaupun

pengaruhnya kurang mendalam bila dibandingkan dengan identifikasi dan simpati yang relatif lebih lambat proses berlangsungnya.

Faktor–faktor hubungan sosial tersebut dapat berlangsung secara positif maupun negatif. Terjadi secara positif, jika terjadi perubahan karena faktor hubungan sosial ke arah yang lebih baik atau sesuai dengan norma yang berlaku. Sebaliknya, negatif jika bertentangan dengan nilai dan norma yang berlaku (Saraswati dkk, 2007).

Hubungan – hubungan yang ada dalam kehidupan manusia merupakan suatu proses sosial. Hal ini karena hubungan antar individu merupakan syarat utama terjadinya aktivitas sosial. Aktivitas – aktivitas sosial itulah yang menjadi dasar terbentuknya proses sosial. Menurut Gillin, proses sosial adalah cara-cara berhubungan yang dapat dilihat apabila antar individu dan kelompok-kelompok manusia saling bertemu kemudian menentukan sistem serta bentuk-bentuk hubungan tersebut (Waluyo dkk, 2008).

Menurut (Azizah, 2011) terdapat 3 aspek hubungan sosial, yaitu hubungan pertemanan (*friendship*), dukungan sosial (*social support*) dan integrasi sosial (*social integration*) :

a. *Friendship*

Laura Carstensen (1998) menyimpulkan bahwa orang cenderung mencari teman dekat dibandingkan teman baru. Penelitian membuktikan bahwa penderita yang tidak memiliki teman baik kurang puas akan hidupnya dibanding yang mempunyai teman baik.

b. Sosial *support* dan sosial *integration*

Menurut penelitian, dukungan sosial dapat membantu individu untuk mengatasi masalahnya secara efektif. Dukungan sosial juga dapat meningkatkan kesehatan fisik dan mental pada penderita. Dukungan sosial berhubungan dengan pengurangan gejala penyakit dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya sendiri akan perawatan kesehatan. Dukungan sosial juga mempengaruhi kesehatan mental dari penderita tersebut. Penderita yang mengalami depresi memiliki jaringan sosial yang kecil, mengalami masalah dalam berinteraksi dengan anggota dalam jaringan sosial yang mereka miliki, dan sering mengalami pengalaman kehilangan dalam hidup mereka.

c. Integrasi sosial

Integrasi sosial memainkan peranan yang sangat penting pada kehidupan penderita. Kondisi kesepian dan terisolasi secara sosial akan menjadi faktor yang beresiko bagi kesehatan penderita. Kesejahteraan sosial adalah suatu tata kehidupan dan penghidupan sosial, baik material maupun spiritual, yang diliputi rasa keselamatan, kesusilaan, dan ketentraman lahir batin. Hal ini penting dalam mendukung hubungan sosial (*social belonging*) dan hubungan komunitas (*community belonging*) yang merupakan ikatan yang dimiliki oleh seseorang dengan lingkungan sosialnya, diantaranya senang berkumpul dengan teman-teman, mempunyai hubungan sosial, aktif serta tidak mengalami kesulitan dalam hubungan sosial. Aktivitas-aktivitas spiritualitas dan sosial akan memberikan nilai tertinggi bagi lansia untuk

menemukan kebermaknaan dan rasa harga dirinya (Purwaningsih dkk, 2012).

Kebutuhan akan keselamatan dan keamanan merupakan kebutuhan untuk melindungi diri dari berbagai bahaya yang mengancam, baik terhadap fisik maupun psikososial. Kebutuhan keselamatan dan keamanan berkenaan dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keselamatan dan keamanan dalam konteks secara fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman bisa nyata atau hanya imajinasi misalnya penyakit, nyeri, cemas, dan lain sebagainya (Asmadi, 2008).

Norma kesusilaan adalah aturan hidup yang berasal dari hati sanubari manusia itu sendiri bersifat umum dan universal, apabila dilanggar oleh setiap manusia maka akan menyesalkan perbuatan dirinya sendiri (Simanunsong & Elsi, 2007).

Semua perilaku manusia mungkin disebut sosial. Dimensi sosial yang relevan untuk perawatan lansia merupakan daftar singkat, yang telah dirangkum dalam sejumlah tinjauan kerja. Di bawah ini adalah informasi tentang fungsi sosial yang dibutuhkan, termasuk penggunaan kesehatan dan kinerja dasar dari ADL, yang merupakan komponen penting. Namun perhatikan bahwa ADL dan IADL akan ditingkatkan atau terhambat oleh faktor-faktor sosial dan sebaliknya, faktor sosial dapat mempengaruhi ADL atau gangguan IADL (Rockwood dkk, 2010).

4. Kondisi Lingkungan

Lingkungan dapat didefinisikan sebagai tempat pemukiman dengan segala sesuatunya dimana organismenya hidup beserta segala keadaan dan kondisi yang secara langsung maupun tidak dapat langsung diduga ikut mempengaruhi tingkat kehidupan maupun kesehatan dari organisme tersebut. Menurut WHO, lingkungan merupakan suatu keseimbangan ekologi yang harus ada antara manusia dengan lingkungan agar dapat menjamin keadaan sehat dari manusia (Ferry & Makhfudli, 2009).

Kesehatan lingkungan merupakan suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia. Terdapat hubungan yang kuat dan pengaruh yang signifikan antara kondisi lingkungan terhadap kesehatan masyarakat di perkotaan dan pemukiman (Ferry & Makhfudli, 2009).

Menurut Ferry & Makhfudli (2009), indikator kesehatan lingkungan diantaranya : (1) rumah tangga sehat, (2) akses terhadap air minum, (3) jarak sumber air minum dengan tempat penampungan akhir kotoran/tinja, (4) fasilitas tempat buang air besar, (5) luas lantai. Masalah – masalah kesehatan lingkungan di Indonesia meliputi air bersih, pembuangan tinja, kesehatan pemukiman, pembuangan sampah, serangga dan binatang pengganggu, makanan dan minuman, dan pencemaran lingkungan.

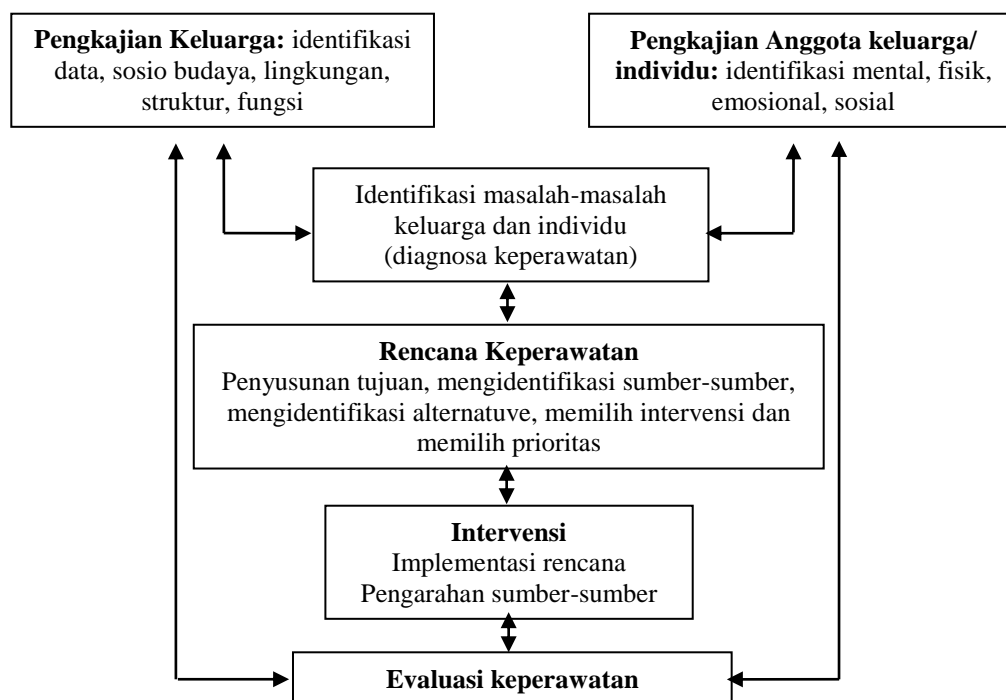
Menurut WHO, terdapat 17 ruang lingkup kesehatan lingkungan yaitu sebagai berikut : (1) penyediaan air minum, (2) pengelolaan air buangan (limbah) dan pengendalian pencemaran, (3) pembuangan sampah padat, (4) pengendalian

vector, (5) pencegahan atau pengendalian pencemaran tanah oleh ekskreta manusia, (6) higiene makanan, termasuk higiene susu, (7) pengendalian pencemaran udara, (8) pengendalian radiasi, (9) kesehatan kerja, (10) pengendalian kebisingan, (11) perumahan dan pemukiman (12) aspek kesehatan lingkungan dan transportasi udara, (13) perencanaan daerah dan perkotaan, (14) pencegahan kecelakaan, (15) rekreasi umum dan pariwisata, (16) tindakan-tindakan yang berhubungan dengan keadaan epidemi (wabah), bencana alam, dan perpindahan penduduk, (17) tindakan pencegahan yang diperlukan untuk menjamin lingkungan.

2.4 Model Konsep Keperawatan

2.4.1 Model Konsep Keperawatan Friedman

Friedman menekankan pada proses keperawatan individu, keluarga, kelompok atau komunitas memberikan bantuan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnose, perencanaan, intervensi, dan evaluasi menjadi lebih luas lagi. Dalam pengkajian dilakukan pada keluarga yang dapat diambil yaitu identifikasi, tahap perkembangan keluarga, lingkungan, struktur, fungsi keluarga, peran, stres dan coping keluarga. Pengkajian dilakukan kepada anggota keluarga atau individu yang meliputi identifikasi mental, fisik, emosional, dan sosial.



Gambar 2.3 Model konsep pengkajian keperawatan keluarga menurut Friedman (1998) dalam (Padila, 2012)

2.4.2 Model Konsep Keperawatan Imogene M. King

Imogene M. King lahir pada tanggal 30 Januari 1923, di West Point, Iowa. Pada tahun 1945, King menerima diploma dalam Keperawatan dari St. John's *Hospital School of Nursing* di St. Louis, Missouri. Saat bekerja posisi sebagai staf perawat. King melanjutkan kuliah dan mendapat gelar Sarjana Sains (*Bachelor of Science*) Pendidikan Keperawatan dari *St Louis University* pada tahun 1948. Pada tahun 1957, dia menerima gelar Master of Science dalam Keperawatan dari St Louis University lalu dari tahun 1947 sampai tahun 1958, King bekerja sebagai instruktur di St. John's *Hospital School of Nursing*.

Menurut King terus memberikan pelayanan masyarakat dan membantu merencanakan perawatan melalui sistem dan teori konseptualnya di berbagai

organisasi perawatan kesehatan, termasuk tanpa General Hospital. King menggunakan pendekatan sistem dalam pengembangan sistem konseptual dan teori *middle-range* yaitu teori pencapaian tujuan, dimana cara untuk mempelajari manusiaberinteraksi dengan lingkungan adalah untuk merancang sebuah kerangka kerja konseptual tentang variabel yang saling bergantung dan konsep yang saling terkait.

Di dalam pendahuluan buku *Toward a Theory for Nursing*, King mengusulkan sebuah kerangka konsep keperawatan dan bukan teori keperawatan. King mengidentifikasi kerangka konsep sebagai kerangka konsep sistem terbuka dan teori sebagai satu tujuan yang dicapai Sebuah kesadaran dinamika kompleks tentang perilaku manusia dalam situasi keperawatan mendorong perumusan tentang kerangka kerja konseptual yang mewakili siste pribadi, interpersonal, dan sosial sebagai domain keperawatan.

Sistem interpersonal terbentuk ketika kedua atau lebih individu berinteraksi, membentuk diad (dua orang) atau letriad (tiga orang). Diad dari seorang perawat dan seorang pasien sebagai salah satu jenis sistem interpersonal. Keluarga ketika bertindak sebagai kelompok kecil, dapat dianggap sebagai sistem interpersonal. Memahami sistem interpersonal membutuhkan konsep komunikasi, interaksi, peran, tekanan, dan transaksi. Sistem interaksi yang lebih komprehensif terdiri dari kelompok-kelompok yang membentuk masyarakat, disebut sebagai *sistem sosial*.

Kerangka Konsep Sistem Terbuka, King memperkenalkan beberapa asumsi sebagai dasar kerangka konseptualnya.

a. Keperawatan

Keperawatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi yang ditemukan dalam sistem perawatan kesehatan masyarakat. Tujuan keperawatan adalah menolong individu mempertahankan kesehatannya sehingga mereka dapat berfungsi dalam peran-peran mereka. Keperawatan dipandang sebagai proses interpersonal aksi, reaksi, interaksi, dan transaksi sehingga model keperawatan King dikenal sebagai "*An Interaction Model*".

b. Individu

Asumsi spesifik King mengenai individu adalah individu sebagai makhluk sosial, individu sebagai makhluk berakal, individu sebagai makhluk rasional, individu sebagai makhluk perasa, individu sebagai makhluk pengontrol, individu sebagai makhluk yang bertujuan, individu sebagai makhluk berorientasi tindakan, dan individu sebagai makhluk berorientasi waktu. Menurut King, individu mempunyai hak untuk mengetahui berbagai hal menyangkut dirinya, hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi kehidupan dan kesehatan mereka, serta hak untuk menerima atau menolak perawatan kesehatan.

c. Kesehatan

Kesehatan dipandang sebagai bagian dinamis dalam lingkaran kehidupan, sedangkan penyakit merupakan bagian dalam lingkaran kehidupan tersebut. Kesehatan mempengaruhi upaya adaptasi yang terus menerus terhadap kondisi stress, baik internal maupun eksternal,

melalui pemanfaatan optimus sumberdaya manusia guna meraih potensial maksimal kehidupan keseharian

d. Lingkungan

King menyatakan, “Pemahaman mengenai tata cara manusia berinteraksi dengan lingkungannya guna mempertahankan kesehatan merupakan inti bagi perawat”. Sistem terbuka berimplikasi pada terciptanya interaksi antara sistem dan lingkungan yang mempengaruhi perubahan lingkungan secara konstan.

Kerangka konsep sistem terbuka disusun atas tiga sistem interaksi yakni sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial

1) Sistem personal

Setiap individu adalah sistem personal yang mencakup persepsi, diri pribadi, pertumbuhan dan perkembangan, citra tubuh, ruang, dan waktu.

(a) Persepsi

Persepsi, menurut King, adalah gambaran seseorang tentang objek, orang, dan kejadian. Persepsi setiap orang berbeda, bergantung pada pengalaman masa lalu, latar belakang, pengetahuan, dan status emosinya. Karenanya, persepsi dapat mempengaruhi semua perilaku atau konsep lain yang berhubungan. Ciri-ciri persepsi adalah universal atau dialami oleh semua orang, subjektif, dan selektif untuk setiap orang.

(b) Diri (*self*)

Diri (*self*) adalah segala sesuatu tentang individu yang merupakan bagian dalam dirinya yang bisa dibedakan dengan bagian luar.

(c) Pertumbuhan dan Perkembangan

Tumbuh-kembang merupakan proses di sepanjang rentang kehidupan manusia yang meliputi perubahan sel, molekul, dan perilaku sehingga seseorang dapat bergerak dari keadaan potensial untuk mencapai aktualisasi diri.

(d) Citra tubuh

Citra tubuh adalah cara seseorang merasakan tubuhnya dan reaksi lain terhadap penampilannya. Citra tubuh sifatnya subjektif dan sangat personal, dapat dipelajari, serta dinamis.

(e) Ruang (*space*)

Setiap orang memiliki ruang yang meliputi ruang untuk semua arah. Ruang ini berfungsi sebagai volume, arah, jarak, dan waktu berdasarkan persepsi individu terhadap situasi.

(f) Waktu

Waktu merupakan masa yang bergerak terus menerus dari masa lalu ke masa depan yang melekat dengan proses kehidupan. Waktu ini bersifat subjektif karena berdasarkan persepsi.

2) Sistem Interpersonal

Jika komponen konsep sistem personal saling bertemu, akan terbentuk sistem interpersonal. Sistem interpersonal dibentuk oleh interaksi

antara dua orang atau lebih. Interaksi dua orang disebut *dyad*, tiga orang disebut *triad*, dan empat orang atau lebih disebut *group*. Sistem interpersonal meliputi beberapa konsep yang berkaitan, yaitu interaksi, komunikasi, transaksi, peran, dan stres.

(a) Interaksi

Menurut King, interaksi adalah proses persepsi dan komunikasi antara individu dan lingkungan dan antara individu dan individu, yang dipresentasikan oleh perilaku verbal dan non-verbal yang diarahkan untuk mencapai tujuan. Setiap individu (perawat dan klien) dalam berinteraksi membawa/memiliki pengetahuan, kebutuhan, tujuan, dan persepsi yang berbeda sehingga dapat mempengaruhi proses interaksi.

(b) Komunikasi

Komunikasi didefinisikan sebagai proses pemberian informasi dari satu orang ke orang berikutnya, baik secara langsung maupun tidak langsung. Komunikasi merupakan komponen informasi dari interaksi.

(c) Transaksi

Transaksi didefinisikan King sebagai tujuan interaksi yang membawa pada pencapaian tujuan. Transaksi merupakan komponen penilaian dari interaksi manusia; di dalamnya termasuk tingkah laku yang dapat diobservasi.

(d) Peran

Menurut King, peran merupakan seperangkat perilaku yang diharapkan dari orang yang memiliki posisi dalam sistem sosial. Peran perawat dapat ditentukan jika perawat berinteraksi dengan satu atau lebih orang dalam situasi keperawatan. Perawat sebagai tenaga professional menggunakan keterampilan psikomotor, kognitif, serta nilai-nilai keperawatan untuk mengidentifikasi tujuan dan membantu klien mencapai tujuan tersebut. Terjadinya konflik peran dalam diri perawat dapat menurunkan efektivitas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan

(e) Stress

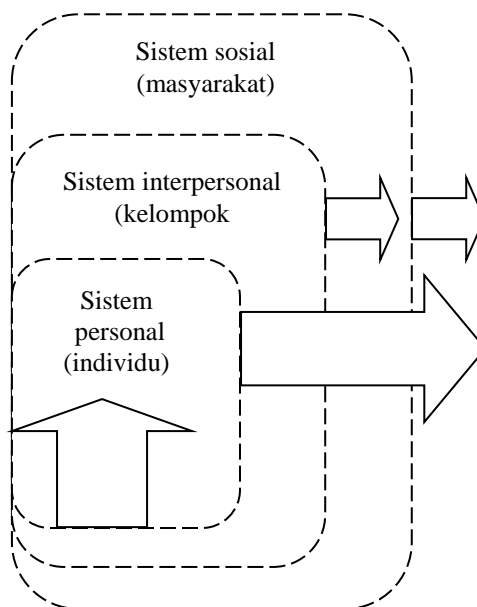
Menurut King, stress adalah suatu keadaan yang dinamis setiap kali manusia berinteraksi dengan lingkungannya guna memelihara keseimbangan pertumbuhan, perkembangan, dan perbuatan yang melibatkan pertukaran energi dan informasi antara individu dan lingkungannya. Meningkatnya stress dapat mempengaruhi layanan kesehatan. Sistem interpersonal bekerja sama satu sama lain akan membentuk sistem yang lebih besar, yaitu sistem sosial.

3) Sistem Sosial

Sistem sosial didefinisikan sebagai sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku, dan praktik yang dikembangkan untuk memelihara nilai dan mekanisme pengaturan antara praktik dan aturan yang ada.

Contoh sistem sosial adalah keluarga, kelompok keagamaan, sistem pendidikan, kelompok teman seprofesi, dan sebagainya. Konsep yang berhubungan dengan sistem sosial adalah organisasi, kewenangan (*authority*), kekuasaan (*power*), status, dan pengambilan keputusan.

Teori *Goal Attainment*, Teori menurut King adalah sekumpulan konsep yang ketika dijelaskan memiliki hubungan dan dapat diamati dalam dunia praktik keperawatan. Teori yang dikembangkan King adalah "*Theory of Goal Attainment*" atau teori pencapaian tujuan. Teori ini diturunkan dari kerangka kerja konseptual sistem interpersonal sehingga fokusnya adalah pada sistem interpersonal dan interaksi yang terjadi antara perawat-klien (*dyad*). Sistem interaksi terbuka di atas dikembangkan berdasarkan teori pencapaian tujuan ini. Teori pencapaian tujuan ini menggambarkan sifat hubungan perawat-klien yang membawa pada pencapaian tujuan. Teori ini tampaknya telah diterima dalam lahan praktik sebab salah satu fungsi profesi keperawatan adalah interaksi antara individu, grup, dan lingkungan. Ada tujuh hipotesis yang dikemukakan King pada teori pencapaian tujuan ini, yaitu: 1) Kesesuaian persepsi dalam interaksi perawat-klien akan meningkatkan penetapan tujuan bersama, 2) Komunikasi mendukung penetapan tujuan bersama antara perawat dan klien dan menghasilkan kepuasan, 3) Kepuasan perawat dan klien meningkatkan pencapaian tujuan, 4) Pencapaian tujuan mengurangi stress dan kecemasan dalam situasi keperawatan, 5) Pencapaian tujuan meningkatkan pembelajaran klien dan kemampuan coping dalam situasi keperawatan, 6) Konflik peran yang dialami oleh klien, perawat, atau keduanya mengurangi transaksi dalam interaksi perawat-klien, 7) Kesesuaian antara peran yang diharapkan dan peran yang ditampilkan meningkatkan transaksi dalam interaksi perawat-klien.



Gambar 2.4 Sistem konseptual dinamis (From King, I. (1981). A theory for nursing: System, concepts, process (Alligood, 2017).

2.5 Hubungan antar Konsep

Menurut teori Friedman, dalam keluarga mencakup subsistem, batasan sistem terbuka, lingkaran umpan balik, interaksi keluarga, adaptasi, dan perubahan. Keluarga dapat mempengaruhi kekuatan terhadap perkembangan individu, keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan tuntunan yang ada dimasyarakat, berfungsi untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosial-ekonomi dan kebutuhan seksual dan sangat penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri suatu keluarga.

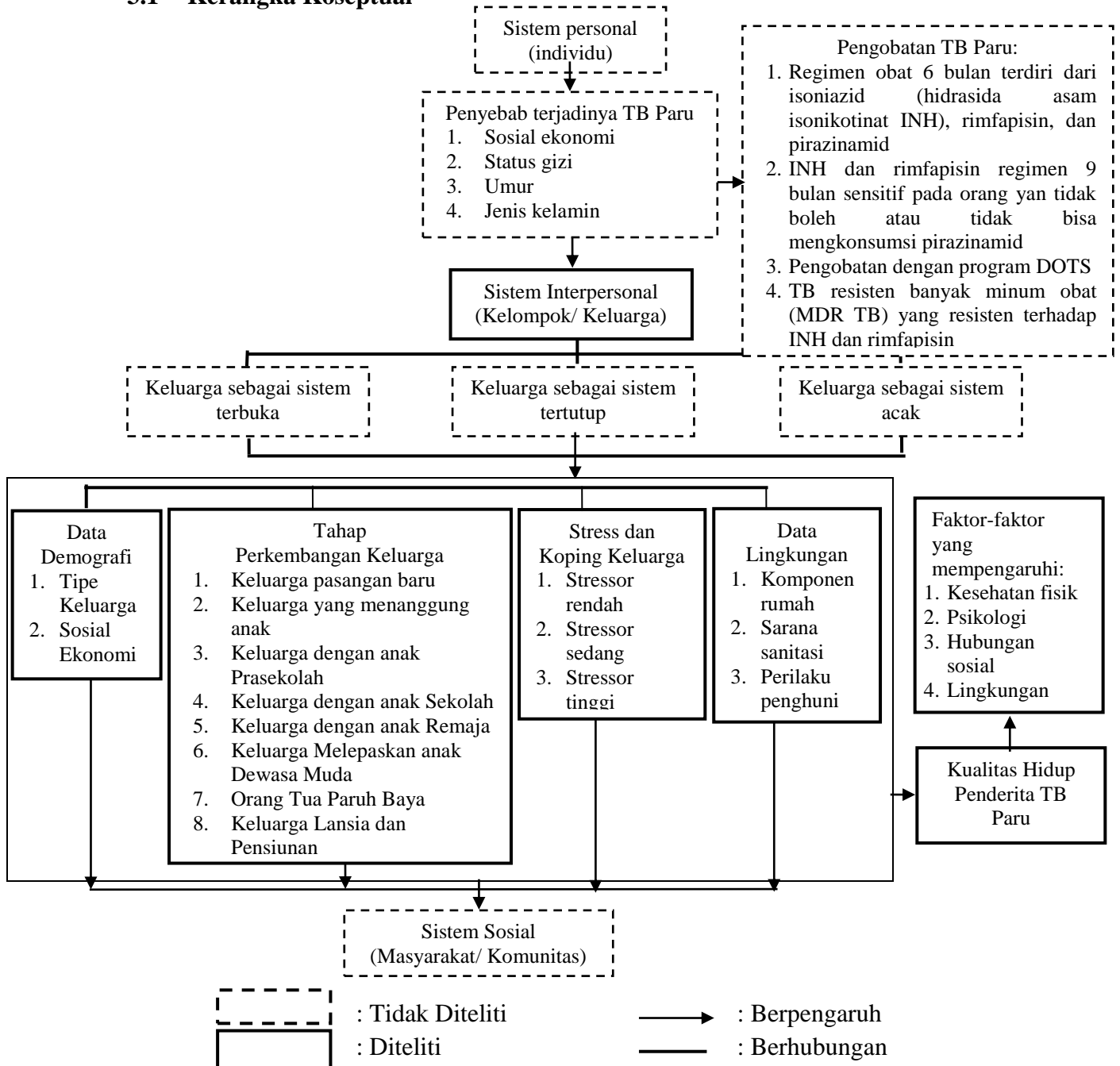
Kurangnya pengetahuan, perilaku merokok, dan sosial ekonomi faktor penyebab terjadinya peningkatan jumlah penderita TB paru pada keluarga. Tidak terpenuhinya tingkat pengetahuan tentang TB paru pada keluarga beresiko pada peran dan fungsi keluarga semestinya. Oleh sebab itu dengan adanya dukungan informasi dari perawat usaha peningkatan mutu keluarga dapat tercapai

Menurut teori King, dalam keluarga mencakup subsistem, sistem personal (individu), sistem interpersonal (kelompok), dan sistem sosial (masyarakat). Menurut King pada sistem individu adalah untuk membantu individu menjaga kesehatan mereka sehingga mereka dapat berfungsi dalam peran-peran mereka. Pada sistem kelompok adalah sebuah proses aksi, reaksi, interaksi dan transaksi interpersonal. Persepsi seorang perawat dan seorang pasien mempengaruhi proses interpersonal. Biasanya pada tipe keluarga dan sosial ekonomi sangat berpengaruh pada kesehatan, hubungan interpersonal, persepsi dan sistem sosial. Suatu keluarga berperan sesuai dengan peran masing-masing. Pada tahap perkembangan keluarga.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Koseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Analisa Faktor Keluarga Yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.

3.2 Hipotesis

Hipotesis Penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan data demografi (tipe keluarga dan sosial ekonomi) terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.
2. Ada hubungan tahap perkembangan keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.
3. Ada hubungan stress dan koping keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.
4. Ada hubungan data lingkungan terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

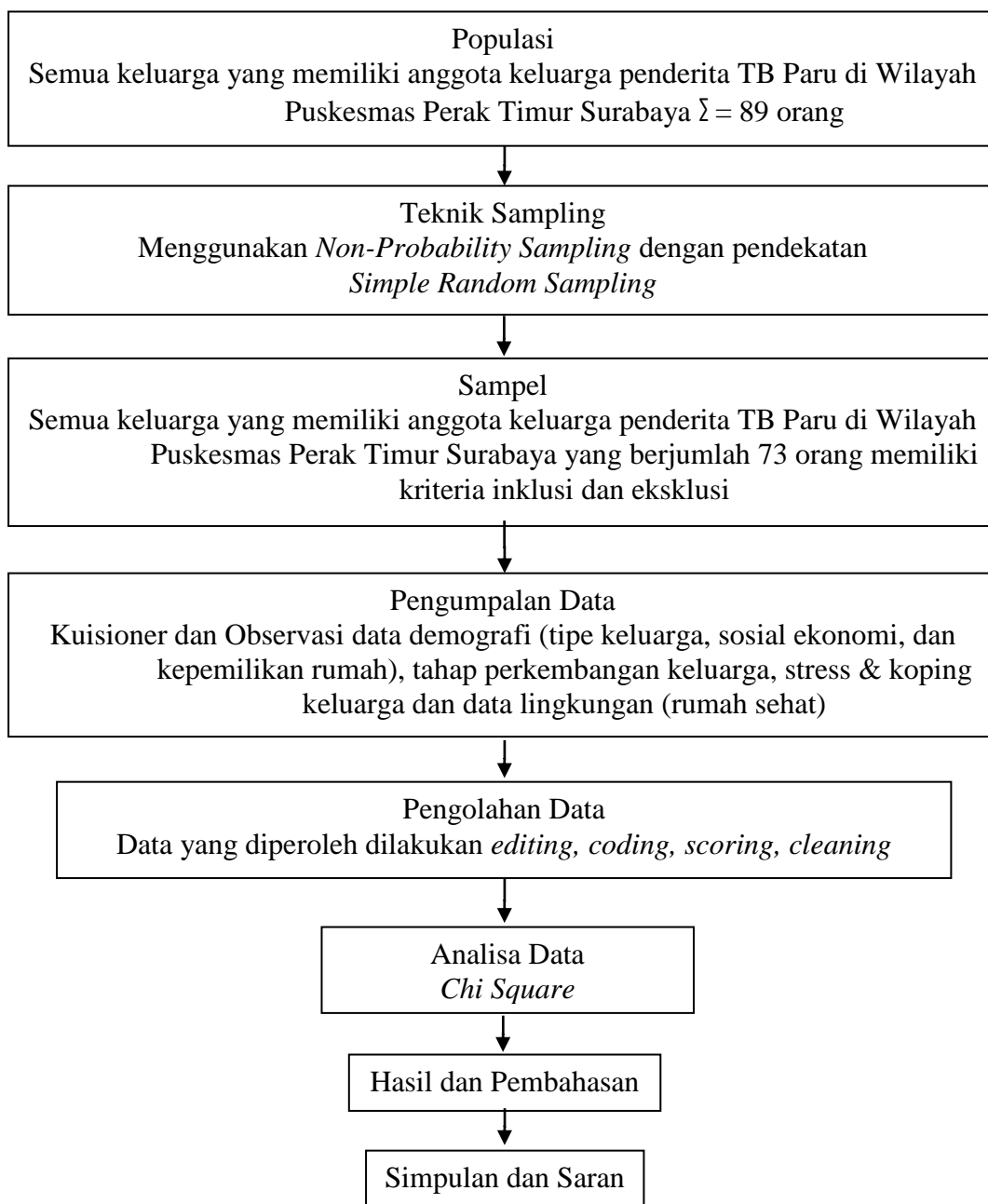
Bab metode penelitian ini menjelaskan mengenai : 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Waktu dan Tempat Penelitian, 4) Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling, 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data, dan 8) Etika Penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini untuk menganalisa beberapa faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya dengan menggunakan desain *Observasional Analitik* dengan pendekatan *Cross Sectional*. Jenis penelitian ini menekankan pengukuran atau observasi data variabel independent dan dependent pada saat bersamaan (sekali waktu saja).

4.2 Kerangka Kerja

Langkah kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian analisa faktor keluarga yang berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Wilayah Surabaya.

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini di lakukan pada bulan Mei-Juni 2018 di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

4.4 Populasi, Sampel, dan Sampling Desain

4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur yang berjumlah 89 orang.

4.4.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian semua keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya yang berjumlah 73 orang yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita TB Paru.
- b. Anggota keluarga yang bersedia menjadi responden.
- c. Anggota keluarga yang memiliki tempat tinggal di wilayah Puskesmas Perak Timur Surabaya.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Keluarga yang mengundurkan diri saat dilakukan penelitian.
- b. Keluarga yang tidak berada dirumah selama 1 minggu hingga 1 bulan lamanya.

4.4.3 Besar Sampel

Berdasarkan penghitungan besar sampel menggunakan rumus:

Rumus:

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

Keterangan: n : jumlah sampel

N : jumlah populasi

d : tingkat kesalahan yang dipilih (d=0,05)

Jadi, besar sampel adalah

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

$$n = \frac{89}{1+89(0,05^2)}$$

$$n = \frac{89}{1,2225}$$

$$n = 73$$

Rumus di atas menghasilkan jumlah sampel yang diperlukan dalam penelitian ini adalah sebanyak 73 responden.

4.4.4 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Non-Probability Sampling* dengan menggunakan teknik *Simple Random Sampling*. Pemilihan sampel dengan *Simple Random Sampling* yaitu pengambilan sampel secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi dengan cara menuliskan nama pada secarik kertas, dilipat dan pengambilan secara acak.

4.5 Identifikasi Variabel

1. Variabel Bebas (*Independent*)

Variabel bebas (*independent*) dalam penelitian ini adalah data demografi, tahap perkembangan keluarga, stress & koping keluarga dan data lingkungan.

2. Variabel Terikat (*Dependent*)

Variabel terikat (*dependent*) dalam penelitian ini adalah kualitas hidup penderita TB Paru.

4.6 Definisi Operasional

Perumusan definisi operasional pada penelitian ini diuraikan dalam table sebagai berikut:

Tabel 4.1 Definisi Operasional Analisa Faktor Keluarga yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Data Demografi Tipe Keluarga	Tipe keluarga adalah jenis keluarga dari yang memiliki pasangan, memiliki anak hingga mengalami kehidupan sendiri tanpa anak maupun pasangan	1.Secara Tradisional 2.Secara Modern	Kuisisioner	Nominal	1.Tipe Keluarga Tradisional: a.Keluarga pasangan suami istri bekerja b.Keluarga tanpa anak (<i>Dyadic Nuclear</i>) c.Keluarga yang tidak tinggal satu rumah karena tugas (<i>Commuter family</i>) d.Keluarga baru dengan menikah lagi \geq satu kali (<i>Reconstituted Nuclear</i>) e.Keluarga yang tinggal satu rumah terdiri dari orang tua & keturunannya yang sama-sama memiliki menikah (<i>Extended family</i>) f.Keluarga dengan orang tua tunggal(<i>Sigle parent</i>) 2.Tipe Keluarga Nontradisional a. <i>Communal/commune family</i> b. <i>Unmarried Parent and</i>

					<i>Child</i>
					<i>c.Cohibing Couple</i>
					<i>d.Institusional</i>
Data Demografi Sosial Ekonomi	Tingkat kelas keluarga yang diidentifikasi dari pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan kepemilikan rum	1.Tingkat Pendidikan	Kuisisioner	Ordinal	1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Perguruan Tinggi
		2.Pekerjaan		Nominal	1. Buruh pabrik/swasta 2. TNI/POLRI 3. PNS 4. Purnawirawan 5. Wiraswasta
		3.Pendapatan		Ordinal	1. < Rp. 1.000.000,- 2. Rp. 2.000.000- 3.000.000,- 3. >Rp. 3.000.000,-
		4.Kepemilikan Rumah		Nominal	1.Rumah sendiri 2.Sewa
Tahapan Perkembangan Keluarga	Perkembangan merupakan proses perubahan yang terjadi pada sistem keluarga dengan perubahan pola interaksi dan hubungan antar anggota keluarga satu sama lain	1.Tahap 1 2.Tahap 2 3.Tahap 3 4.Tahap 4 5.Tahap 5 6.Tahap 6 7.Tahap 7 8.Tahap 8	Kuisisioner	Nominal	Didapatkan kategori Tahap Perkembangan Keluarga: 1.Keluarga pemula 2.Keluarga sedang mengasuh anak 3.Keluarga dengan anak usia prasekolah 4.Keluarga dengan anak usia sekolah 5.Keluarga dengan anak remaja 6.Keluarga melepaskan anak dewasa muda 7.Keluarga dengan orang tua usia pertengahan 8.Keluarga dalam masa pensiun/ lansia
Stress dan Koping Keluarga	Masalah yang dihadapi dan kemampuan manusia menyelesaikan masalah tersebut dan	1.Masalah dalam keluarga 2.Pernikahan dan Bisnis 3.Keuangan dan Bisnis 4.Pekerjaan	Kuisisioner	Ordinal	Didapatkan kategori Tingkat Stres dan Koping: 1.Skor 0-207= Stressor Rendah 2.Skor 208-725= Stressor Sedang 3.Skor > 728= Stressor Tinggi

	dapat menyelesaikan masalah.	5.Kesehatan 6.Kehilangan 7.Transmisi pada keluarga 8.Pelanggaran hukum			
Data Lingkungan Rumah Sehat	Keadaan rumah yang sesuai dengan standart yang telah ditentukan.	1.Komponen Rumah 2.Sarana Sanitasi 3.Perilaku Penghuni	Lembar Observasi	Ordinal	Didapatkan kategori Rumah Sehat: 1.Rumah Sehat = 1.068-1.200 2.Rumah Tidak Sehat= < 1.086
Kualitas Hidup	Persepsi penderita terhadap kehidupannya berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran disekitar tempat mereka berada.	1.Kesehatan fisik 2.Psikologi 3.Hubungan sosial 4.Lingkungan	Kuisisioner	Ordinal	Didapatkan kategori Kualitas Hidup: 1.0-50= kriteria hasil kurang 2.51-100= kriteria hasil baik

4.7 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data

4.7.1 Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data dikumpulkan dengan menggunakan Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner berisikan data demografi, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, peran dan fungsi, stres dan coping, dan data lingkungan dari responden yang disajikan dalam bentuk pertanyaan tertutup untuk diisi secara lengkap dan berisikan tentang:

1. Kuisisioner Data Demografi

Pada data demografi terdiri dari 11 item pertanyaan yaitu nama yang dirahasiakan, umur, jenis kelamin, bahasa sehari-hari, status perkawinan, tipe keluarga, sosial ekonomi, dan kepemilikan rumah.

2. Kuisiener Tahap Perkembangan Keluarga

Data mengenai tahap perkembangan, responden dengan menanyakan keluarga termasuk tahap yang keberapa pada saat ini.

3. Kuisiener Stress & Koping Keluarga

Data mengenai stress dan koping (Maryam, 2016) dengan menanyakan 71 pertanyaan kepada responden dijawab dengan YA dan TIDAK jika YA ada skor yang sudah tertera pada kolom.

4. Lembar Observasi Data Lingkungan

Data mengenai kartu rumah sehat yaitu dengan menggunakan lembar observasi yang masing-masing point memiliki bobot, pada setiap point memiliki beberapa item. Point 1 memiliki bobot 31, point 2 memiliki bobot 25, dan point 3 sarana sanitasi memiliki bobot 44. Dimana observer yang menilainnya.

5. Kuisiener Kualitas Hidup Penderita TB paru *WHOQOL-BREF*

Penilaian variabel dependen kualitas hidup terdiri dari 26 pertanyaan, dimana pertanyaan no. 1 dan 2 pada kuesiener kualitas hidup merupakan penilaian keseluruhan aspek kualitas hidup secara umum dan kepuasan terhadap kesehatan sehingga tidak termasuk dalam domain.

Setiap jawaban dari pertanyaan memiliki nilai 1-5. Pada pertanyaan seberapa sering nilai : 5 = dalam jumlah berlebih, 4 = sangat sering, 3 = biasa-biasa saja, 2 = sedikit, 1 = tidak sama sekali. Pada pertanyaan memuaskan nilai : 5 = sangat memuaskan, 4 = memuaskan, 3 = berarti biasa-biasa saja, 2 = tidak puas,

1 = sangat tidak memuaskan. Pada pertanyaan baik atau tidak nilai : 5 = sangat baik, 4 = baik, 3 = biasa-biasa saja, 2 = buruk, 1 = sangat buruk. Pada pertanyaan seberapa penuh nilai : 5 = sepenuhnya dialami, 4 = berarti sering kali, 3 = berarti sedang, 2 = berarti sedikit, 1 = berarti tidak sama sekali. Pada pertanyaan seberapa sering nilai : 5 = selalu, 4 = sangat sering, 3 = cukup sering, 2 = jarang, 1 = tidak pernah. Pertanyaan no 3, 4, dan 26 merupakan pertanyaan bersifat negatif, maka memiliki rumus (6-skor pertanyaan 3), (6-skor pertanyaan 4), dan (6-skor pertanyaan 26).

4.7.2 Prosedur Pengumpulan

Peneliti mengumpulkan data melalui proses berkelanjutan dengan melibatkan beberapa pihak dan cara yang sudah ditetapkan, yaitu :

1. Peneliti mengajukan surat perijinan penelitian dari institusi pendidikan program studi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Kepala Bakesbangpol Linmas Kota Surabaya untuk pengantar ke Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
3. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Peneliti mengajukan permohonan ijin pengumpulan data pada Puskesmas Perak Timur Surabaya pada bulan April-Juni 2018.
5. Peneliti menentukan responden penelitian sesuai kriteria inklusi dan eksklusi.
6. Peneliti membuat kuesioner yang berisi pertanyaan data demografi, tahap perkembangan keluarga, stress dan coping keluarga, data lingkungan.

7. Peneliti menentukan sampel dan melakukan pendekatan pada masing-masing responden untuk mengajukan ijin melakukan penelitian.
8. Peneliti melakukan penelitian dengan door to door dari rumah pasien 1 ke pasien yang lainnya, dibantu dengan kader Puskesmas disetiap Kelurahan.
9. Peneliti memperkenalkan diri, lalu mengontrak apakah keluarga dan penderita berkenan untuk menjadi responden, jika disetujui maka peneliti memberikan *information for consent*.
10. Peneliti membagikan kuesioner kepada responden dan diminta untuk mengisi lembar persetujuan dan menjawab beberapa pernyataan yang diberikan oleh peneliti.
11. Peneliti mengucapkan terimakasih kepada responden atas kesediaannya untuk menjadi responden peneliti.

4.7.3 Pengolahan Data

Kuesioner yang telah diisi oleh responden oleh responden diperiksa ulang kelengkapannya kemudian diberi kode responden. Data yang telah terkumpul diberi kode berupa angka yang terdiri dari beberapa karakteristik, yaitu :

1. Setelah data kuesioner data demografi (tipe keluarga & sosial ekonomi) terkumpul peneliti memberikan skor dan dikategorikan sebagai berikut :
 - a. Hasil ceklist yang dipilih oleh responden termasuk tipe keluarga tradisional/ tipe keluarga non tradisional
 - b. kuisisioner sosial ekonomi dibedakan menjadi 3 pilihan salah satu yang harus dipilih oleh responden
2. Setelah data kuesioner tahap perkembangan keluarga terkumpul peneliti memberikan skor dan dikategorikan sebagai berikut :

- a. Responden bisa memilih salah satu dari tahap perkembangan yang sudah ada dan sesuai dengan tahapan didalam keluarga tersebut.
3. Setelah data kuesioner stress dan coping terkumpul peneliti memberikan skor dalam tabel scoring *FILE* dan dikategorikan sebagai berikut:
 - a. Jika hasil 0-207 = stressor rendah
 - b. 208-728 = stressor sedang
 - c. >728 = stressor tinggi
 4. Setelah data dan terkumpul peneliti melakukan observasi data lingkungan rumah responden di lembar observasi dikategorikan sebagai berikut :
 - a. Jika hasil 1.068-1.200 = rumah sehat
 - b. <1.068 = rumah tidak sehat
 5. Setelah data kualitas hidup terkumpul peneliti memberikan skor dan dikategorikan sebagai berikut:
 - a. Responden dapat menceklist sesuai dengan apa yang sudah tertera.

4.7.4 Analisis Statistik

Data lembar kuesioner yang telah terkumpul diperiksa ulang untuk mengetahui kelengkapan isinya. Setelah data lengkap, data dikumpulkan dan dikelompokkan. Setelah itu data ditabulasi kemudian dianalisa dengan analisis bivariat untuk mengetahui korelasi/hubungan antara variabel *independent* dan *dependent* untuk mengetahui faktor dominan yang mempengaruhi kualitas hidup pada penderita TB Paru pada keluarga maka dilakukan analisis multivariat menggunakan Parametrik : Uji *Chi Square* dengan memasukan variabel yang ada pada analisis bivariat yang mempunyai nilai $p \leq 0,25$ setelah itu di proses dengan

menggunakan SPSS 16 jika hasil analisis multivariat pada tiap variabel didapatkan hasil $p \leq 0,05$ maka variabel tersebut yang menjadi variabel dominan.

4.8 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat surat rekomendasi dari Stikes Hang Tuah Surabaya dan izin dari Bakesbangpol Linmas Kota Surabaya. Penelitian ini dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

1. Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden sebelum penelitian dilaksanakan agar responden mengetahui dan memahami maksud dan tujuan dari penelitian serta dampak yang akan terjadi selama dalam pengumpulan data. Responden yang bersedia diteliti harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, jika tidak peneliti harus menghormati hak-hak responden.

2. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden. Lembar tersebut akan diberi kode tertentu.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin kerahasiaannya. Kelompok data tertentu saja yang hanya akan disajikan atau dilaporkan pada hasil riset.

4. Keadilan (*Justice*)

Penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, profesional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor ketepatan, kecermatan psikologis & perasaan

subjek penelitian. Penggunaan prinsip keadilan pada penelitian ini dilakukan dengan cara tidak membedakan jenis kelamin, umur, suku/bangsa, agama, dan pekerjaan.

5. Asas kemanfaatan (*Beneficiency*)

Peneliti harus secara jelas mengetahui manfaat dan resiko yang mungkin terjadi pada responden. Penelitian tidak boleh menimbulkan penderitaan kepada subjek penelitian. Penggunaan asas kemanfaatan pada penelitian ini dilakukan dengan cara menjelaskan secara detail tujuan, manfaat, dan teknik penelitian kepada responden.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data tentang analisa faktor keluarga yang berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Wilayah Surabaya.

5.1 Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada tanggal 07-26 Mei 2018, dan didapatkan 73 responden. Pada bagian hasil diuraikan data tentang gambaran umum tempat penelitian, data umum, dan data khusus. Data umum pada penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, bahasa sehari-hari, status perkawinan, tipe tradisional, pendidikan terakhir, pekerjaan, pendapatan dan kepemilikan. Sedangkan data khusus meliputi tahap perkembangan keluarga, stress & coping keluarga, data lingkungan, dan kualitas hidup.

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Perak Timur Surabaya terletak di Jl. Jakarta No.9 Surabaya, memiliki luas wilayah kerja 4,32 km².

1. Wilayah Kerja Puskesmas

- a. Kondisi Geografi, batas wilayah kerja Puskesmas Perak Timur:
 - 1) Sebelah Utara : Selat Madura
 - 2) Sebelah Selatan : Kelurahan Krembangan Selatan Kecamatan Krembangan
 - 3) Sebelah Barat : Kecamatan Krembangan
 - 4) Sebelah Timur : Kecamatan Semampir

Posisi geografis wilayah kerja Puskesmas Perak Timur berada pada wilayah Surabaya bagian Utara.

b. Luas Wilayah Kerja Puskesmas Perak Timur

Puskesmas Perak Timur memiliki wilayah kerja di Kecamatan Pabean Cantian yang merupakan salah satu kecamatan di wilayah Kota Surabaya dengan luas 4,32 km². Kecamatan Pabean Cantian memiliki 320 RT dan 52 RW. Kecamatan Pabean Cantian terdiri dari lima kelurahan, yaitu:

- 1) Kelurahan Perak Timur, 10 RW, 61 RT
- 2) Kelurahan Perak Utara, 10 RW, 84 RT
- 3) Kelurahan Krembangan Utara, 10 RW, 70 RT
- 4) Kelurahan Bongkaran, 10 RW, 52 RT
- 5) Kelurahan Nyamplungan, 12 RW, 54 RT

c. Kondisi Wilayah Kerja

Kelima kelurahan tersebut, tercakup dalam satu wilayah kerja Puskesmas, yaitu Puskesmas Perak Timur. Wilayah kerja Puskesmas Perak Timur berupa dataran rendah dengan akses transportasi yang terjangkau baik dengan kendaraan roda dua maupun empat.

d. Kondisi Demografi

1) Data Demografi Kecamatan Pabean Cantian

Data Demografi Kecamatan Pabean Cantian yang berada di wilayah kerja Puskesmas Perak Timur berdasarkan data, bahwa sebagian besar penduduk di wilayah kerja Puskesmas Perak Timur berada di Kelurahan Perak Utara dengan jumlah penduduk sebanyak 27.995 dengan luas wilayah 1,79. Sedangkan wilayah dengan

penduduk paling sedikit berada di Kelurahan Nyamplungan dengan jumlah penduduk 8527 orang dengan luas wilayah 0,55.

2. Jumlah penduduk menurut jenis kelamin

Jumlah penduduk seluruhnya adalah 79.940 jiwa

a. Laki-laki :39.425 jiwa

b. Perempuan :40.515 jiwa

Jumlah Kepala Keluarga : 25.364 KK

3. Data Sosial Ekonomi

a. Sarana Pendidikan

1) Taman kanak-kanak jumlah 30 buah siswa: 1.515 orang, 2) SD/MI jumlah 25 buah siswa: 4.427 orang, 3) SLPT/ MT jumlah 6 buah siswa: 1.664 orang, 4) SLTA/ MA jumlah 5 buah siswa: 2.338 orang, 5) Akademi jumlah 0 buah siswa: 0 orang, 6) Perguruan Tinggi jumlah 0 buah Siswa : 0 orang, 7) Pondok Pesantren jumlah 2 buah siswa: 60 orang, 8) Panti Asuhan jumlah 1 buah Siswa: 56 orang

b. Sarana Kesehatan

1) Rumah Sakit Swata 4 buah, 2) Rumah Bersalin 3 buah, 3) Puskesmas Pembantu 2 buah, 4) Poliklinik/ Balai Pengobatan Swasta 6 buah, 5) Praktek Dokter/ Dokter Gigi Swasta 21/6, 6) Praktek Bidan Swasta 6 buah, 7) Apotek 5 buah.

c. Sarana Tempat Ibadah

- 1) Masjid 38 buah, 2) Mushollah 88 buah, 3) Gereja Protestan 9 buah,
4) Gereja Katolik 2 buah, 5) Pura 0 buah, 6) Wihara 1 buah, 7)
Klenteng 3 buah

4. Kondisi Internal Puskesmas

a. Data Pegawai Puskesmas Perak Timur tahun 2016

- 1) Dokter Umum PNS 3 orang Kontrak 2 orang, 2) Dokter Gigi
PNS 1 orang, 3) SKM Kontrak 1 orang, 4) Apoteker Kontrak 1 orang,
5) Bidan PNS 3 orang, kontrak 4 orang, PTT 2 orang, 6) Perawat PNS
3 orang, kontrak 2 orang, 7) Sanitarian kontrak 1 orang, 8)
Psikologkontrak 1 orang, 9) Rekam Medis Kontrak 1 orang, 10)
Analisis Laborat PNS 1, Kontrak 1, 11) Asisten Apoteker PNS 1, 12)
Perawat Gigi Kontrak 1 orang, 13) Petugas Gizi PNS 1 orang, 14)
Petugas Loker PNS 5 orang, 15) Petugas TU PNS 2, 16) Sopir
Kontrak 1, 17) Konselor Kontrak 1 orang, 18) Pembantu Paramedis
Kontrak 2, 19) Petugas Kusta, 20) Cleaning Service Kontrak 2 orang,
21) Linmas Kontrak 2 orang, 22) Penanggung jawab ImunisasiPNS1
orang, 23) IT Kontrak 1 orang, 24) Admin Kontrak 1 orang, Jumlah
PNS keseluruhan sebanyak 21 orang, kontrak 25, PPT 1.

b. Fasilitas dan Sarana Kesehatan

Distribusi fasilitas dan sarana kesehatan yang ada di Puskesmas Perak Timur pada tahun 2016 adalah sebagai berikut:

- 1) Staf Puskesmas Perak timur 48 orang, 2) Gedung Puskesmas 1
Induk dan 2 Pustu, 3) Balai Pengobatan 1 buah, 4) Ruang

Pendaftaran 1 buah, 5) Ruang Tunggu 2 buah, 6) Ruang Suntik/Tindakan Medis 0 buah, 7) Laboratorium 1 buah, 8) Ruang Pelayanan IVA 1 buah, 9) Ruang Farmasi 1 buah, 10) Ruang Pelayanan Pengobatan Gigi 1 buah, 11) Ruang Pelayanan KIA/KB 1 buah, 12) Ruang Pelayanan Psikologi 1 buah, 13) Gudang Obat 1 buah, 14) Kamar Mandi/WC 2 buah, 15) Gudang Barang 1 buah, 16) Ruang Tata Usaha 1 buah, 17) Ruang VCT dan IMS 1 buah, 18) Ruang TBC 1 buah, 19) Telepon 3 buah, 20) Mobil/Ambulans 1 buah, 21) Kendaraan Roda Dua 3 buah.

3. Peran Serta Masyarakat

a) Jumlah Dukun Bayi 5 orang, b) Jumlah Kader Posyandu Balita 265 orang, c) Jumlah Kader Posbindu 40 orang, d) Jumlah Guru UKS 32 orang, e) Jumlah Kader Saka Bhakti Husada 20 orang, f) Jumlah Santri Husada 0 orang, g) Jumlah Kader Usila 95 orang, h) Jumlah Pengobat Tradisional 31 orang, i) Jumlah Posyandu Balita 49 buah, j) Jumlah Panti Asuhan 1 panti, k) Jumlah Panti Wreda 0 panti, l) Jumlah Posyandu Lansia 19 buah

4. Sepuluh Penyakit Terbanyak

Data sepuluh penyakit terbanyak yang ada di Puskesmas Perak Timur pada tahun 2016 adalah sebagai berikut:

a) Penyakit Saluran Pernapasan Bagian Atas 9281 orang, b) Penyakit Kelainan Kulit 3046 orang, c) Hipertensi 1757 orang, d) Gastritis 1581 orang, e) DM 1516 orang, f) Penyakit Kulit 1484 orang, g) Diare 909 orang, h) Asma Bronchiale 692 orang, i) Thypus 411 orang, j) Konjungtivitis 340 orang.

Pengobatan TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya dilaksanakan perminggu, pada hari rabu dan sabtu pada pukul 08.00-12.00 WIB. Kegiatan yang dilaksanakan adalah konsultasi keluhan, pemeriksaan ulang laboratorium, dan merujuk pasien ke RS. Pendataan pasien, keluarga dan 30 tetangga atau KK yang dilakukan oleh kader TB.

5.1.2 Gambaran Umum Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga yang menderita TB Paru dan masih dalam proses pengobatan di Puskesmas Perak Timur Surabaya, jumlah keseluruhan subjek penelitian adalah 73 orang, semuanya ada yang bekerja, sebagai ibu rumah tangga, dan pensiunan pada keadaan sehat maupun sakit dalam proses pengobatan. Data demografi diperoleh melalui kuesioner yang diisi oleh responden yaitu keluarga dan penderita TB paru.

5.1.3 Data Umum Hasil Penelitian

Data umum hasil penelitian merupakan gambaran tentang karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, bahasa sehari-hari, status perkawinan, tipe keluarga, pendidikan terakhir, pekerjaan, pendapatan, dan kepemilikan rumah.

1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.13 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018.

Usia	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Remaja Awal	0	0,0
Remaja Akhir	8	11,0
Dewasa Awal	13	17,8
Dewasa Akhir	23	31,5
Lansia Awal	14	19,2
Lansia Akhir	15	20,5
Total	73	100

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan dewasa akhir 23 orang (31,5%), lansia akhir 15 orang (20,5%), lansia awal 14 orang (19,2%), dewasa awal 13 orang (17,8%), usia remaja akhir sebanyak 8 orang (11,0%).

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018.

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Laki-laki	32	43,8
Perempuan	41	56,2
Total	73	100

Berdasarkan tabel 5.2 didapatkan jenis kelamin perempuan 41 orang (56,2%), laki-laki sebanyak 32 orang (43,8%).

3. Karakteristik Responden Berdasarkan Bahasa Sehari-hari

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Bahasa Sehari-hari Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018

Bahasa Sehari-hari	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Jawa	44	60,3
Indonesia	15	20,5
Lainnya	14	19,2
Total	73	100

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan bahasa sehari-hari indonesia 15 orang (20,5%), jawa sebanyak 44 orang (60,3%), lainnya 14 orang (19,2%).

4. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan

Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Perkawinan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018.

Status Perkawinan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Belum Menikah	2	27,0
Menikah	65	89,0
Duda	0	0,0
Janda	6	8,2
Total	73	100

Berdasarkan tabel 5.4 didapatkan status perkawinan sudah menikah 65 orang (89,0%), belum menikah sebanyak 2 orang (27,0%), janda 6 orang (8,2%).

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Tipe Keluarga

Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Tipe Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018

Tipe Keluarga	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Tradisional	63	86,3
Non Tradisional	10	13,7
Total	73	100

Berdasarkan tabel 5.5 didapatkan tipe keluarga tradisional sebanyak 63 orang (86,3%), non tradisional 10 orang (13,7%).

6. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018

Pendidikan Terakhir	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Tidak Sekolah	6	8,2
SD	15	20,5
SMP	14	19,2
SMA	29	39,7
Perguruan Tinggi	9	12,3
Total	73	100

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan pendidikan SMA sebanyak 29 orang (39,7%), SD 15 orang (20,5%), SMP 14 orang (19,2%), Perguruan tinggi 9 orang (12,3%), tidak sekolah sebanyak 6 orang (8,2%).

7. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018

Pekerjaan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Buruh Pabrik/ Swasta	48	65,8
TNI/POLRI	0	0,0
PNS	0	0,0
Purnawirawan	0	0,0
Wiraswasta	10	13,7
Lainnya	15	20,5
Total	73	100

Berdasarkan tabel 5.7 didapatkan pekerjaan sebagai buruh/ swasta sebanyak 48 orang (65,8%), lainnya sebanyak 15 orang (20,5%), wiraswasta sebanyak 10 orang (13,7%).

8. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendapatan

Tabel 5.8 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018

Pendapatan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
< 1.000.000	38	52,1
2.000.000-3.000.000	29	39,7
> 3.000.000	6	8,2
Total	73	100

Berdasarkan tabel 5.8 didapatkan pada pendapatan < 1.000.000 sebanyak 38 orang (52,1%), 2.000.000-3.000.000 sebanyak 29 orang (39,7%), > 3.000.000 sebanyak 6 orang (8,2%)

9. Karakteristik Responden Berdasarkan Kepemilikan Rumah

Tabel 5.9 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018

Kepemilikan Rumah	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Milik Sendiri	53	72,6
Sewa/ Kontrak	20	27,4
Total	73	100

Berdasarkan tabel 5.9 didapatkan kepemilikan rumah milik sendiri sebanyak 52 orang (72,6%), sewa/kontrak 20 orang (27,4%).

5.1.4 Data Khusus Hasil Penelitian

1. Tipe Keluarga

Tabel 5.10 Karakteristik Responden Berdasarkan Tipe Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018 (n=73)

Tipe Keluarga	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Tradisional	63	86,3
Non Tradisional	10	13,7
Total	73	100

Pada tabel 5.10 didapatkan tipe keluarga tradisional sebanyak 63 orang (86,3%), non tradisional 10 orang (13,7%).

2. Pendidikan Terakhir

Tabel 5.11 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)

Pendidikan Terakhir	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Tidak Sekolah	6	8,2
SD	15	20,5
SMP	14	19,2
SMA	29	39,7
Perguruan Tinggi	9	12,3
Total	73	100

Pada tabel 5.11 didapatkan pendidikan SMA sebanyak 29 orang (39,7), SD 15 orang (20,5%), SMP 14 orang (19,2%), Perguruan tinggi 9 orang (12,3%), tidak sekolah sebanyak 6 orang (8,2%).

3. Pekerjaan

Tabel 5.12 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)

Pekerjaan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Buruh Pabrik/ Swasta	48	65,8
TNI/POLRI	0	0,0
PNS	0	0,0
Purnawirawan	0	0,0
Wiraswasta	10	13,7
Lainnya	15	20,5
Total	73	100

Pada tabel 5.12 didapatkan pekerjaan didapatkan pekerjaan sebagai buruh/swasta sebanyak 48 orang (65,8%), lainnya sebanyak 15 orang (20,5%), wiraswasta sebanyak 10 orang (13,7%).

4. Pendapatan

Tabel 5.13 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendapatan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018 (n=73)

Pendapatan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
< 1.000.000	38	52,1
2.000.000-3.000.000	29	39,7
> 3.000.000	6	8,2
Total	73	100

Pada tabel 5.13 didapatkan pada pendapatan pendapatan < 1.000.000 sebanyak 38 orang (52,1%), 2.000.000-3.000.000 sebanyak 29 orang (39,7%),> 3.000.000 sebanyak 6 orang (8,2%).

5. Tahap Perkembangan Keluarga

Tabel 5.14 Karakteristik Responden Berdasarkan Tahap Perkembangan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)

Tahap Perkembangan Keluarga	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Tahap 1	6	8,2
Tahap 2	3	4,1
Tahap 3	5	6,8
Tahap 4	14	19,2
Tahap 5	13	17,8
Tahap 6	12	16,4
Tahap 7	10	13,7
Tahap 8	10	13,7
Total	73	100

Pada tabel 5.14 memperlihatkan bahwa tahap perkembangan keluarga pada tahap 4 sebanyak 14 orang (19,2%), tahap 5 sebanyak 13 orang (17,8%), tahap 6 sebanyak 12 orang (16,4%), tahap 7 sebanyak 10 orang (13,7%), tahap 8 sebanyak 10 orang (13,7%), tahap 1 sebanyak 6 orang (8,2%), tahap 3 sebanyak (6,8%)tahap 2 sebanyak 3 orang (4,1%).

6. Stress dan Koping Keluarga

Tabel 5.15 Karakteristik Responden Berdasarkan Stress dan Koping Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)

Stressor	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Ringan	51	69,9
Sedang	22	30,1
Tinggi	0	0,0
Total	73	100

Pada tabel 5.15 memperlihatkan bahwa tingkat stressor keluarga pada stressor ringan sebanyak 51 orang (69,9%), stressor sedang 22 orang (30,1%).

7. Data Lingkungan

Tabel 5.16 Karakteristik Responden Berdasarkan Data Lingkungan Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)

Data Lingkungan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Rumah Sehat	25	34,2
Rumah Tidak Sehat	48	65,8
Total	73	100

Pada tabel 5.16 memperlihatkan bahwa data lingkungan yang menjadi tempat tinggal keluarga dan penderita, pada rumah tidak sehat sebanyak 48 kepala keluarga (65,8%), rumah sehat sebanyak 25 kepala keluarga (34,2%).

8. Kualitas Hidup

Tabel 5.17 Karakteristik Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)

Kualitas Hidup	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Kurang	21	28,8
Baik	52	71,2
Total	73	100

Pada tabel 5.17 memperlihatkan kualitas hidup penderita baik sebanyak 52 orang (71,2%), kualitas hidup penderita kurang sebanyak 21 orang (28,8%).

9. Hasil Uji Normalitas Data

Tabel 5.18 Hasil Uji Normalitas Data Menggunakan Kolmogorov Smirnov (n=73)

		One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test							
		Tipe Keluarga	Pendidikan	Pekerjaan	Pendapatan	Tahap Perkembangan Keluarga	Tingkat Stressor	Data Lingkungan	Kualitas Hidup
Test Statistic		.517	.253	.419	.329	.115	.442	.421	.448
Normal Parameters ^a	Mean	1.14	3.27	2.58	1.56	5.07	1.30	1.66	1.71
	Std. Deviation	.346	1.170	2.217	.645	2.037	.462	.478	.456
	Absolute								

Pada tabel 5.18 memperlihatkan hasil uji normalitas data menggunakan metode uji statistik *Kolmogorov-Smirnov* didapatkan data tipe keluarga $\rho = 0,517$ data pendidikan $\rho = 0,253$ data pekerjaan $\rho = 0,419$ data pendapatan $\rho = 0,329$ data tahap perkembangan keluarga $\rho = 0,115$ data tingkat stressor $\rho = 0,442$ data lingkungan $\rho = 0,421$ data kualitas hidup $\rho = 0,448$ dimana semua nilai ρ dari variabel diatas $\geq 0,05$ yang berarti semua data pada variabel diatas berdistribusi tidak normal. Uji normalitas data dilakukan ingin menggunakan uji statistic *Regresi Logistic* tetapi setelah diketahui distribusi data tidak normal maka peneliti menggunakan uji yang sesuai yaitu uji statistic *Chi Square*.

10. Pengaruh Data Demografi (Tipe Keluarga & Sosial Ekonomi) Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru Di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

a. Pengaruh Tipe Keluarga terhadap Kualitas Hidup

Tabel 5.19 Pengaruh faktor data demografi (tipe keluarga) terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018(n=73)

Tipe Keluarga	Kualitas Hidup					
	Kurang		Baik		Total	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	N	%
Tradisional	12	19,0	51	81,0	63	100
Non Tradisional	9	90,0	1	10,0	10	100
Total	21	28,8	52	71,2	73	100

Chi Square $\rho = 0,000$

Berdasarkan tabel 5.19 didapatkan tipe keluarga tradisional sejumlah 63 responden, dari 63 keluarga tradisional tersebut sebanyak 12 responden (19,0%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 51 responden (81,0%) memiliki kualitas hidup baik. Non tradisional sejumlah 10 responden sebanyak 9 responden (9,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 1 responden (10,0%) memiliki kualitas hidup baik. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* dengan menggunakan program komputer menunjukkan nilai ($\rho = 0,000$). Hal ini menunjukkan bahwa $\rho < 0,005$ terdapat pengaruh antara data demografi (tipe keluarga) terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

b. Pengaruh Pendidikan Terakhir terhadap Kualitas Hidup

Tabel 5.20 Pengaruh faktor data demografi (sosial ekonomi) pendidikan terakhir terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018 (n=73)

Pendidikan	Kualitas Hidup					
	Kurang		Baik		Total	
	F	%	F	%	N	%
Tidak Sekolah	6	100,0	0	0,0	6	100
SD	15	100,0	0	0,0	15	100
SMP	0	0,0	14	100,0	14	100
SMA	0	0,0	29	100,0	29	100
Perguruan tinggi	0	0,0	9	100,0	9	100
Total	21	28,8	52	71,2	73	100

Chi Square $p=0,000$

Berdasarkan tabel 5.20 didapatkan tingkat pendidikan sejumlah 15 responden, dari 15 pendidikan SD tersebut sebanyak 15 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik. Tidak sekolah sejumlah 6 responden sebanyak 6 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik. SMP sejumlah 14 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 14 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup baik. SMA sejumlah 29 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup baik. Perguruan tinggi sejumlah 9 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 9 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup baik. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* dengan menggunakan program komputer menunjukkan nilai ($p=0,000$). Hal ini menunjukkan bahwa $p < 0,005$ terdapat pengaruh antara data demografi (pendidikan terakhir) terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

c. Pengaruh Pekerjaan Terakhir dengan Kualitas Hidup

Tabel 5.21 Pengaruh faktor data demografi (sosial ekonomi) pekerjaan terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018 (n=73)

Pekerjaan	Kualitas Hidup					
	Kurang		Baik		Total	
	F	%	F	%	N	%
Buruh/ Swasta	10	20,8	38	79,2	48	100
TNI/POLRI	0	0,0	0	0,0	0	0
PNS	0	0,0	0	0,0	0	0
Purnawirawan	0	0,0	0	0,0	0	0
Wiraswata	8	80,0	2	20,0	10	100
Lainnya	3	20,0	12	80,0	15	100
Total	21	28,8	52	71,2	73	100

Chi Square $\rho=0,001$

Berdasarkan tabel 5.21 didapatkan pekerjaan sejumlah 48 responden, dari 48 sebagai buruh/swasta tersebut sebanyak 10 responden (20,8%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 38 responden (79,2%) memiliki kualitas hidup baik. Wiraswata sejumlah 10 responden sebanyak 8 responden (80,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 2 responden (20,0%) memiliki kualitas hidup baik. Lainnya sejumlah 15 responden sebanyak 3 responden (20,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 12 responden (80,0%) memiliki kualitas hidup baik. TNI/POLRI sejumlah 0 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik. PNS sejumlah 0 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik. Purnawirawan sejumlah 0 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* dengan menggunakan program komputer menunjukkan nilai ($\rho=0,001$). Hal ini menunjukkan bahwa $\rho < 0,005$

terdapat pengaruh antara data demografi (sosial ekonomi pekerjaan) terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

d. Pengaruh Pendapatan Terakhir terhadap Kualitas Hidup

Tabel 5.22 Pengaruh faktor data demografi (sosial ekonomi) pendapatan terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya Mei 2018 (n=73)

Pendapatan	Kualitas Hidup					
	Kurang		Baik		Total	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	N	%
< 1.000.000	5	13,2	33	86,8	38	100
2.000.00-3.000.000	15	51,7	14	48,3	29	100
>3.000.000	1	16,7	5	83,3	6	100
Total	21	28,8	52	71,2	73	100

Chi Square $\rho = 0,002$

Berdasarkan tabel 5.22 didapatkan pendapatan < 1.000.000 sejumlah 38 responden, dari 38 pendapatan <1.000.000 tersebut sebanyak 5 responden (13,2%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 33 responden (86,8%) memiliki kualitas hidup baik. Pendapatan 2.000.000-3.000.000 sejumlah 29 responden sebanyak 15 responden (51,7%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 14 responden (48,3%) memiliki kualitas hidup baik. Pendapatan >3.000.000 sejumlah 6 responden sebanyak 1 responden (16,7%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 5 responden (83,3%) memiliki kualitas hidup baik. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* dengan menggunakan program komputer menunjukkan nilai ($\rho = 0,002$). Hal ini menunjukkan bahwa $\rho < 0,005$ terdapat pengaruh antara data demografi (sosial ekonomi pendapatan) terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

11. Pengaruh Tahap Perkembangan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru Di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

Tabel 5.23 Pengaruh faktor tahap perkembangan keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya(n=73)

Tahap Perkembangan keluarga	Kualitas Hidup					
	Kurang		Baik		Total	
	F	%	F	%	N	%
Tahap 1	0	0,0	6	100,0	6	100
Tahap 2	2	66,7	1	33,3	3	100
Tahap 3	1	20,0	4	80,0	5	100
Tahap 4	2	14,3	12	85,7	14	100
Tahap 5	5	38,5	8	61,5	13	100
Tahap 6	3	25,0	9	75,0	12	100
Tahap 7	4	40,0	6	60,0	10	100
Tahap 8	4	40,0	6	60,0	10	100
Total	21	21,0	52	52,0	73	100

Chi Square ρ = 0,328

Berdasarkan tabel 5.23 didapatkan tahap perkembangan keluarga 1 sejumlah 6 responden, dari 6 tahap 1 tersebut sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 6 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 2 sejumlah 3 responden sebanyak 2 responden (66,7%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 1 responden (33,3%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 3 sejumlah 5 responden sebanyak 1 responden (20,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 4 responden (80,0%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 4 sejumlah 14 responden sebanyak 2 responden (14,3%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 12 responden (85,7%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 5 sejumlah 13 responden sebanyak 5 responden (38,5%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 8 responden (61,5%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 6 sejumlah 12 responden sebanyak 3 responden (25,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 9 responden (75,0%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 7 sejumlah 10 responden sebanyak 4 responden

(40,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 6 responden (60,0%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 8 sejumlah 10 responden sebanyak 4 responden (40,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 6 responden (60,0%) memiliki kualitas hidup baik. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* dengan menggunakan program komputer menunjukkan nilai ($\rho = 0,328$). Hal ini menunjukkan bahwa $\rho > 0,005$ tidak ada pengaruh antara tahap perkembangan keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

12. Pengaruh Stress dan Koping Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

Tabel 5.24 Pengaruh faktor stress dan koping keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya(n=73)

Tingkat Stressor	Kualitas Hidup					
	Kurang		Baik		Total	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	N	%
Stressor Ringan	0	0,0	51	100,0	51	100
Stressor Sedang	21	95,5	1	4,5	22	100
Stressor Tinggi	0	0	0	0	0	0
Total	21	28,8	52	71,2	73	100

Chi Square $\rho = 0,000$

Berdasarkan tabel 5.24 didapatkan stress ringan sejumlah 51 responden, dari 51 stress ringan tersebut sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 51 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup baik. Stress sedang sejumlah 22 responden sebanyak 21 responden (95,5%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 1 responden (4,5%) memiliki kualitas hidup baik. Stress tinggi sejumlah 0 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* dengan menggunakan program

komputer menunjukkan nilai ($\rho = 0,000$). Hal ini menunjukkan bahwa $\rho < 0,005$ ada pengaruh antara stressor dan coping keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

13. Pengaruh Data Lingkungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru Di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

Tabel 5.25 Pengaruh faktor data lingkungan terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya(n=73)

Data Lingkungan	Kualitas Hidup				Total	
	Kurang		Baik		N	%
	F	%	F	%		
Rumah Sehat	1	4,0	24	96,0	25	100
Rumah Tidak Sehat	20	41,7	28	58,3	48	100
Total	21	28,8	52	71,2	73	100

Chi Square $\rho = 0,001$

Berdasarkan tabel 5.25 didapatkan rumah sehat sejumlah 25 responden, dari 25 rumah sehat tersebut sebanyak 1 responden (4,0%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 24 responden (96,0%) memiliki kualitas hidup baik. rumah tidak sehat sejumlah 48 responden sebanyak 20 responden (41,7%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 28 responden (58,3%) memiliki kualitas hidup baik. Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* dengan menggunakan program komputer menunjukkan nilai ($\rho = 0,001$). Hal ini menunjukkan bahwa $\rho < 0,005$ ada pengaruh antara data lingkungan terhadap kualitas hidup penderita TB paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya.

5.2 Pembahasan

Penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran interpretasi dan mengungkap analisa faktor keluarga yang berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya. Sesuai dengan tujuan penelitian, maka akan dibahas hal-hal sebagai berikut:

5.2.1 Faktor data demografi (tipe keluarga dan sosial ekonomi) terhadap kualitas hidup

1. Tipe Keluarga terhadap Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel 5.19 pada halaman 104 didapatkan tipe keluarga tradisional sejumlah 63 responden, dari 63 keluarga tradisional tersebut sebanyak 12 responden (19,0%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 51 responden (81,0%) memiliki kualitas hidup baik. Non tradisional sejumlah 10 responden sebanyak 9 responden (9,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 1 responden (10,0%) memiliki kualitas hidup baik.

Kualitas hidup yang baik adalah dimana penderita dengan kesehatan fisik yang tidak menurun, kondisi psikologis yang tidak menimbulkan emosi yang negative, penderita melakukan hubungan sosial bentuk hubungan sosial yang lebih luas dengan individu yang lain, dan kondisi lingkungan dimana kondisi yang mampu menompang keseimbangan ekologi yang dinamis anatar penderita dengan lingkungan untuk mendukung tercapainya kualitas hidup penderita yang sehat dan bahagia (Sari, 2013). Telah diketahui bahwa pasien dengan penyakit kronis selain berdampak pada kesehatan fisiknya juga berdampak pada kondisi sosial dan mentalnya (Ahmad et al., 2016). Menurut Fordice (2014) dalam (2016) peningkatan kualitas hidup juga dapat melalui dukungan sesama antara penderita yang cenderung memiliki persamaan penderitaan yang dialami. Andarmoyo (2012) mengatakan bahwa ada berbagai bentuk keluarga yang digolongkan menjadi dua bagian besar yaitu bentuk keluarga tradisional dan nontradisional. Bentuk keluarga tradisional merupakan keluarga paling ideal, keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak tinggal disatu rumah, dimana ayah adalah seorang pencari

nafkah dan ibu sebagai ibu rumah tangga. Dari data hasil penelitian menunjukkan tipe keluarga tradisional dengan kualitas hidup baik yakni sebanyak 51 (81,0%) responden. Dalam penelitian Nuraini (2017), dari 16 responden keluarga yakni keluarga *sigle parent* dan keluarga inti. Hasil dari kuisioner menunjukkan bahwa responden lebih banyak keluarga pada keluarga *dyadic nuclear* keluarga dimana beum dikeranuian anak dan *extended family* keluarga ini banyak dijumpai pada perkotaan keluarga yang tinggal 1 rumah dengan beberapa pasangan. Berdasarkan tabulasi silang antara tipe keluarga dan kualitas hidup dari 63 (63,0%) responden pada tipe keluarga tradisional terhadap kualitas hidup baik sebanyak 51 (81,0%) responden. Menurut (Abrori & Ahmad, 2018) semakin sering melakukan interaksi sosial dengan orang lain semakin meningkat baik pula kualitas hidup penderita TB, begitu juga sebaliknya. Peneliti berasumsi keluarga dengan tipe *dyadic nuclear* dan *extended family* dikarena pada tipe keluarga dengan adanya pernikahan namun belum memiliki anak lebih memperhatikan kesehatan pasangan lebih fokus dalam kesehatan keluarganya, pada tipe *extended family* dimana keluarga besar yang terdiri dari beberapa keluarga inti didalamnya dengan banyaknya keluarga yang tinggal satu rumah semakin banyaknya dukungan dari keluarga dan kerabat hal tersebut berguna untuk meningkatkan kesejahteraan kesehatan penderita TB, dukungan yang diberikan keluarga sangat penting pada keluarga tradisional didasari dengan adanya perkawinan yang menghasilkan anak bahkan tidak menghasilkan anak dari perkawinan tersebut. Dukungan dari pasangan dan keluarga penderita TB paru memiliki motivasi untuk sembuh, penderita lebih merasa puas dengan adanya perhatian yang penuh seperti keluarga ikut serta berperan aktif sebagai pengawas minum obat, sebagai pendamping

penderita pada saat melakukan kontrol di Puskesmas, dan saling memberikan pengetahuan kepada penderita.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tipe keluarga dengan kualitas hidup kurang yakni sebanyak 9 (90,0%) responden. Kualitas hidup seseorang dikatakan kurang saat kesehatan fisik perlu mewaspadai status gizi yang menurun. Selain itu, sering kali status gizi dikalangan penderita diabaikan (Tamher, 2009). Kondisi psikologis merupakan perubahan fisik dan kognitif seringkali menimbulkan emosi negatif pada penderita, hubungan sosial merupakan interaksi sosial yang didasari oleh rasa simpati, empati, dan kepedulian terhadap sesama, dan kondisi lingkungan tempat pemukiman dengan banyaknya kehidupan dimana segala kondisi yang secara langsung maupun tidak dapat langsung diduga ikut mempengaruhi tingkat kehidupan maupun kesehatan seseorang (Azizah, 2011). Kualitas hidup menurun akibat penyakit TB paru, umumnya gejala TB seperti batuk, berdehak demam, dan berat badan menurun, membaik pada bulan pertama pengobatan. Lamanya proses pengobatan menunjukkan kondisi kualitas hidup penderita. Semakin cepat proses pengobatan semakin membaik kualitas hidup penderita dan semakin pendek durasi pengobatan menunjukkan efektivitas dari pelayanan kesehatan (Abrori & Ahmad, 2018). Menurut Andarmoyo (2012) Tipe nontradisional merupakan bentuk-bentuk keluarga yang sangat berbeda, baik dalam struktur maupun dinamikanya, meskipun lebih memiliki persamaan satu sama lain dalam hal tujuan dan nilai daripada keluarga inti tradisional. Orang-orang dalam pengaturan keluarga nontradisional sering menekankan nilai aktualisasi diri, kemandirian, persamaan jenis kelamin, keintiman dalam berbagai hubungan interpersonal. Peneliti berasumsi pada tipe keluarga nontradisional dengan kualitas

hidup kurang sebanyak 9 (90,0%) responden pada tipe keluarga nontradisional yakni keluarga pasangan yang sama-sama bekerja sebab kurangnya perhatian dikarenakan sibuk bekerja jadi kurang fokus terhadap kesehatan pasangannya sebab lebih mengutamakan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, tipe keluarga nontradisional keluarga yang tidak adanya proses perkawinan didalam keluarga tetapi tinggal bersama, dua pasangan lebih pasangan yang monogami yang tinggal bersama dimana tidak ada hubungan darah. Selain itu berdasarkan tabulasi silang antara tipe keluarga terhadap kualitas hidup dari data yang didapatkan pada tipe keluarga nontradisional tidak adanya dukungan penuh dari keluarga dan kerabat karena tipe ini lebih mengarah ke kemandirian individu masing-masing karena sibuk dengan kepentingan masing-masing anggota keluarga. Hal ini menyebabkan penderita TB paru sulit menyampaikan keluhan dan keadaan yang dialami saat ini, penurunan tingkat kondisi fisik dari hal itu penderita merasa tidak puas dengan keadaan yang dialaminya menyebabkan penurunan kesehatan semakin kurang juga kualitas hidup penderita TB paru.

2. Pendidikan Terakhir terhadap Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel 5.20 pada halaman 105 didapatkan tingkat pendidikan sejumlah 15 responden, dari 15 pendidikan SD tersebut sebanyak 15 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik. Tidak sekolah sejumlah 6 responden sebanyak 6 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik. SMP sejumlah 14 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 14 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup baik. SMA sejumlah 29 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (100,0%)

memiliki kualitas hidup baik. Perguruan tinggi sejumlah 9 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 9 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup baik.

Pendidikan merupakan daya upaya untuk memajukan budi pekerti, pikiran, dan jasmani manusia agar dapat menunjukkan kesempurnaan hidup yaitu kehidupan yang selaras dengan masyarakat serta dapat mencapai keselamatan dan kebahagiaan setinggi-tingginya (basrowi & Siti Juariyah, 2010). (Afiani & Salam, 2017) mengatakan pendidikan dapat mempengaruhi sikap, tindakan, pemikiran seseorang, dimana setiap orang yang biasanya memiliki pendidikan dasar, menengah maupun keatas, masing-masing memiliki karakteristik yang berbeda karena pendidikan sangat mempengaruhi pola pikir hal ini menunjukkan bahwa seseorang dengan pendidikan yang rendah maka lebih peduli terhadap kesehatan pribadinya begitu juga sebaliknya. Penelitian menurut Martin *et al* (2016) Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor resiko terhadap pencegahan penularan penyakit TB paru. Pendidikan merupakan suatu usaha dasar untuk mengembangkan kemampuan dan kepribadian yang berlangsung seumur hidup (Afiani & Salam, 2017). Hasil dari kuisisioner responden dengan pendidikan rendah memiliki kualitas hidup kurang. Berdasarkan tabulasi silang antar tingkat pendidikan tidak sekolah sebanyak 6 responden (100,0%) responden dan SD sebanyak 15 (100,0%) responden terhadap kualitas hidup kurang, semakin rendah pendidikan seseorang semakin rendah pula tingkat pengetahuannya dan sebaliknya semakin tinggi pendidikan seseorang semakin banyak pula pengetahuannya dan tinggi kesadarannya tentang hak yang dimilikinya untuk memperoleh informasi tentang pencegahan penularan penyakit TB paru pada

dirinya sehingga menuntut manusia agar memperoleh keselamatan jiwanya. Peneliti berasumsi responden yang tidak sekolah dan pendidikan SD sebanyak 21 responden dengan kualitas hidup kurang. Responden memiliki resiko lebih tinggi terkena tuberkulosis, karena tuberkulosis paru disebabkan oleh interaksi antara agent yaitu *mycobacterium tuberculosis*, *environment* dan *host* yaitu penjamu atau manusia dengan berbagai faktor risiko seperti pendidikan, pendapatan status gizi, dan imunitas jadi bisa penderita terpapar dengan faktor risiko tuberkulosis paru yang lain. Responden yang sulitnya menerima pengetahuan dan informasi TB dan keluarga sulit memberikan informasi motivasi dan dukungan guna meningkatkan kesehatan penderita TB. Tingkat pendidikan individu akan mempengaruhi kualitas hidup yang kurang karena kurangnya kepuasan terhadap informasi yang sulit dipahami.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan tingkat pendidikan SMP sebanyak 14 (100,0%) responden, SMA sebanyak 29 (100,0%) responden, dan Perguruan Tinggi sebanyak 9 (100,0%) responden terhadap kualitas hidup baik. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Silvani (2016) pendidikan merupakan usaha yang terencana guna meningkatkan potensi belajar seseorang memiliki kekuatan spriritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, maupun keterampilan yang diperlukan dirinya dan masyarakat. Dengan adanya pendidikan yang baik maka pengetahuan yang didapatkan mudah diterapkan didalam diri seseorang, semakin tingginya tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi pula tingkat pengetahuan hal ini memicu kualitas hidup penderita yang awalnya dengan kualitas hidup yang kurang menjadi baik karena pengetahuan yang sangat luas (Silvani, 2016)(Abdul, 2015). Berdasarkan tabulasi

sialangantara tingkat pendidikan terhadap kualitas hidup responden yang berpendidikan tinggi mempengaruhi tingkat pengetahuan semakin tinggi pendidikan semakin luas tingkat pengetahuannya (Akbar Muhammad *et al*, 2016). Berdasarkan data diatas peneliti berasumsi bahwa semakin tinggi tinggi pendidikan seseorang maka informasi yang didapatkan juga banyak. Selain itu pendidikan seseorang mempengaruhi bagaimana seseorang dapat meningkatkan kualitas hidup dengan meningkatkan kesehatannya dan keluarga informasi yang didapatkan dapat diterapkan di dalam keluarga maupun social masyarakat. Pengetahuan responden yang baik dapat terjadi karena dipengaruhi oleh beberapa faktor misal banyaknya informasi yang di dapatkan tentang penyakit TB paru dari pihak puskesmas, dari segi pendidikan dari media masa, dan informasi yang didapatkan dari tempat lainnya. Respoden memiliki motivasi dalam upaya pencegahan TB paru dengan menerapkan pola hidup sehat, makan makanan yang bergizi, istirahat yang cukup, olahraga, tidak merokok maupun tidak minum-minuman beralkohol, bila batuk menutup mulut tidak membuang dahak disembarang tempat, banyak melakukan olahraga kecil dll. Dari banyaknya aktivitas dan dukungan dari keluarga juga masyarakat penderita lebih meningkatkan kesehatannya dengan cara minum obat tidak pernah telambat, rutin control, dan cek kesehatan guna meningkatkan kualitas hidup yang awalnya kurang menjadi meningkatnya kualitas hidup menjad baik.

3. Pekerjaan terhadap Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel 5.21 pada halaman 106 didapatkan pekerjaan sejumlah 48 responden, dari 48 sebagai buruh/swasta tersebut sebanyak 10 responden (20,8%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 38 responden (79,2%) memiliki

kualitas hidup baik. Wiraswata sejumlah 10 responden sebanyak 8 responden (80,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 2 responden (20,0%) memiliki kualitas hidup baik. Lainnya sejumlah 15 responden sebanyak 3 responden (20,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 12 responden (80,0%) memiliki kualitas hidup baik. TNI/POLRI sejumlah 0 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik. PNS sejumlah 0 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik. Purnawirawan sejumlah 0 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik.

Pekerjaan adalah sesuatu yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupan keluarganya. Bekerja pada umumnya kegiatan yang menyita waktu (Setiawan dkk, 2014). Penelitian Magfira (2014) yang menunjukkan bahwa pekerjaan sangat mempengaruhi terhadap kualitas hidup penderita TB paru, dimana penderita belum memiliki kesadaran untuk memperoleh kualitas hidup yang lebih baik dengan tetap menjaga kesehatannya. Penelitian yang dilakukan oleh Eviana (2015) Pekerjaan dengan kategori kerja sedang yaitu 54 orang, diikuti dengan subjek dengan kategori kerja ringan sebanyak 36 orang. penderita dengan kerja sedang memiliki resiko terkena TB lebih besar dan menjelaskan bahwa jenis pekerjaan dan paparan alergen di tempat kerja dapat memperburuk kondisi penderita. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan pekerjaan sebagai buruh pabrik sebanyak 38 (79,2%) responden dan sebagai ibu rumah tangga sebanyak 12 (80%) responden memiliki kualitas hidup

baik. sebagai ibu rumah tangga. Peneliti berasumsi hasil bahwa pekerjaan responden sebagai buruh pabrik dan ibu rumah tangga dengan pekerjaan tersebut responden merasa hidup seadanya dan pas-pasan tetapi mereka cukup, selalu bersyukur atas kesehatan dan meskipun ada anggota keluarga yang sakit, hal itu membuat keluarga termotivasi dan memberikan dukungan dengan cara yang sederhana yakni dengan melakukan pengobatan secara rutin dan tidak pernah putus untuk mengkonsumsi obat OAT nya, banyak dukungan dari sosial (masyarakat) semakin merasa puas menjalani kehidupannya. Saling memberi dan membantu satu sama yang lain. Bekerja sekuat tenaga dan selalu merasa cukup untuk memenuhi kebutuhan. Responden yang tidak bekerja dan bekerja di rumah lebih mudah untuk memperoleh informasi tentang upaya pencegahan penularan penyakit TB paru daripada responden yang bekerja diluar rumah. Lebih meluangkan waktu untuk melakukan kontrol kesehatan di Puskesmas, sebab yang tidak bekerja dan bekerja dirumah lebih mempunyai banyak waktu.

Berdasarkan hasil penelitian responden yang termasuk kategori pekerjaan sebagai pedagang di pasar (wiraswasta) 10 (100,0%) responden. pekerjaan penderita TB paru terbanyak adalah seorang pedagang dan petani yaitu sebanyak 26 (66,7%) responden, hal ini dikarenakan aktivitas pedagang dan petani yang banyak dilakukan diluar rumah dan kontak langsung dengan masyarakat menyebabkan mudah terkena bahkan tertular penyakit yang mudah menular (Martin. 2016). Peneliti berasumsi bahwa pekerjaan sebagai pedagang dipasar, banyak melakukan aktivitas diluar rumah dan dirumah yang melakukan kontak secara langsung dengan berbagai macam orang. Dari hal tersebut bisa saja penderita tertular dari beberapa orang tersebut dengan kondisi yang kurang sehat

maka penularan bakteri tuberkulosis yang sangat cepat begitu juga cepat menyerang antibodi dari penderita, dengan adanya penurunan kesehatan terganggunya pekerjaannya dari hal itu penurunan penghasilan dan menyebabkan penurunan kepuasan terhadap pekerjaan. Dampak yang ditimbulkan dapat menurunkan kualitas hidup penderita karena kurang dukungan dari keluarga maupun masyarakat.

4. Pendapatan terhadap Kualitas Hidup

Berdasarkan tabel 5.22 pada halaman 107 didapatkan pendapatan < 1.000.000 sejumlah 38 responden, dari 38 pendapatan <1.000.000 tersebut sebanyak 5 responden (13,2%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 33 responden (86,8%) memiliki kualitas hidup baik. Pendapatan 2.000.000-3.000.000 sejumlah 29 responden sebanyak 15 responden (51,7%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 14 responden (48,3%) memiliki kualitas hidup baik. Pendapatan >3.000.000 sejumlah 6 responden sebanyak 1 responden (16,7%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 5 responden (83,3%) memiliki kualitas hidup baik.

Berdasarkan hasil penelitian responden yang termasuk kategori pendapatan < 1.000.000 sebanyak 33 (86,8%) responden dan > 3.000.000 sebanyak 5 (83,3%) responden. Menurut Suryo (2010) seseorang dengan pendapatan yang sedikit tidak selalu memiliki kualitas hidup buruk sebab pendapatan berapapun yang mereka dapat mereka selalu bersyukur dan merasakan kepuasan yang berbeda-beda setiap individu. Menurut Suci Tuty Putri (2015) semakin tinggi tingkat ekonomi keluarga, maka akan semakin baik tingkat konsumsi makanan sehari-hari, begitu pula sebaliknya. Peneliti berasumsi bahwa kondisi ekonomi keluarga

yang rendah dan tinggi yakni tidak bisa dijadikan suatu pengaruh terhadap kualitas hidup penderita, sebab setiap individu mampu menerima dan merasa kebutuhan social ekonomi didalam rumah tangga dapat mencukupi. Dengan adanya pendapatan yang sedikit dan cukup, keluarga dan penderita lebih merasa adanya kepuasan terhadap kehidupannya meskipun pas-pasan yang didapatkan hanya dibawah < 1.000.000 dengan social ekonomi < 1.000.000 keluarga dapat memneuhi makanan dan status gizi keluarga dengan cara makan-makanan yang tinggi serat dan tinggi lemak dari sayur-sayuran yang mudah didapatkan.

Berdasarkan hasil penelitian responden yang termasuk kategori pendapatan 2.000.000-3.000.000 29 (100,0%) dengan kualitas hidup kurang. Sosial ekonomi merupakan suatu kedudukan yang diatur secara sosial dan menempatkan seseorang pada posisi tertentu dalam masyarakat, pemberian posisi itu disertai pula dengan seperangkat hak dan kewajiban yang harus dimainkan oleh sipembawa status (Basrowidan & Siti Juariyah, 2010). Masalah gizi karena kemiskinan indikatornya adalah taraf ekonomi keluarga, yang hubungannya dengan daya beli masyarakat yang dimiliki keluarga tersebut (Setiawan dkk, 2014). Pendapatan yang rendah merupakan kendala sebagian keluarga untuk memenuhi kebutuhan gizi, baik segi kualitas maupun kuantitasnya bagi seluruh anggota keluarga. Rendahnya pendapatan menyebabkan pengeluaran uang untuk membeli bahan makanan terbatas. Keadaan ini dapat menyebabkan orang tidak mampu membeli bahan makanan dalam jumlah yang diperlukan. Ini menyebabkan suatu jenis makanan tidak pernah dihidangkan dalam susunan makanan keluarga, sehingga kualitas maupun kuantitas zat gizi dalam makanan yang dihidangkan bagi anggota keluarga juga kurang (Adriani dan Wirjatmadi,

2014). Peneliti berasumsi bahwa pendapatan 2.000.000-3.000.000 memiliki kualitas hidup kurang dikarenakan setiap individu memiliki cara pengaturan yang berbeda-beda namun rata-rata hasil dari responden dengan kualitas hidup kurang. Dari cara pendapatan sekian munculah masalah baru yang dihadapi dengan anggota keluarga yang mengalami sakit TB paru. Hal ini responden mengalami kurangnya kepercayaan diri terhadap penyakit yang dideritanya dengan keluarga yang kurang memberikan dukungan secara langsung dan kurangnya motivasi untuk sembuh dengan cepat maka menyebabkan kualitas hidup menjadi kurang.

5.2.2 Faktor tahap perkembangan keluarga terhadap kualitas hidup

Berdasarkan tabel 5.23 pada halaman 108 didapatkan tahap perkembangan keluarga 1 sejumlah 6 responden, dari 6 tahap 1 tersebut sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 6 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 2 sejumlah 3 responden sebanyak 2 responden (66,7%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 1 responden (33,3%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 3 sejumlah 5 responden sebanyak 1 responden (20,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 4 responden (80,0%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 4 sejumlah 14 responden sebanyak 2 responden (14,3%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 12 responden (85,7%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 5 sejumlah 13 responden sebanyak 5 responden (38,5%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 8 responden (61,5%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 6 sejumlah 12 responden sebanyak 3 responden (25,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 9 responden (75,0%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 7 sejumlah 10 responden sebanyak 4 responden (40,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 6 responden

(60,0%) memiliki kualitas hidup baik. Tahap 8 sejumlah 10 responden sebanyak 4 responden (40,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 6 responden (60,0%) memiliki kualitas hidup baik.

Kepuasan perkawinan adalah persasaan subjektif yang dirasakan pasangan suami istri. Kepuasan perkawinan merupakan bentuk persepsi terhadap kehidupan pernikahan seseorang yang diukur dari besar dan kecilnya kesenangan yang dirasakan dalam waktu tertentu (Rahmaita, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Zainah (2012) menemukan bahwa pasangan dengan pernikahan lebih dari sepuluh tahun memiliki kepuasan yang lebih tinggi karena saling melengkapi dan kesetiaan yang diberikan satu dengan yang lain. Berdasarkan hasil dari tabulasi silang antara tahap perkembangan keluarga terhadap kualitas hidup baik yakni sebanyak 6 (100,0%) responden pada tahap 1 keluarga pemula keluarga yang baru menikah yakni keluarga yang masih memiliki kepuasan tersendiri terhadap pernikahannya baru dan keluarga kecil yang saling melengkapi, sebanyak 4 (80%) responden tahap perkembangan 3 keluarga dengan anak usia prasekolah yakni dimana tugas-tugas perkembangan sebagai tugas yang muncul pada periode tertentu dalam rentang kehidupan individu, apabila tugas itu berhasil akan adanya kepuasan tersendiri terhadap perkembangan keluarga (Jannah, 2015). Sebanyak 12 (85,7%) responden tahap 4 keluarga dengan anak usia sekolah, 7% tahap 5 keluarga dengan anak remaja dimana remaja yang nakal sering dibesrkan dalam keluarga yang disfungsional dibandingkan dengan yang tidak, (Sil, 2008). Sebanyak 61,5% tahap 6 keluarga melepaskan anak dewasa muda yakni suatu kualitas hubungan orangtua dengan anak menunjukkan stabilitas yang cukup besar dari waktu ke waktu karna anak sudah mampu untu melakukan kehidupan secara mandiri

(Utting, 2010). Sebanyak 75% tahap 7 keluarga dengan orang tua usia pertengahan, 60% keluarga dalam masa pension/ lansia, dan 60%. Menurut Duvall (1997) dalam Friedman (2010) Individu memiliki tugas perkembangan yang harus mereka capai agar tercapai kepuasan selama tahap perkembangan dan agar mampu berkembang secara sukses pada tahap berikutnya, setiap perkembangan keluarga memiliki tugas perkembangan atau harapan peran tertentu. Tugas perkembangan keluarga lebih cenderung menumbuhkan rasa tanggung jawab yang harus dicapai oleh keluarga pada setiap tahap perkembangan keluarga sehingga keluarga dapat memenuhi kebutuhan biologis keluarga, penekanan budaya keluarga dan aspirasi dan nilai keluarga itu sendiri. Peneliti berasumsi dari hasil kuisioner pada tahap ini tidak ada hubungan yang signifikan yang paling memiliki kualitas hidup baik, karena setiap individu memiliki peran dan tugas masing-masing sehingga kualitas hidup seseorang tidak dapat dipengaruhi oleh anggota keluarga yang sehat.

Menurut Hurlock (1999) dalam Rahmaita (2016) Berkurangnya kepuasan perkawinan antara suami dengan istri dapat disebabkan hadirnya anak di tengah-tengah pasangan yang baru membentuk sebuah keluarga. Kehadiran anak dapat menambah dan mengurangi keharmonisan suami istri, yang mengubah hubungan bersifat dwitunggal menjadi tritunggal. Keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi hidup disatu rumah. Keluarga memiliki 8 tahap perkembangan keluarga. Tahap kedua dalam tumbuh kembang keluarga, yaitu tahap ketika seorang bayi mulai lahir ditengah pasangan baru yang terdiri dari dua individu sebagai pasangan. Tahap kedua merupakan tahap transisi dari peran individu menjadi orang tua dan

membentuk system permanen (Friedman, 2010). Berdasarkan data yang didapat dari kuisioner tahap perkembangan dengan kualitas hidup sebanyak 3 (100,0%). Pengasuhan yang penting didalam keluarga anak pertama mulai beradaptasi dan perubahan peran seorang pasangan yakin sebagai aya dan ibu (Dina, 2012) Berdasarkan data tabulasi silang bahwa responden dengan tahap perkembangan 2 keluarga dengan mengasuh anak terhadap kualitas hidup kurang yakni sebanyak 2 (66,7%) responden. Peneliti berasumsi bahwa tugas perkembangan keluarga tahap 2 tidak ada hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup penderita TB paru dan kelengkapan kualitas hidup 4 indikator tugas perkembangan yang dipenuhi dengan pemuehan kurang

5.2.3 Faktor stress dan koping keluarga terhadap kualitas hidup

Berdasarkan tabel 5.24 pada halaman 109 didapatkan stress ringan sejumlah 51 respoden, dari 51 stress ringan tersebut sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, dan sebanyak 51 responden (100,0%) memiliki kualitas hidup baik. Stress sedang sejumlah 22 responden sebanyak 21 responden (95,5%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 1 responden (4,5%) memiliki kualitas hidup baik. Stress tinggi sejumlah 0 responden sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 0 responden (0,0%) memiliki kualitas hidup baik.

Menurut Antonovsky (1979) dalam Friedman (2010) Stress adalah respon atau keadaan dimana mengalami ketegangan yang disebabkan oleh stressor oleh tuntunan actual atau yang dirasakan tetap tetapi tidak teratasi. Dukungan sosial dari lingkungan sosial, penderita TB tidak akan merasa sendiri dalam menghadapi penyakitnya. Selanjutnya dukungan sosial akan menjadi pemberi

semangat untuk mengeluarkan rasa takutnya dan menolong penderita dalam membangunkan kembali kepercayaan dirinya (Juliandari Ni Made et al, 2014). Ratnasari (2012) mengatakan penderita penyakit kronis seperti TB paru perlu mendapatkan dukungan sosial lebih dari orang-orang tersebut secara tidak langsung dapat menurunkan beban psikologis sehubungan dengan penyakit yang dideritanya yang pada akhirnya akan meningkatkan ketahanan tubuh sehingga kondisi fisiknya tidak menurun. Dukungan yang rendah pada penderita penyakit kronik dapat mempengaruhi tingkah laku individu, seperti peningkatan stress, tidak berdaya dan putus asa, hal-hal tersebut yang pada akhirnya menurunkan status kesehatan, menurunnya status kesehatan berarti menurunnya kualitas hidup penderita. Dari data hasil penelitian menunjukkan stress ringan dengan kualitas hidup baik yakni sebanyak 51 (100,0%,) responden. Dalam penelitian Nurul *et al*, (2018) tingkat stress penderita dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan yang rendah, dimana yang akan beresiko pada peningkatan morbiditas dan mortalitas penderita TB. Sehingga penyediaan sosialisasi mengenai penyakit TB sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita TB. Berdasarkan tabulasi silang antara stress koping keluarga dan kualitas hidup baik yakni sebanyak 51 (100,0%) responden. Peneliti berasumsi hasil dari kuisisioner WHOQOL-BREF responden mengalami rasa sakit dan penurunan fisik, penderita mencegah kegiatan dalam beraktivitas sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan oleh penderita TB paru kebanyakan tidak mengalami kesakitan yang parah. Masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari, dengan melakukan kontrol dan minum obat secara rutin dan sesuai anjuran responden tidak mengalami penurunan pada tubuhnya kecuali waktu diminggu-minggu awal penyebaran bakteri dalam paru.

Dengan penurunan fisik yang tidak lama meningkatkan kualitas hidup penderita menjadi kualitas hidup baik, stress ringan hanya dialami oleh beberapa keluarga dan penderita sebab pada stress ini tidak melibatkan sosial ekonomi.

Kualitas hidup mengalami peningkatan sejalan dengan penurunan gejala fisik pasien TB (Hendrik, 2010). Tingkat stress bukan hanya terjadi pada pasien TB aktif, melainkan dapat terjadi pada pasien dengan TB laten. Pada TB laten, gejala TB tidak terlihat atau asimtomatik, sehingga penderita cenderung stress dan cemas dengan diagnosa yang diberikan (Peddireredy, 2014). Berdasarkan hasil tabulasi silang antara stress sedang dan kualitas hidup kurang sebanyak 21 (95,5%) responden. Menurut Ni Made Juliandari et al., (2014) menunjukkan bahwa seseorang yang mendapatkan dukungan sosial yang sedang hingga rendah mempunyai tingkat gangguan kesehatan yang lebih tinggi bila dibandingkan seseorang yang memperoleh dukungan sosial yang tinggi. Dukungan sosial sangat penting terutama dari keluarga untuk pasien penyakit kronik sebab dukungan sosial sangat mempengaruhi tingkah laku individu, seperti penurunan rasa cemas, tidak berdaya dan putus asa yang pada akhirnya meningkatkan status kesehatan. Pada hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Pratiwi, 2014) menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup, wawancara yang dilakukan pada pasien TB paru, dengan hasil perbandingan 3 dari 5 pasien mengatakan bahwa penurunan kepuasan hidup mulai dirasakan bukan saat awal didiagnosa melainkan saat pasien menjalani fase intensif pengobatannya. Peneliti berasumsi dari hasil kuisioner stress dan koping *FILE (Family Inventory Life Events and Changes)* faktor yang membuat keluarga mengalami stressor sedang adalah keluarga yang memiliki masalah internal

maupun eksternal yang disebabkan oleh lingkungan, ekonomi, atau sosial budaya. Pada kebanyakan responden memiliki status ekonomi yang rendah ini sebabnya banyak penderita maupun keluarga mengalami stress sedang. Lingkungan yang padat penduduk, masyarakat sekitar ketika ada tetangga yang sakit merupakan masalah dan penderita yang sakit takut dikucilkan dengan masyarakat sekitar. Budaya merupakan kebiasaan-kebiasaan yang ditanamkan oleh seseorang menjadi kebiasaan, kebiasaan ini penderita dan keluarga sudah diberikan pengetahuan oleh petugas Puskesmas dan kader TB jika anggota keluarga sedang merawat penderita hendaknya menggunakan masker tetapi hal ini kadang diabaikan oleh pasien, dari hal itu menjadi kebiasaan buruk. Penyebab lain yang menimbulkan stress sedang dan stress ringan anggota keluarga yang mempunyai bayi dan anak-anak, takut dengan penularan TB yang begitu cepat menyebar. Selain itu karena keluarga takut dengan anak-anaknya yang tertular kadang-kadang penderita diasingkan dikamar jarang diperbolehkan kontak langsung dengan anak-anak kecil. Penderita yang memiliki kualitas hidup kurang yaitu responden yang sangat sulit melakukan aktifitas fisik yang lemah dikarenakan sesak nafas dan batuk yang sangat mengganggu, tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya seperti bekerja dan berinteraksi dengan masyarakat lebih menarik diri dari lingkungan rumah, sulit berkonsentrasi terhadap kewajiban, serta sulit menjangkau pelayanan kesehatan dan merasa tidak puas dengan tempat tinggal yang ditempati kurang nyaman.

5.2.4 Faktor data lingkungan keluarga terhadap kualitas hidup

Berdasarkan tabel 5.25 pada halaman 110 didapatkan rumah sehat sejumlah 25 responden, dari 25 rumah sehat tersebut sebanyak 1 responden (4,0%) memiliki

kualitas hidup kurang, dan sebanyak 24 responden (96,0%) memiliki kualitas hidup baik. rumah tidak sehat sejumlah 48 responden sebanyak 20 responden (41,7%) memiliki kualitas hidup kurang, sebanyak 28 responden (58,3%) memiliki kualitas hidup baik.

Rumah sehat merupakan kondisi fisik, kimia, biologi di dalam rumah, lingkungan rumah dan perumahan sehingga memungkinkan penghuni memperoleh derajat kesehatan yang optimal (Kosim, 2015). Menurut Wnslow dan APHA (2015) harus memenuhi syarat yakni memenuhi kebutuhan *physiologis*, memenuhi kebutuhan *psychologis*, mencegah penularan penyakit dan mencegah terjadinya kecelakaan. Rumah yang memenuhi kebutuhan *psyiologis* yaitu pencahayaan yang memenuhi syarat (cukup) baik cahaya alami maupun cahaya buatan, ventilasi yang cukup untuk proses pertukaran gas dalam ruangan, sedangkan rumah yang memenhi kebutuhan *psychologis* yaitu rumah yang mempunyai kebebasan dan ketenangan tidak terganggu oleh anggota keluarga yang lain, kebutuhan rumah sebagai tempat tinggal keluarga harus memerhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi penularan penyakit bagi penghuninnya seperti tersedianya sarana pembuangan sampah, sarana tersedianya sarana pembuanganinja serta limbah umah tangga, dan makanan dan minuman yang bebas dari pencemaran untuk mencegah penularan penyakit maka fasilitas-fasilitas tersebut harus memenuhi persyaratan kesehatan (Ruswanto Bambang, 2010). Dari data hasil penelitian menunjukkan rumah sehat dengan kualitas hidup baik yakni sebanyak 24 (96,0%,) responden. Dalam penelitian (Kosim, 2015) mengatakan kualitas hidup penderita dikatakan baik jika kondisi ventilasi yang baik, sumber air minum yang bersih, tempat tinggal yang bersih secara tidak langsung akan

menciptakan suasana yang begitu nyaman dan dapat mencegah berkembangnya penyakit. Berdasarkan hasil tabulasi silang antara data lingkungan rumah sehat terhadap kualitas hidup baik yakni sebanyak 24 (96,0%) responden. Peneliti bahwa kepadatan penghuni pada kualitas hidup baik rata-rata tidak padat penghuni dan memenuhi syarat rumah sehat, ventilasi yang sudah memenuhi syarat yaitu 10% dari luas lantai. ventilasi yang selalu dibuka setiap hari sehingga udara dapat bertukar dengan baik dari luar dan dalam rumah, pencahayaan dari sinar matahari bisa masuk secara langsung didalam ruang, hal ini dapat membunuh bakteri TB yang ada didalam ruangan tersebut, pembuangan limbah dan tinja sudah memenuhi syarat, sarana air bersih sesuai dengan syarat rumah sehat.

Rumah responden yang terdapat bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* memiliki resiko terjadinya TB paru 3 kali lebih besar dibandingkan dengan rumah responden yang tidak terdapat bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* dikarenakan infeksi tuberculosis diawali dengan seseorang menghidup basil *Mycobacterium Tuberculosis* (Kenedyanti, 2017). Menurut Yunia (2015) memiliki hubungan antara data lingkungan dan kualitas hidup penderita TB paru. Pencahayaan yang kurang bahkan tidak adanya pencahayaan, banyak jenis bakteri dapat dimatikan jika bakteri tersebut mendapatkan sinar matahari secara langsung, demikian juga kuman tuberculosis dapat mati karena cahaya sinar ultraviolet dari sinar matahari yang masuk ke dalam ruangan. Diutamakan cahaya matahari pagi karena cahaya matahari pagi mengandung sinar ultraviolet yang dapat membunuh kuman.. Lubang asap dapur kebanyakan rumah tidak ada, kepadatan penghuni dalam satu rumah tinggal akan memberikan pengaruh bagi penghuninya. Luas rumah yang

tidak sebanding dengan jumlah penghuninya akan menyebabkan kepadatan (*overcrowded*) konstruksi rumah kebanyakan semi permanen.

Jamban kebanyakan digunakan secara umum karena lingkungan kontrakan (Fatimah siti, 2012). Berdasarkan tabulasi silang antara data lingkungan rumah tidak sehat terhadap kualitas hidup kurang yakni 20 (41,7%) responden. Peneliti berasumsi data lingkungan rumah tidak sehat mempengaruhi kualitas hidup, karna observasi menunjukkan pada keadaan rumah rata-rata yang ditempati oleh responden rumah sewa atau kontrak. Kebanyakan rumah yang dihuni oleh keluarga dan penderita rata-rata tidak memenuhi syarat rumah sehat. Rumah dengan ventilasi yang kurang akan berpengaruh terhadap penyebaran bakteri TB. Ventilasi rumah berfungsi untuk mengeluarkan udara yang tercemar (bakteri, CO₂) di dalam rumah dan menggantinya dengan udara yang segar dan bersih atau untuk sirkulasi udara tempat masuknya cahaya ultra violet Peneliti berasumsi pada keadaan rumah yang kurangnya pencahayaan dan udara yang tidak dapat keluar masuk secara bebas mempercepat proses berkembangnya bakteri tuberculosis. Hal ini tidak sehat karena disamping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen, juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, terutama tuberculosis akan mudah menular kepada anggota keluarga lain. pada. Sarana sanitasi, responden dan keluarga kebanyakan menggunakan air dari PDAM, terkadang air yang tidak jernih dapat menyebabkan penyakit jika air dikonsumsi setiap harinya. Jamban, kebanyakan jamban dilingkungan sekitar digunakan secara umum karna keluarga responden kebanyakn tinggal di rumah kontrakan yang ditempatipun agak kumuh dan padat penduduk menyebabkan susahny mendapat air yang benar-benar bersih. Sarana pembuangan air limbah pembuangannya disalurkan

melalui got daerah rumah. perilaku penghuni, kamar mandi banyak jentik-jentik nyamuk yang 1 minggu sekali dikuras, setiap rumah adanya tikus, pembersihan rumah dilakukan setiap hari dan kadang-kadang jika sempat. Keadaan rumah, sarana sanitasi, dan perilaku penghuni merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup penderita TB Paru.

5.3 Keterbatasan

Keterbatasan merupakan kelemahan dan hambatan dalam penelitian. Pada penelitian ini beberapa keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti adalah :

1. Waktu pengambilan data dengan cara door to door, mengalami kesulitan mencari alamat, dikarenakan padatnya penduduk dan data yang dicantumkan di data PKM terkadang tidak sesuai
2. Waktu pengambilan data dilakukan pada pagi dan malam hari, pada malam hari dikarenakan terbatasnya waktu yang dimiliki responden saat di pagi hari hingga sore hari harus bekerja.
3. Responden ada yang tidak tinggal dengan keluarga melainkan tinggal ditempat kerjanya, sehingga untuk data lingkungan hanya menanyakan melalui responden
4. Responden terkadang membutuhkan pengulangan pertanyaan pada kuesioner dikarenakan responden pada penelitian ini ada yang lansia dan penurunan pendengaran.
5. Pada penelitian ini dalam menilai kualitas hidup penderita TB Paru hanya dilihat melalui lembar kuesioner saja, seharusnya juga melalui observasi sehingga nilai yang didapat maksimal.

BAB 6

PENUTUP

Pada bab ini, peneliti akan menyajikan simpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan tentang penelitian yang telah dilakukan pada 07-26 Mei 2018, dengan judul Analisa Faktor Keluarga Yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil temuan penelitian dan hasil pengujian pada pembahasan yang dilaksanakan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Terdapat pengaruh yang bermakna antara data demografi terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.
2. Tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara tahap perkembangan keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.
3. Terdapat pengaruh yang bermakna antara stressor dan koping keluarga terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.
4. Terdapat pengaruh yang bermakna antara data lingkungan terhadap kualitas hidup penderita TB Paru di Wilayah Surabaya.
5. Terdapat pengaruh data Data Demografi, Stress & koping keluarga, dan Data Lingkungan Terhadap Kualitas Hidup penderita TB paru di Wilayah Surabaya.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, beberapa saran yang disampaikan pada pihak terkait adalah sebagai berikut :

1. Bagi Penderita

Penderita TB paru di daerah Perak Timur sebaiknya lebih memahami mengenai cara penularan bakteri tuberculosis yang begitu cepat seharusnya penderita menggunakan maskes, penanganan & pengobatan yang dilakukan secara rutin pengobatan hingga dinyatakan sembuh selama 6 bulan, dan mengenai kualitas hidup secara umum, baik faktor yang mempengaruhi, hal-hal yang dapat dilakukan penderita untuk meningkatkan kualitas hidup demi kesejahteraan pada sistem personal, interpersonal, maupun sosial.

2. Bagi Keluarga

Penderita sebaiknya mendapatkan dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitar agar memiliki semangat untuk melawan penyakit TB Paru dengan bahagia dan kemauan untuk tetap melibatkan dirinya dalam lingkup keluarga dan masyarakat. Sehingga penderita merasa dirinya tidak terasing dan tidak berguna. Hal itu dikarenakan dukungan keluarga berperan penting dalam meningkatkan pencegahan, pengobatan, dan kualitas hidup penderita. Para anggota keluarga penderita sebaiknya tetap memberikan kesempatan pada penderita untuk melakukan aktivitas seperti layaknya orang yang sehat untuk meningkatkan martabat setiap individu.

3. Bagi Komunitas

Dukungan sosial masyarakat perlu sebab guna proses penyembuhan yang lebih spesifik dan peningkatan kualitas hidup penderita guna menjunjung martabat penderita maupun keluarganya.

4. Bagi Lahan Penelitian

Disarankan untuk memperhatikan kesejahteraan penderita di Wilayah Puskesmas Perak Timur, tidak hanya dari segi pemberian pelayanan kesehatan, tetapi juga dari segi psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan yang dapat meningkatkan pencegahan, pengobatan, dan kualitas hidup. Memberikan edukasi, penyuluhan, kegiatan, dan meningkatkan keluarga sebagai PMO.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya melakukan penelitian tentang “ Analisa Faktor Keluarga Yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru di kota maupun di desa“.

DAFTAR PUSTAKA

- Abrori, I., & Ahmad, R. A. (2018). *Kualitas hidup penderita tuberkulosis resisten obat di kabupaten Banyumas*. *Journal of Community Medicine and Public Health*, 34, 55–61.
- Afiani, I., & Salam, A. (2017). *Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Asma Dewasa Di Unit Pengobatan Penyakit Paru-Paru Pontianak Periode Januari – Juni 2015 Latar Belakang Asma Heterogen Merupakan Yang Ditandai Penyakit Dengan 2013 , Prevalensi Asma Berdasarkan Gejala*, 3, 754–769.
- Ahmad, N., Javaid, A., Sulaiman, S. A. S., Basit, A., Afridi, A. K., Jaber, A. A. S., & Khan, A. H. (2016). *Effects of multidrug resistant tuberculosis treatment on patients' health related quality of life: Results from a follow up study*. *PLoS ONE*, 11(7), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159560>
- Alligood. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Elsevier.
- Andarmoyo. (2012). *Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Budi, A. S., & Tuntun, M. (2016). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru BTA Positif Pada Pasien Rawat Jalan Di UPT Puskesmas Wonosobo Kabupaten Tanggamus*. *Jurnal Analis Kesehatan*, 5(2). Retrieved from <http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JANALISKES/article/view/464>
- Dermawan, deden. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Gosyen.
- Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Takalar Sulawesi Selatan: As Salam.
- Lola, Ii. dkk. (2015). *Tugas Kesehatan Keluarga Pada Anggota Keluarga Yang Menderita Tb Paru*. *Tugas Kesehatan Keluarga*, 3(2), 34–45.
- M, N. L., Rohmah, S., & Wicaksana, A. Y. (2015). *Upaya Keluarga Untuk Mencegah Penularan Dalam Perawatan Anggota Keluarga dengan TB Paru*. *Jurnal Keperawatan*, 6(2), 108–116.
- Maryam, S. (2016). *Stres Keluarga : Model Dan Pengukurannya*. *Jurnal Psikoislamedia*, 1, 335–343.

- Moes, J. L., & Moes, J. L. (1999). *Unplanned Hospitalization of a Child: Perceptions of Stress, Family Life Events, and Coping Resources*.
- Moh.Akbar, Endang Lusiawati, R. (2016). *Hubungan Pengetahuan Pasien TBC Dengan Perilaku Pencegahan Penularan Kepada Keluarga Di Puskesmas Sienjo, IV(2), 103–110*.
- Murfikin fakhmi, A. (2013). *Hubungan Kebiasaan Merokok Dengan Kejadian Tb Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo*, 6. Retrieved from [http://download.portalgaruda.org/article.php?article=186742&val=6447&title=Hubungan Kebiasaan Merokok Dengan Kejadian Tb Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=186742&val=6447&title=Hubungan%20Kebiasaan%20Merokok%20Dengan%20Kejadian%20Tb%20Paru%20Di%20Wilayah%20Kerja%20Puskesmas%20Sidomulyo)
- Naga. (2012). *Buku Panduan Penyakit Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jogjakarta: DIVA Press.
- Ni Made Juliandari, Kusnanto, & Hidayati, L. (2014). *Hubungan Antara Dukungan Sosial Dan Coping Stres Dengan Kualitas Hidup Pasien Tb Paru Di Puskesmas Perak Timur Surabaya Tahun 2014*.
- Nur Siti. (2016). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Tuberkulosis Paru (TBC)*. SURAKARTA.
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- P, R. S., A, M. I. A., & Nahariani, P. (2012). *Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi Dengan Angka Kejadian TB Paru BTA Positif Di Wilayah Kerja Puskesmas Peterongan Jombang Tahun 2012*, 2012, 31–38.
- Pratiwi, G. D. (2014). *Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien TB Paru Yang Sedang Menjalani Proses Pengobatan Di Puskesmas Legok Pendahuluan Penyakit tuberkulosis (TB) paru merupakan penyakit yang masih menjadi masalah kesehatan dunia terutama I*.
- Rohayu, N., Yusran, S., & Ibrahim, K. (2016). *Analisis Faktor Riskiko TB Paru BTA Positif pada Masyarakat Pesisir di Wilayah Kerja Puskesmas Kadatua Kabupaten Buton Selatan Tahun 2016*, 58, 1–15.
- Septia, A., Rahmalia, & Febriana. (2013). *Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita tb paru*, 1–10.
- Silvani, S. (2016). *Hubungan Peran Aktif Keluarga Sebagai Pengawas Minum Obat (Pmo) Dengan Angka Kekambuhan Tb Paru Di Ruang Seruni Rsud*

Abdul Wahab Sjahrane Samarinda. Jurnal I L M U Kes Eh At An, 4(2), 66–74.

Soemantri Iman. (2008). *Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. JAKARTA: Salemba Medika.

Suci Tuty Putri. (2015). Kualitas Hidup Pada Pasien Tuberkulosis Paru Berdasarkan Aspek Kepatuhan Terhadap Pengobatan di Puskesmas Padasuka Kota Bandung. *Jurnal Keperawatan Aisyiyah, 2*.

Sukendra, M. (2017). Hubungan Perilaku Merokok dengan Kejadian Gagal Konversi Pasien Tuberkulosis Paru di Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM) Wilayah Semarang Abstrak, 2(1), 89–96.

Sulistyo, A. (2012). *Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses, dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sunaryo. (2015). *Sosiologi*. Jakarta: Bumi Medika.

Suswati Erni. (2016). *Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberkulosis Paru*. Jember. Pengembangan Pendidikan, 3, 67-73

Tamher, S. & N. (2009). *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

WHO. (2012). *WHOQOL-BREF Report 2012*.

WHO. (2017). *Global Tuberculosis Report 2017*. Who. <https://doi.org/WHO/HTM/TB/2017.23>

Yunia Annisa, D. K. (2015). *Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan, Xiii(2)*.

LAMPIRAN**Lampiran 1****CURRICULUM VITAE**

Nama : Riza Agustin
NIM : 141.0086
Program Studi : S-1 Keperawatan
Tempat Tanggal Lahir : Sidoarjo, 14 Agustus 1995
Alamat : Ds. Seketi Utara 001/006 Kec. Balongbendo
Kab. Sidoarjo
Agama : Islam
No. Hp : 081358082680
Email : Rizagustin95@gmail.com
Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Persatuan Seketi- Sidoarjo Lulus Tahun 2002
2. SDN Seketi-Sidoarjo Lulus Tahun 2008
3. SMPN 1 Balongbendo-Sidoarjo Lulus Tahun 2011
4. SMK Kesehatan Mitra Sehat Mandiri Krian-Sidoarjo Lulus Tahun 2014

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Bersyukurlah selalu & berbuatlah baik pada siapapun


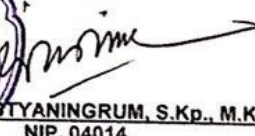

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan kepada :

1. Kepada Allah SWT, yang telah memberikan kemudahan, kelancaran, petunjuk sehingga saya mampu menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Ayahanda tercinta, Alm.Moch. Sugeng keinginanmu akhirnya sudah aku raih, aku yakin engkau melihatnya meskipun engkau tidak mendampingiku disaat aku menempuh studi.
3. Ibunda tercinta, Siti Awanah yang tak pernah lelah selalu mendoakan saya dengan tulus ikhlas, memberikan dukungan materil serta moril, menemani dan membantu saya dalam menyelesaikan tugas akhir saya. Semoga Allah selalu memberikan kesehatan, perlindungan dan merahmati.
4. Kakak serta adikku tersayang (Adi Purwanto, Inda Sulisty Rini dan Andria Febrianti) yang selalu memberikan kasih sayang, menghibur, menemani disaat saya mengalami kejenuhan dalam penyusunan tugas akhir ini.
5. Keluarga besar yang tersayang yang selalu menemani, membantu, dan membangkitkan semangat saya di saat saya merasa lelah mengerjakan tugas akhir.

6. Teman satu kelompok tugas akhirku (Yuniar Indah P, Kharisma, Amanda, Sekti Linda, Tifani) susah senang selama bimbingan tugas akhir telah kita lalui dan akhirnya sampai juga pada tujuan kita bersama kawan.
7. Teman-teman Barbzzz_Squad (Azizah, Ayu, Beri, Ida, Putri, Etty, Yuniar, Selvi, Nevinda, Adelaras, Nuril) teimakasih sudah membantu mengerjakan bersama-sama setiap hari, keluh kesah bersama-sama semoga menjadi berkah amin.
8. Untuk teman-teman ku S-1/4B. Terimakasih untuk kalian semua yang sudah saling berbagi ilmu satu sama lain. Semoga ilmu yang sudah kita emban selama 4 tahun ini menjadi ilmu yang bermanfaat. Amin
9. Semua pihak yang membantu terselesaikannya tugas akhir ini, yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terimakasih.

Lampiran 3

	YAYASAN NALA <i>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya</i> RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN Jl. Gedung No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404248, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya Website: www.stikeshangtuah-sby.ac.id
Surabaya, 12 April 2018	
Nomor	: B/ 277 / IVI/2018 / SHT.
Klasifikasi	: BIASA.
Lampiran	: -
Perihal	: Permohonan Ijin <u>Pengambilan Data Penelitian</u>
	K e p a d a Yth. KA BAKESBANGPOL LINMAS KOTA SURABAYA di <u>Surabaya</u>
<p>1. Dalam rangka penyusunan skripsi bagi mahasiswa Prodi S-1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2017/2018, monon Ka Bakesbangpol Linmas Kota Surabaya berkenan memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk mengambil data penelitian di Instansi/wilayah kerja yang Bapak/Ibu pimpin.</p> <p>2. Tersebut titik 1, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya Nama : Riza Agustin NIM : 1410086 Judul penelitian : Analisa Faktor Keluarga Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya</p> <p>3. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih.</p>	
	  Wwiter LIESTYANINGRUM, S.Kp., M.Kep NIP. 04014
<u>Tembusan :</u>	
1. Ketua Pengurus Yayasan Nala 2. Puket I,II,III STIKES Hang Tuah Surabaya 3. <u>Ka Prodi S-1 Kep STIKES Hang Tuah Surabaya</u>	



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Jaksa Agung Suprpto No. 2 Surabaya - 60272, Tlp. 5312144 Psw. 112

Surabaya, 27 April 2018

Kepada

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya

di -

SURABAYA

Nomor : 070/ 3582 /436.8.5/2018
 Lampiran : -
 Hal : Penelitian

REKOMENDASI PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Sebagaimana Telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
- Memperhatikan : Surat Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya Tanggal 12 April 2018 Nomor : B/277/IV/2018/SHT Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian
- Plt. Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik Dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :
- a. Nama : Riza Agustin
 b. Alamat : Jl. Seketi Utara RT. 001 RW. 006 Kel. Seketi Kec. Balugbendo Kab. Sidoarjo
 c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
 d. Instansi/Organisasi : STIKES Hang Tuah Surabaya
 e. Kewarganegaraan : Indonesia
- Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :
- a. Judul / Thema : Analisa Faktor Keluarga Penderita TB Paru Di Wilayah Surabaya
 b. Tujuan : Penelitian
 c. Bidang Penelitian : Kesehatan
 d. Penanggung Jawab : Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
 e. Anggota Peserta : -
 f. Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat Dikeluarkan
 g. Lokasi : Dinas Kesehatan (UPTD Puskesmas Perak Timur) Kota Surabaya
- Dengan persyaratan : 1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan/peraturan yang berlaku di Lokasi/Tempat dilakukannya Penelitian/survey/kegiatan;
 2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya;
 3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI.
 4. Rekomendasi ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih .

a.n. Plt. KEPALA BADAN,
 Plt. Sekretaris



Ir. Yusuf Masrith, MM
 Pembina
 NIP 19671224 199412 1 001

Tembusan :
 Yth. 1. Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya
 2. Saudara yang bersangkutan.



PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

SURAT IJIN SURVEY / PENELITIAN

Nomor : 072 / 167 / 436.7.2 / 2018

Dari : Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan
Perindungan Masyarakat
Nomor : 070/3582/436.8.5/2018
Tanggal : 27 April 2018
Hal : Penelitian
Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :
Nama : **Riza Agustin**
NIM : 1410086
Pekerjaan : Mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya
Alamat : Jl. Seketi Kec. Balungbendo Kab. Sidoarjo
Tujuan Penelitian : Menyusun Skripsi
Tema Penelitian : Analisis Faktor Keluarga Penderita TB Paru di Wilayah
Surabaya
Lamanya Penelitian : Bulan Mei s/d Bulan Juli Tahun 2018
Daerah / tempat : **Puskesmas Perak Timur**
Penelitian

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.
Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 6 Mei 2018
a.n. Kepala Dinas
Sekretaris,

Narik Sukristina S.KM. M.Kes

NIP. 197001171994082008





**PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS PERAK TIMUR**

Jl. Jakarta No. 9 Surabaya (60164)
Telp/Fax. 031 3524247

Nomor : 065/3716/436.7.2.19/2018
Lampiran : -
Hal : Pemberian Ijin

Surabaya, 04 Juni 2018
Kepada :
Yth. Sekretaris Kepala Badan Kesatuan
Bangsa, Politik dan Perlindungan
Masyarakat
Di
SURABAYA

Dengan hormat,

Berdasarkan Surat dari Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat No. 070/3582/436.8.5/2018 tentang Permohonan Ijin Pengambilan Data Karya Tulis Ilmiah (KTI) atas nama :

Nama : Riza Agustin
N I M : 1410086
Keperluan : Menyusun Karya Tulis Ilmiah
Judul KTI : Analisa Faktor Keluarga yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru Di Wilayah Surabaya

Maka Mahasiswa tersebut telah benar-benar mengadakan penelitian di wilayah Puskesmas Perak Timur Surabaya yang dilakukan pada Bulan Mei 2018

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dijadikan perhatian dan digunakan sebagaimana mestinya. Terima kasih.

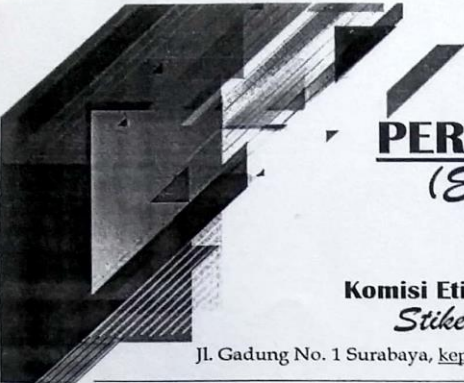
Mengetahui

Kepala Puskesmas Perak Timur

Dr. Nurul Hidayah
NIP: 19631216199003 2 006

email : peraktimurpuskesmas@gmail.com

Lampiran 4



PERSETUJUAN ETIK *(Ethical Approval)*

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK)
Stikes Hang Tuah Surabaya

Jl. Gadung No. 1 Surabaya, kep.k.shtsby@gmail.com, Telp. (031) 8411721, Fax. (031) 8411721

Surat Pernyataan Laik Etik Penelitian Kesehatan
Nomor : PE/69/VII/2018/KEPK/SHT


Protokol penelitian yang diusulkan oleh : Riza Agustin

dengan judul :

Analisa Faktor Keluarga Yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya

dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan *Privacy*, dan 7) Persetujuan Sebelum Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator masing-masing Standar sebagaimana terlampir.


Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 10 Juli 2018 sampai dengan tanggal 10 Juli 2019



Ketua KEPK
Dwi Priyantini, S.Kep., Ns., M.Sc
NIP. 03006

Catatan untuk Peneliti dan Para Pihak :

- 1) Setiap pelaksanaan yang menyimpang dari protokol etik penelitian ini, harus sudah dilaporkan kepada kami untuk memperoleh pertimbangan dan persetujuan;
- 2) Setiap kejadian yang tidak diharapkan, yang timbul dari pelaksanaan penelitian ini harus segera dilaporkan kepada kami
- 3) Peneliti bersedia untuk sewaktu-waktu memperoleh pemantauan pelaksanaan penelitian
- 4) Para pihak terkait dapat menyampaikan aduan terkait dengan pelaksanaan penelitian ini kepada kami melalui e-mail, maupun nomor telepon kami
- 5) Peneliti harus memasukkan laporan tahunan, atau laporan akhir (berupa ringkasan) jika penelitian tidak melebihi 1 (satu) tahun.



Lampiran 5

PENJELASAN MENGENAI PENELITIAN (*Information For Consent*)

Kepada Yth.
Calon Responden Penelitian
Di Puskesmas Perak Timur
Surabaya

Saya adalah mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan mengadakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui **“Analisa Faktor Keluarga yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya”**

Partisipasi saudara dalam penelitian ini akan bermanfaat bagi peneliti dan membawa dampak positif dalam meningkatkan riwayat dan tahap perkembangan, peran dan fungsi, stres dan coping, dan data lingkungan. Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang anda berikan sesuai dengan yang terjadi pada saudara sendiri tanpa ada pengaruh atau paksaan dari orang lain.

Dalam penelitian ini partisipasi saudara bersifat bebas artinya saudara ikut atau tidak ikut tidak ada sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi responden silahkan untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Informasi atau keterangan yang saudara berikan akan dijamin kerahasiannya dan akan digunakan untuk kepentingan ini saja. Apabila penelitian ini telah selesai, pernyataan saudara akan kami hanguskan.

Yang Menjelaskan

Yang Dijelaskan

Riza Agustin
NIM 141.0086

.....

Lampiran 6

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama:

Nama : Riza Agustin

NIM : 141.0086

Yang berjudul **“Analisa Faktor Keluarga Yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya”**.

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa catatan tentang penelitian ini dijamin kerahasiannya.Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk pengolahan data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian yang berjudul **“Analisa Faktor Keluarga Yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Penderita TB Paru di Wilayah Surabaya”**akan bermanfaat bagi saya dalam menjalani perawatan.

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini.

Surabaya, Mei 2018

Peneliti

Responden

Riza Agustin
NIM 141.0086

.....

Saksi Peneliti

Saksi Responden

Lampiran 7

LEMBAR KUESIONER
ANALISA FAKTOR KELUARGA YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KUALITAS HIDUP PENDERITA TB PARU DI WILAYAH
SURABAYA

Nomor kode responden :

Tanggal pengisian :

Petunjuk pengisian:

1. Lembar diisi oleh responden
 2. Berikan tanda check list (√) pada kotak yang telah disediakan Untuk
 3. Kolom kode tetap dibiarkan kosong
 4. Apabila kurang jelas saudara berhak bertanya pada peneliti
 5. Mohon diteliti ulang agar tidak ada pertanyaan yang terlewatkan
 6. Data yang dikumpulkan akan dijaga kerahasiaannya semata-mata kepentingan penelitian.
-

A. DATA DEMOGRAFI

1. Nama :
2. Umur :Tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-laki
 Perempuan
4. Bahasa Sehari-hari : Jawa
 Indonesia
 Lainnya
5. Status Perkawinan: Belum Menikah
 Menikah
 Duda
 Janda

B. TIPE KELUARGA

1. Tipe Keluarga Tradisional, jika iya pilih salah satu kategori dibawah ini
- Keluarga pasangan suami istri bekerja
 - Keluarga tanpa anak
 - Keluarga tidak tinggal 1 rumah karna suami/istri tugas
 - Keluarga baru, dengan menikah lagi >1 kali

- Keluarga yang tinggal 1 rumah, terdiri dari orang tua & keturunannya yang sudah memiliki keluarga
- Keluarga dengan Orang Tua Tunggal
2. Tipe Keluarga Non tradisional, jika iya pilih salah satu kategori dibawah ini
- Keluarga yang tinggal 1 rumah terdiri dari 2 keluarga kecil/ lebih
- Keluarga terdiri dari ibu & anak, tidak ada perkawinan dan anak dari hasil adopsi
- Keluarga yang terdiri dari 2 orang tua atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin
- Keluarga terdiri dari anak-anak/ orang-orang dewasa yang tinggal bersama-sama didalam panti

C. SOSIAL EKONOMI KELUARGA

1. Pendidikan Terakhir : Tidak Sekolah
 SD
 SMP
 SMA
 Perguruan Tinggi
2. Pekerjaan : Buruh pabrik/swasta
 TNI/POLRI
 PNS
 Purnawirawan
 Wiraswasta
 Lainnya
3. Sosial Ekonomi/ Pendapatan/bln : < Rp. 1.000.000,-
 Rp. 2.000.000- 3.000.000,-
 >Rp. 3.000.000,-
4. Kepemilikan Rumah: Milik sendiri
 Sewa/ Kontrak

D. TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

- Tahap 1: Keluarga pemula/ pasangan baru menikah
- Tahap 2: Keluarga sedang mengasuh anak
- Tahap 3: Keluarga dengan anak usia prasekolah
- Tahap 4: Keluarga dengan anak usia sekolah
- Tahap 5: Keluarga dengan anak remaja
- Tahap 6: Keluarga melepaskan anak dewasa muda
- Tahap 7: Keluarga dengan orang tua usia pertengahan
- Tahap 8: Keluarga dalam masa pensiun/ lansia

E. STRES DAN KOPING KELUARGA

NO	PERNYATAAN	SELAMA 12 BULAN TERAKHIR		
		YA	TIDAK	SKOR
	Masalah Dalam Keluarga			
1	Suami/ayah pergi meninggalkan keluarga dalam waktu yang lama			46
2	Istri/ibu pergi meninggalkan keluarga dalam waktu yang lama			51
3	Seorang anggota keluarga memiliki masalah emosional			58
4	Seorang anggota keluarga bergantung pada obat-obatan alkohol			66
5	Meningkatkan konflik antara suami dan istri			53
6	meningkatnya argumentasi antara orang tua dan anak-anak			45
7	Meningkatnya konflik antara anak-anak di dalam keluarga			48
8	Meningkat konflik yang terjadi pada anak-anak remaja			55
9	Meningkatnya masalah dalam mengasuh anak usia sekolah (6-12 tahun)			39
10	Meningkatnya masalah dalam mengasuh anak usia prasekolah (2, 5-6 tahun)			36
11	Meningkat masalah dalam mengasuh anak balita (1-2, 5 tahun)			36
12	Meningkat masalah dalam mengasuh bayi (0-1 thn)			35
13	Meningkatnya keterlibatan anak pada aktivitas di luar rumah			25
14	Meningkatnya ketidaksetujuan tentang tujuan atau kegiatan anggota			35
15	Meningkatnya masalah-masalah yang tidak terselesaikan			45
16	Meningkatnya jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan			35
17	Meningkatnya konflik/ masalah dengan keluarga mertua			40
	Pernikahan			

18	Adanya perceraian			79
19	Pasangan memiliki seorang selingkuh			68
20	Kesulitan dalam menyelesaikan masalah dengan mantan suami/istri			47
21	Adanya gangguan hubungan seksual antara suami dan istri			58
	Kehamilan			
22	kesulitan dalam mendapatkan keturunan			45
23	Seorang dari anggota keluarga yang hamil di luar nikah			65
24	Seorang anggota keluarga pernah melakukan aborsi			50
25	Ada anggota keluarga yang mengadopsi anak			50
	Keuangan Dan Bisnis			
26	Mengambil pinjaman untuk menutupi kebutuhan			29
27	Untuk kesejahteraan			55
28	Perubahan kondisi (ekonomi dan politik) yang mengganggu perekonomian keluarga			41
29	Perubahan dalam pertanian, stok barang, nilai tanah yang mempengaruhi pendapatan dan perekonomian keluarga			43
30	Seorang anggota keluarga memulai bisnis baru			50
31	Sedang Membangun atau membeli rumah			41
32	Seorang anggota keluarga membeli mobil			19
33	Meningkatnya hutang karena penggunaan kartu kredit terlalu banyak			31
34	Peningkatan biaya / uang untuk biaya kesehatan			23
35	Peningkatan biaya kebutuhan seperti untuk makanan, minuman, pakaian, energi dan perawatan			21
36	Peningkatan biaya untuk keperluan pendidikan anggota keluarga			22
37	Tidak adanya dukungan keuangan dari anak atau keluarga			41
	Pekerjaan			
38	Seorang anggota keluarga pindah pekerjaan			40
39	Seorang anggota keluarga kehilangan pekerjaan			55
40	Adanya anggota keluarga yang sudah pension			48
41	Seorang anggota keluarga memulai bekerja setelah cuti			41
42	Seorang anggota berhenti bekerja untuk jangka waktu yang panjang (misalnya, cuti, absen/ mogok)			51
43	Penurunan kepuasan saat bekerja			45
44	Seorang anggota keluarga mengalami konflik dengan orang lain di tempat kerja			32
45	Seorang anggota keluarga dipromosikan ke jabatan yang lebih tinggi			40
46	Keluarga pindah ke rumah baru			43
47	Seorang anak / remaja pindah ke sekolah baru			34
	Kesehatan			
48	Orangtua / pasangan mengalami penyakit serius			44
49	Anak mengalami penyakit serius			35
50	Teman sedang mengalami penyakit serius			44

51	Seorang anggota keluarga mengalami cacat fisik atau sakit kronis			73
52	Mengalami kesulitan dalam merawat anggota keluarga yang sakit atau cacat			58
53	Adanya Anggota keluarga yang dititipkan ke panti jompo			44
54	Memiliki Tanggung jawab untuk memberikan perawatan pada orang tua dari suami / istri			47
55	Tidak memiliki pengalaman dalam merawat anggota keluarga yang sakit/cacat			40
	Kehilangan			
56	Pasangan suami/istri meninggal			96
57	Seorang anggota keluarga meninggal			99
58	Meninggalnya orang tua dari suami/istri			48
59	Meninggalnya salah satu teman dekat			47
60	Adanya anak laki-laki/perempuan yang bercerai			58
61	Seorang anggota keluarga mengakiri hubungan dengan teman dekat/pacar			35
	Transisi Pada Keluarga			
62	Seorang anggota keluarga ada yang menikah			42
63	Anggota keluarga yang meninggalkan rumah untuk tinggal dengan suami/istri			43
64	Adanya anggota keluarga yang sedang menempuh pendidikan di universitas			28
65	Anggota keluarga yang sudah menikah kembali kerumah akibat konflik dengan suami/istri			42
66	Orang tua / pasangan yang sedang mengikuti pelatihan atau sekolah di luar kota dalam waktu yang lama > 1 bulan			38
	Pelanggaran Hukum			
67	Seorang anggota keluarga yang dipenjara akibat kasus hokum			68
68	Seorang anggota ditangkap oleh polisi karna pelanggaran hokum			57
69	Kekerasan fisik atau kekerasan seksual di rumah			75
70	Seorang anggota keluarga meninggalkan rumah dengan alasan yang tidak jelas			61
71	Seorang anggota keluarga dikeluarkan dari sekolah atau diskors			38

Skor Tingkat Stressor

1. Skor 0-207 = Kategori stressor rendah.
2. Skor 208-728 = Kategori stressor sedang.
3. Skor > 728 = Kategori stressor tinggi.

F. RUMAH SEHAT

Nama KK : Kel/ Desa :
 Jumlah Jiwa : Kecamatan :
 Aalamt : Kota :
 Rt/Rw : Provinsi :

I. KEADAAN RUMAH	Bobot= 31	NILAI	HASIL PENILAIAN (Nilai x Bobot)
1. Jendela			
a. Ada, memenuhi syarat		2	
b. Ada, tidak memenuhi syarat		1	
c. Tidak ada		0	
2. Ventilasi			
a. Ada, memenuhi syarat		2	
b. Ada, tidak memenuhi syarat		1	
c. Tidak ada		0	
3. Pencahayaan			
a. Ada, memenuhi syarat		2	
b. Ada, tidak memenuhi syarat		1	
c. Tidak ada		0	
4. Lubang asap dapur			
a. Ada, memenuhi syarat		2	
b. Ada, tidak memenuhi syarat		1	
c. Tidak ada		0	
5. Tidak padat penghuni			
a. Tidak padat penghuni		2	
b. Padat penghuni		0	
6. Kandang terpisah dengan rumah			
a. Terpisah/ tidak ada kandang		3	
b. Tidak terpisah		0	
7. Kontruksi rumah			
a. Permanen		4	
b. Semi permanen		2	
c. Tidak permanen		0	
II. SARANA SANITASI	Bobot= 25		
8. Sarana Air Bersih (SAB)			
a. Ada, memenuhi syarat		4	
b. Ada, tidak memenuhi syarat		2	
c. Tidak ada		0	
9. Jamban			
a. Ada, memenuhi syarat		4	
b. Ada, tidak memenuhi syarat		2	

c. Tidak ada	0	
10. Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL)		
a. Ada, memenuhi syarat	4	
b. Ada, tidak memenuhi syarat	2	
c. Tidak ada	0	
11. Tempat Sampah		
a. Ada, memenuhi syarat	3	
b. Ada, tidak memenuhi syarat	2	
c. Tidak ada	0	
III. PERILAKU PENGHUNI	Bobot= 44	
12. Bebas Jentik		
a. Bebas jentik	2	
b. Ada jentik	0	
13. Bebas Tikus		
a. Bebas tikus	2	
b. Ada tikus	0	
14. Membersihkan rumah dan halaman		
a. Setiap hari	1	
b. Kadang-kadang	0	
15. Memanfaatkan pekarangan		
a. Dimanfaatkan	1	
b. Tidak dimanfaatkan	0	
16. Mmembuang tinja bayi dan balita ke jamban		
b. Kejamban	2	
a. Kesungai, kebun, dll	0	
17. Membuang sampah pada tempat sampah		
a. Ketempat sampah	1	
b. Kesungai, kebun, dll	0	
TOTAL HASIL PENILAIAN		
KEADAAN RUMAH		
NAMA PEMERIKSA		
TANGGAL PEMERIKSAAN		

Skor data lingkungan:

1. Rumah sehat = 1.068-1.200
2. Rumah tidak sehat = < 1.068

G. KUISIONER KUALITAS HIDUP

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup. Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai dan beri tanda (√).

No.	Pertanyaan	Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat Baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?					

No.	Pertanyaan	Sangat tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?					

No.	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam Jumlah Sedang	Sangat Sering	Dalam Jumlah Berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?					

No.	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam Jumlah Sedang	Sangat Sering	Dalam Jumlah Berlebih
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?					
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?					
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?					

7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?					
8.	Secara umum, seberapa aman hidup anda sehari-hari?					
9.	Seberapa sehat lingkungan tempat tinggal anda?					

No.	Pertanyaan	Tidak Sama Sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya Dialami
10.	Apakah anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?					
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?					
12.	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?					
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari					
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang senang/rekreasi?					

No.	Pertanyaan	Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat Baik
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?					

No.	Pertanyaan	Sangat Buruk tidak Memuaskan	Tidak Memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat Memuaskan
16.	Seberapa puasakah anda dengan tidur anda?					
17.	Seberapa puas anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan sehari-hari?					
18.	Seberapa puasakah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?					
19.	Seberapa puasakah anda terhadap diri anda?					
20.	Seberapa puasakah anda dengan hubungan personal atau sosial anda?					
21.	Seberapa puasakah anda dengan kehidupan seksual anda?					
22.	Seberapa puasakah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?					
23.	Seberapa puasakah anda dengan kondisi tempat					

	anda tinggal saat ini?					
24.	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?					
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?					

No.	Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Cukup Sering	Sangat sering	Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti kesepian, putus asa, cemas dan depresi?					

Lampiran 8

Daftar Tabulasi Data Demografi Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya

No.	Usia	Jenis Kelamin	Bahasa Sehari-hari	Status Perkawinan	Tipe Keluarga	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Pendapatan	Kepemilikan Rumah
1	4	1	1	2	2	4	1	2	2
2	6	1	1	2	1	3	1	2	1
3	6	2	1	2	1	4	1	2	1
4	2	2	1	2	1	4	1	1	1
5	6	2	2	2	1	3	6	1	1
6	6	2	1	4	1	3	1	1	1
7	5	2	1	2	1	5	1	1	2
8	4	2	2	4	1	4	6	1	1
9	4	1	1	2	2	2	1	2	2
10	3	1	3	1	1	3	1	1	1
11	3	1	1	2	1	4	1	1	1
12	6	1	3	2	1	4	6	1	1
13	3	2	1	2	1	4	1	2	1
14	3	2	1	2	1	3	1	3	1
15	4	2	1	2	1	3	6	1	2
16	6	2	1	2	1	4	1	1	1
17	6	2	1	2	1	4	1	2	2
18	5	2	1	4	1	3	1	1	1
19	4	2	2	2	1	3	1	2	2
20	5	1	3	2	1	3	1	1	2
21	4	2	2	1	1	3	1	1	1

22	4	2	3	2	2	1	5	2	2
23	4	2	1	2	1	5	6	1	2
24	4	2	2	2	1	4	1	1	1
25	5	2	3	2	1	2	6	1	2
26	6	2	3	2	1	2	6	2	1
27	6	1	3	2	1	4	1	1	2
28	3	1	1	2	1	2	5	2	1
29	2	2	1	2	1	2	1	1	1
30	6	2	2	4	1	4	1	1	1
31	5	2	2	2	2	2	1	2	1
32	5	2	1	2	1	5	6	1	2
33	6	1	1	2	1	2	5	2	2
34	4	1	1	2	1	1	1	2	1
35	6	1	1	2	2	2	5	1	1
36	3	2	1	2	1	1	5	2	2
37	4	1	1	2	1	4	1	1	1
38	3	1	1	2	1	2	6	2	1
39	2	2	2	2	1	1	1	1	1
40	4	1	1	2	1	1	1	1	1
41	6	2	2	2	2	2	5	2	1
42	6	1	3	2	1	4	5	2	1
43	5	1	1	2	1	3	5	1	1
44	5	2	2	2	1	2	1	3	1
45	6	2	2	4	1	2	5	2	1
46	4	2	3	2	1	4	6	1	1
47	4	1	1	2	2	2	5	2	1
48	2	2	1	2	1	5	6	2	2

49	2	1	3	2	1	4	1	1	1
50	5	2	1	2	1	4	1	3	1
51	4	2	1	2	1	3	6	2	1
52	2	2	1	2	1	3	6	1	1
53	2	1	1	2	1	4	1	1	1
54	4	1	1	2	2	1	1	2	1
55	3	2	2	2	1	5	1	3	1
56	4	1	1	1	1	4	1	1	2
57	5	2	3	2	1	4	1	2	1
58	5	1	3	2	1	5	1	3	1
59	4	1	1	2	1	4	6	1	2
60	2	1	2	2	1	4	1	2	1
61	3	1	1	2	1	3	1	3	1
62	4	2	1	2	1	4	1	2	1
63	4	2	1	2	1	4	1	1	2
64	3	1	1	2	1	3	1	1	1
65	3	1	1	2	1	4	1	1	1
66	4	2	3	2	1	4	1	1	1
67	4	2	2	2	1	5	1	2	1
68	5	1	1	2	1	2	1	2	2
69	5	1	1	2	1	2	1	2	2
70	4	2	3	4	1	4	6	2	1
71	3	1	2	2	1	5	1	1	1
72	3	2	1	2	1	5	1	1	2
73	5	1	1	2	1	4	1	1	1

Keterangan:

1. Usia :
 - a. Remaja Awal 12-16 = 1
 - b. Remaja Akhir 17-25 = 2
 - c. Dewasa Awal 26-35 = 3
 - d. Dewasa Akhir 36-45 = 4
 - e. Lansia Awal 46-53 = 5
 - f. Dewasa Akhir 56-65 = 6
2. Jenis Kelamin
 - a. Laki-laki = 1
 - b. Perempuan = 2
3. Bahasa sehari-hari
 - a. Jawa = 1
 - b. Indonesia = 2
 - c. Lainnya = 3
4. Status Perkawinan
 - a. Belum Menikah = 1
 - b. Menikah = 2
 - c. Duda = 3
 - d. Janda = 4
5. Tipe Keluarga
 - a. Tradisional = 1
 - b. Non Tradisional = 2
6. Pendidikan Terakhir
 - a. Tidak Sekolah = 1
 - b. SD = 2
 - c. SMP = 3
 - d. SMA = 4
 - e. Perguruan Tinggi = 5
7. Pekerjaan
 - a. Buruh Pabrik/Swasta = 1
 - b. TNI/POLRI = 2
 - c. PNS = 3
 - d. Purnawirawan = 4
 - e. Wiraswasta = 5
 - f. Lainnya = 6
8. Pendapatan
 - a. < 1.000.000 = 1
 - b. 2.000.000-3.000.000 = 2
 - c. > 3.000.000 = 3
9. Kepemilikan rumah
 - a. Milik Sendiri = 1
 - b. Sewa/Kontrak = 2

Tabulasi Data Tahap Perkembangan Keluarga, Stress & Koping Keluarga, Data Lingkungan, dan Kualitas Hidup di Puskesmas Perak Timur Surabaya

No.	Tahap Perkembangan Keluarga	Stress dan Koping Keluarga	Kode	Data Lingkungan	Kode	Kualitas Hidup	Kode
	1	2		3		4	
1	3	29	1	933	2	89	2
2	7	452	1	642	2	84	2
3	8	85	1	962	2	76	2
4	1	174	1	800	2	84	2
5	1	86	1	972	2	100	2
6	6	46	1	1029	1	69	2
7	7	491	1	800	2	128	2
8	5	191	1	992	2	123	2
9	4	200	2	1116	1	61	1
10	1	412	1	1072	1	75	2
11	1	146	1	1104	1	78	2
12	7	91	1	1079	1	115	2
13	2	197	1	1092	1	85	2
14	4	68	1	1086	1	78	2
15	6	200	1	1099	1	110	2
16	8	114	1	1179	1	97	2
17	8	169	1	1122	1	66	2
18	6	412	1	681	2	80	2
19	4	266	1	1148	1	91	2
20	5	119	1	1122	1	126	2

21	1	36	1	717	2	119	2
22	6	564	2	674	2	48	1
23	4	626	1	674	2	80	2
24	5	152	1	823	2	96	2
25	6	180	2	399	2	50	1
26	8	186	2	1078	1	45	1
27	4	185	1	568	2	87	2
28	6	187	2	736	2	60	1
29	3	68	2	823	2	46	1
30	8	318	1	774	2	117	2
31	5	469	2	512	2	43	1
32	7	89	1	774	2	68	2
33	8	191	2	549	2	45	1
34	4	317	2	675	2	44	1
35	7	77	2	1085	1	44	1
36	5	193	2	823	2	43	1
37	6	195	1	424	2	79	2
38	2	160	2	886	2	42	1
39	2	239	2	898	2	49	1
40	5	155	2	886	2	45	1
41	8	153	2	648	2	48	1
42	7	194	1	642	2	115	2
43	8	112	1	512	2	85	2
44	7	182	2	1116	1	48	1
45	8	253	2	424	2	46	1
46	5	239	1	380	2	97	2
47	7	209	2	349	2	56	1

48	4	154	1	452	2	119	2
49	6	204	1	642	2	79	2
50	5	102	1	561	2	74	2
51	4	151	1	393	2	73	2
52	4	129	1	424	2	73	2
53	4	86	1	299	2	106	2
54	5	73	2	962	2	58	1
55	3	110	1	800	2	71	2
56	5	109	1	1016	2	87	2
57	7	194	1	512	2	107	2
58	4	97	1	424	2	11	2
59	5	169	1	1098	1	86	2
60	1	184	1	1116	1	108	2
61	4	101	1	1016	1	90	2
62	6	72	1	1116	1	82	2
63	8	105	1	1086	1	126	2
64	5	144	1	1098	1	126	2
65	6	491	2	1148	1	107	2
66	4	73	1	747	2	77	2
67	4	169	1	642	2	130	2
68	5	70	2	1148	1	53	1
69	7	364	2	1136	1	60	1
70	6	187	1	1148	1	113	2
71	6	172	1	1086	1	114	2
72	3	203	1	1104	1	97	2
73	3	536	1	1116	1	76	2

Keterangan:

1. Tahap perkembangan keluarga
 - a. Tahap 1 Keluarga pemula/ pasangan baru menikah = 1
 - b. Tahap 2 Keluarga sedang mengasuh anak = 2
 - c. Tahap 3 Keluarga dengan ana usia prasekolah = 3
 - d. Tahap 4 Keluarga dengan anak usia sekolah = 4
 - e. Tahap 5 Keluarga dengan anak remaja = 5
 - f. Tahap 6 Keluarga melepaskan anak dewasa muda = 6
 - g. Tahap 7 Keluarga dengan orang tua usia pertengahan = 7
 - h. Tahap 8 Keluarga dengan masa pensiun/ lansia = 8

2. Stress dan Koping
 - a. 0 – 207 : Stressor Rendah = 1
 - b. 208 – 725 : Stressor Sedang = 2
 - c. >728 : Stressor Tinggi = 3

3. Data Lingkungan
 - a. Rumah Sehat : 1.068 – 1.200 = 1
 - b. Rumah tidak Sehat : < 1.068 = 2

4. Kualitas Hidup
 - a. 0 - 65 : Kurang = 1
 - b. 66 - 130 : Baik = 2

Tabulasi Data Stress dan Koping Keluarga di Puskesmas Perak Timur Surabaya

Skor Pertanyaan Stress dan Koping Keluarga																																				
No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34		
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	0	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	0	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	0	0	0	0	0	41	0	0	0	0	0	0	
6	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
8	0	0	0	0	0	0	48	0	39	0	0	0	0	0	0	0	0	79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	48	55	39	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55	0	0	0	0	0	0	0	
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	55	0	0	0	0	0	0	0	0	23
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
15	0	0	0	66	0	0	0	0	0	0	0	0	25	35	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	41	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41	0	0	0	0	0	0	0	0
18	46	0	0	0	0	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0	0	48	0	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	45	0	0	0	0	0	41	0	50	0	0	0	0	23
23	0	0	0	0	0	45	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	68	0	0	45	0	0	0	0	0	41	0	50	0	0	0	0	23	

No.	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	total	Ket	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	R	
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	184	R
3	0	0	0	0	0	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	85	R
4	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	0	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	0	0	0	0	0	0	174	R	
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	86	R	
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	R	
7	0	0	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44	0	0	0	0	0	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	491	S	
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	191	R	
9	0	22	0	0	0	45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	R	
10	0	0	0	0	55	0	0	0	0	32	0	0	0	0	0	0	0	0	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	412	S	
11	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	146	R	
12	0	0	0	0	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	91	R	
13	21	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	197	R	
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	68	R	
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	200	R	
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	114	R	
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	0	0	0	0	0	0	0	0	169	R	
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0	0	0	0	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	412	S	
19	0	0	0	0	0	48	0	0	0	0	0	43	0	0	0	0	0	0	47	0	0	99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	266	S	
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	119	R	
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	R	
22	0	0	0	0	0	0	0	51	0	0	0	43	34	44	0	0	0	0	47	0	0	99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	564	S
23	0	0	0	0	0	0	0	51	0	0	0	43	34	44	35	0	0	0	0	0	0	99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	626	S
24	0	22	0	0	0	0	48	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38	311	R	
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32	0	0	0	44	35	0	0	0	0	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38	353	S	
26	0	22	0	0	0	48	0	0	0	32	0	43	34	0	0	0	0	0	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	0	0	0	0	0	0	0	186	R		

27	21	0	0	0	0	0	0	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	185	R				
28	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	187	R			
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	244	S			
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	168	R		
31	0	22	0	0	0	0	0	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	47	0	0	99	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	469	S		
32	0	22	0	0	0	0	0	0	32	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89	R	
33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	191	R	
34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	317	S	
35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	77	R	
36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	362	S	
37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	195	R	
38	0	0	0	0	0	0	0	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61	0	160	R
39	0	22	0	0	0	48	41	0	45	32	0	0	0	44	0	0	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	239	S	
40	21	0	0	0	0	48	41	0	45	32	0	0	0	35	0	0	0	0	47	0	0	99	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	368	S	
41	21	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38	575	S		
42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61	0	194	R	
43	0	0	0	0	0	0	0	0	32	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	112	R	
44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	182	R	
45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	253	S
46	0	0	0	0	0	0	0	0	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	239	S
47	21	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	209	S		
48	0	0	0	0	0	0	0	0	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	493	S	
49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34		35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	273	S	
50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	102	R	
51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	151	R	
52	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	73	R	
53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	110	R
54	0	0	0	0	0	0	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	371	S

Tabulasi Data Lingkungan di Puskesmas Perak Surabaya

Skor Pertanyaan Data Lingkungan Keluarga																			
No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Total	Ket
1	62	62	62	62	62	93	124	100	50	50	75	0	0	44	44	0	44	933	tidak sehat
2	31	31	31	0	62	93	62	50	50	50	50	88	0	44	0	0	0	642	tidak sehat
3	31	31	31	0	62	0	124	100	100	100	75	88	88	0	0	88	44	962	tidak sehat
4	31	0	0	31	0	62	62	100	100	100	50	88	0	44	0	88	44	800	tidak sehat
5	62	62	62	62	62	93	124	50	50	50	75	0	0	44	44	88	44	972	tidak sehat
6	62	62	62	31	31	93	124	50	100	100	50	88	0	44	0	88	44	1029	tidak sehat
7	0	0	31	0	0	93	62	100	100	100	50	88	0	44	0	88	44	800	tidak sehat
8	62	62	62	0	0	93	124	50	100	100	75	88	0	44	0	88	44	992	tidak sehat
9	62	62	62	62	62	93	124	50	100	100	75	88	0	44	0	88	44	1116	Sehat
10	62	62	62	62	62	93	124	50	100	100	75	0	0	44	44	88	44	1072	sehat
11	62	62	62	62	62	93	62	100	100	100	75	0	88	44	44	88	44	1104	sehat
12	62	62	62	62	0	93	124	100	100	100	50	44	0	44	44	88	44	1079	sehat
13	31	62	62	62	62	93	124	100	100	100	75	88	0	44	44	0	44	1092	sehat
14	62	62	62	62	62	93	62	100	100	100	75	88	0	44	44	88	44	1086	sehat
15	62	62	31	62	0	93	62	100	100	100	75	88	88	0	44	88	44	1099	sehat
16	62	62	62	62	31	93	124	100	100	100	75	0	88	44	44	88	44	1179	sehat
17	62	62	62	62	62	93	124	100	100	100	75	0	0	44	44	88	44	1122	sehat
18	0	0	0	0	62	93	62	50	50	50	50	0	88	44	0	88	44	681	tidak sehat
19	62	62	62	62	0	93	124	100	100	100	75	0	88	44	44	88	44	1148	sehat
20	62	62	62	62	62	93	124	100	100	100	75	0	0	44	44	88	44	1122	Sehat
21	31	31	31	0	0	93	124	100	100	0	75	0	0	0	0	88	44	717	tidak sehat
22	31	31	31	0	0	93	62	50	100	50	50	0	0	44	0	88	44	674	tidak sehat
23	31	31	31	0	0	93	62	50	100	50	50	0	0	44	0	88	44	674	tidak sehat

24	31	31	62	31	0	93	124	100	100	0	75	0	0	44	0	88	44	823	tidak sehat
25	0	31	31	0	0	93	0	50	50	50	50	0	0	0	0	0	44	399	tidak sehat
26	62	62	62	62	62	93	124	100	100	100	75	0	0	44	44	44	44	1078	Sehat
27	0	0	31	0	0	93	62	50	50	50	50	50	0	0	0	88	44	568	tidak sehat
28	31	31	31	0	62	93	62	50	100	50	50	0	0	44	0	88	44	736	tidak sehat
29	31	31	62	31	0	93	124	100	100	0	75	0	0	44	0	88	44	823	Tidak sehat
30	31	31	0	0	0	93	124	50	50	100	75	0	0	44	44	88	44	774	tidak sehat
31	0	0	0	0	0	93	62	100	50	0	75	0	0	0	0	88	44	512	Tidak sehat
32	31	31	0	0	0	93	124	50	50	100	75	0	0	44	44	88	44	774	tidak sehat
33	0	31	31	0	0	93	62	50	50	50	50	0	0	0	0	88	44	549	tidak sehat
34	31	31	0	62	0	93	124	50	50	100	50	0	0	0	0	88	44	675	tidak sehat
35	62	62	62	62	31	93	124	50	100	100	75	88	0	44	44	88	0	1085	Sehat
36	31	31	62	31	0	93	124	100	100	0	75	0	0	44	0	88	44	823	tidak sehat
37	31	0	0	0	0	93	62	50	50	0	50	0	0	0	0	44	44	424	Tidak Sehat
38	31	0	31	0	62	93	124	50	100	100	75	0	0	44	44	88	44	886	Tidak Sehat
39	31	31	31	31	62	93	124	50	100	50	75	0	0	44	44	88	44	898	Tidak Sehat
40	31	0	31	0	62	93	124	50	100	100	75	0	0	44	44	88	44	886	Tidak Sehat
41	31	31	31	0	62	93	62	50	100	50	50	0	0	0	44	88	44	648	Tidak sehat
42	31	31	31	0	62	93	62	50	50	50	50	88	0	44	0	0	0	642	Tidak sehat
43	0	0	0	0	0	93	62	100	50	0	75	0	0	0	0	88	44	512	tidak sehat
44	62	62	62	62	62	93	124	50	100	100	75	88	0	44	44	88	0	1116	Sehat
45	31	0	0	0	0	93	62	50	50	0	50	0	0	0	0	44	44	424	tidak sehat
46	0	31	31	0	0	62	62	50	50	0	50	0	0	0	0	0	44	380	tidak sehat
47	0	0	0	0	0	93	62	100	50	0	0	0	0	0	0	0	44	349	tidak sehat
48	0	0	31	0	0	93	62	59	50	0	25	0	0	0	0	88	44	452	tidak sehat
49	31	31	31	0	62	93	62	50	50	50	50	88	0	44	0	0	0	642	Tidak Sehat
50	31	31	31	31	0	93	62	50	50	0	50	0	0	44	0	44	44	561	Tidak Sehat

51	0	0	0	0	0	93	62	0	50	50	50	0	0	44	0	0	44	393	tidak sehat
52	31	0	0	0	0	93	62	50	50	0	50	0	0	0	0	44	44	424	Tidak Sehat
53	62	62	62	31	31	93	62	100	100	100	75	0	0	0	0	88	44	299	Tidak Sehat
54	31	31	31	0	62	0	124	100	100	100	75	88	88	0	0	88	44	962	tidak sehat
55	31	0	0	31	0	62	62	100	100	100	50	88	0	44	0	88	44	800	tidak sehat
56	62	62	62	62	62	93	62	100	100	100	75	0	0	44	0	88	44	1016	tidak sehat
57	0	0	0	0	0	93	62	100	50	0	75	0	0	0	0	88	44	512	tidak sehat
58	31	0	0	0	0	93	62	50	50	0	50	0	0	0	0	44	44	424	tidak sehat
59	31	62	62	62	31	93	124	50	100	100	75	88	0	44	44	88	44	1098	Sehat
60	62	62	62	62	62	93	124	50	100	100	75	88	0	44	0	88	44	1116	Sehat
61	62	62	62	62	62	93	62	100	100	100	75	0	0	44	0	88	44	1016	Sehat
62	62	62	62	62	62	93	124	50	100	100	75	88	0	44	0	88	44	1116	sehat
63	62	62	62	62	0	93	62	100	100	100	75	88	0	44	44	88	44	1086	sehat
64	62	62	62	62	0	93	124	100	50	100	75	88	0	44	44	88	44	1098	sehat
65	62	62	62	62	0	93	124	100	100	100	75	88	0	44	44	88	44	1148	sehat
66	31	31	31	0	62	0	124	100	100	100	75	44	0	0	0	0	44	747	Tidak Sehat
67	31	31	31	0	62	93	62	50	50	50	50	88	0	44	0	0	0	642	Tidak Sehat
68	62	62	62	62	0	93	124	100	100	100	75	88	0	44	44	88	44	1148	sehat
69	62	62	62	62	0	93	124	50	100	50	75	88	88	44	44	88	44	1136	sehat
70	62	62	62	62	0	93	124	100	100	100	75	0	88	44	44	88	44	1148	sehat
71	61	62	62	31	62	93	124	50	100	100	75	88	0	44	0	88	44	1086	sehat
72	31	31	62	62	62	93	124	100	100	100	75	88	0	44	0	88	44	1104	sehat
73	62	62	62	62	62	93	124	50	100	100	75	88	0	44	0	88	44	1116	sehat

Keterangan:

Skor pada lembar observasi data lingkungan

1. Pertanyaan no. 1 – 7 Keadaan rumah (hasil penilaian x bobot 31)
2. Pertanyaan no 8 – 11 Sarana Sanitasi (hasil penilaian x bobot 25)
3. Pertanyaan 12 – 17 Perilaku Peghuni (hasil penilaian x bobot 44)

Skor data lingkungan

1. 1.068 – 1.200 : Rumah Sehat = 1
2. < 1.068 : Rumah Tidak Sehat = 2

Tabulasi Kualitas Hidup Penderita TB paru di Puskesmas Perak Timur Surabaya

Skor Pertanyaan Kualitas Hidup																													
No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	Total	Ket	
1	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	4	89	Kualits Hidup Baik	
2	4	3	2	2	3	4	4	4	5	4	4	2	3	3	2	4	3	3	2	3	4	5	4	3	2	2	84	Kualits Hidup Baik	
3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	5	2	4	3	3	2	76	Kualits Hidup Baik	
4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	4	2	3	3	4	4	3	4	2	2	3	2	84	Kualits Hidup Baik	
5	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	5	3	3	4	4	5	3	5	5	4	5	3	100	Kualits Hidup Baik	
6	2	4	3	4	2	3	3	4	2	2	2	4	2	1	1	2	2	3	3	4	5	3	2	1	2	3	69	Kualits Hidup Baik	
7	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	128	Kualits Hidup Baik
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	5	5	5	123	Kualits Hidup Baik
9	1	2	3	3	2	1	2	2	2	2	3	3	5	5	2	3	3	2	2	2	3	2	1	1	1	3	61	Kualits Hidup Baik	
10	4	1	2	2	2	3	3	2	4	2	2	4	5	3	3	2	1	4	5	3	3	2	2	3	5	3	75	Kualits Hidup Baik	
11	5	1	2	3	5	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	78	Kualits Hidup Baik	
12	4	5	3	5	5	5	5	5	3	5	3	5	5	5	4	3	5	4	4	5	5	3	4	5	5	5	115	Kualits Hidup Baik	
13	5	2	3	5	1	5	4	2	5	2	3	2	3	4	4	5	2	3	3	3	2	2	5	2	3	5	85	Kualits Hidup Baik	
14	4	4	3	1	3	3	2	1	1	3	3	3	3	5	3	5	5	3	2	3	3	3	4	3	3	2	78	Kualits Hidup Baik	
15	5	4	5	4	4	5	4	3	4	5	5	4	3	3	5	5	4	5	3	5	4	4	3	4	5	5	110	Kualits Hidup Baik	
16	4	4	3	3	5	4	3	5	3	4	5	3	4	5	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	3	97	Kualits Hidup Baik	
17	3	4	3	2	2	3	3	1	1	4	2	3	3	3	3	2	3	1	1	3	3	2	2	4	2	3	66	Kualits Hidup Baik	
18	3	4	2	1	2	4	2	3	3	5	1	2	4	4	5	3	3	3	4	5	3	5	2	3	1	3	80	Kualits Hidup Baik	
19	5	5	1	3	5	5	4	3	4	3	4	3	4	5	5	2	2	5	3	3	3	3	5	3	2	1	91	Kualits Hidup Baik	
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	126	Kualits Hidup Baik	

21	4	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4	119	Kualits Hidup Baik
22	1	3	2	1	1	3	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	48	Kualitas Hidup Kurang
23	2	5	3	3	4	3	5	4	3	4	3	2	5	3	2	4	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	80	Kualits Hidup Baik
24	3	5	5	5	4	4	3	4	4	3	2	3	3	4	3	4	5	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	96	Kualits Hidup Baik
25	3	2	2	2	3	3	1	1	1	3	1	2	1	3	1	2	3	1	1	1	3	1	2	2	2	2	3	50	Kualitas Hidup Kurang
26	1	1	2	1	3	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	3	2	2	3	2	1	1	2	3	2	1	45	Kualitas Hidup Kurang	
27	3	3	3	5	4	5	5	3	3	3	3	3	3	4	2	2	2	2	2	3	3	5	3	4	5	4	87	Kualits Hidup Baik	
28	2	3	1	2	1	1	3	1	2	1	2	3	1	2	2	2	2	2	3	2	3	1	1	1	2	4	50	Kualitas Hidup Kurang	
29	1	1	2	1	2	3	1	3	1	2	2	2	2	4	1	3	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	46	Kualitas Hidup Kurang	
30	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	5	4	4	3	5	5	4	5	5	117	Kualits Hidup Baik	
31	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	2	3	1	3	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	43	Kualitas Hidup Kurang
32	3	2	2	1	1	3	3	3	3	4	3	2	2	2	2	2	5	2	3	5	3	1	3	3	4	1	68	Kualits Hidup Baik	
33	2	3	2	2	1	1	2	2	2	1	2	3	3	2	2	2	1	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	49	Kualitas Hidup Kurang
34	1	1	1	3	1	2	2	2	3		4	3	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	44	Kualitas Hidup Kurang	
35	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3	3	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	3	44	Kualitas Hidup Kurang	
36	1	1	1	1	3	1	3	1	2	1	3	1	3	1	2	1	2	2	1	1	3	1	1	2	2	2	43	Kualitas Hidup Kurang	
37	3	2	2	2	3	4	4	4	5	3	1	2	4	1	4	4	3	3	3	3	3	4	5	2	4	1	79	Kualits Hidup Baik	
38	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	3	1	1	1	1	1	2	3	3	1	2	1	1	2	3	1	42	Kualitas Hidup Kurang	
39	1	2	2	3	2	4	2	1	4	2	2	2	2	1	2	3	3	1	1	1	1	3	1	1	1	1	49	Kualitas Hidup Kurang	
40	2	2	1	3	1	3	1	4	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	45	Kualitas Hidup Kurang	
41	1	2	3	1	2	3	3	4	2	1	1	1	1	1	2	2	2	4	3	2	1	2	1	1	1	1	48	Kualitas Hidup Kurang	
42	4	3	3	4	4	5	5	4	5	4	3	4	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	115	Kualits Hidup Baik
43	3	2	3	5	2	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	5	5	85	Kualits Hidup Baik	
44	1	2	2	1	1	1	1	3	1	2	2	4	1	1	3	2	2	3	1	3	3	1	2	2	2	1	48	Kualitas Hidup Kurang	
45	1	2	3	1	1	1	1	2	3	3	4	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	46	Kualitas Hidup Kurang	

46	3	5	3	2	4	4	4	4	4	4	2	5	5	5	5	3	3	4	3	4	2	4	4	4	3	4	97	Kualits Hidup Baik	
47	1	1	2	2	1	2	3	3	3	3	3	4	3	3	2	2	2	3	2	2	1	1	2	1	1	3	56	Kualits Hidup Baik	
48	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	5	3	5	3	5	4	4	5	3	5	4	5	5	4	119	Kualits Hidup Baik	
49	1	1	4	3	3	1	2	1	5	2	4	3	5	4	5	3	2	4	5	4	2	4	4	4	2	1	79	Kualits Hidup Baik	
50	4	4	3	3	4	2	3	1	5	1	2	3	3	2	2	3	3	4	1	1	3	4	4	3	2	4	74	Kualits Hidup Baik	
51	3	1	3	1	1	1	2	2	4	4	4	4	5	4	2	3	2	4	4	1	3	3	2	3	2	3	73	Kualits Hidup Baik	
52	4	4	2	3	5	5	2	3	5	3	3	3	2	4	2	2	3	2	2	2	1	1	1	4	2	4	73	Kualits Hidup Baik	
53	4	2	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	3	2	4	5	106	Kualits Hidup Baik	
54	4	2	4	2	4	2	2	2	1	3	2	1	1	2	4	1	1	4	3	1	2	2	2	1	2	3	58	Kualits Hidup Baik	
55	1	2	1	2	2	3	4	3	1	1	4	3	3	1	5	1	4	3	4	3	5	5	2	2	1	3	71	Kualits Hidup Baik	
56	4	4	3	3	4	4	4	4	4	2	1	4	5	3	3	3	3	4	2	5	4	2	4	2	5	1	87	Kualits Hidup Baik	
57	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	5	4	4	4	107	Kualits Hidup Baik
58	4	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	111	Kualits Hidup Baik	
59	5	5	3	3	5	4	5	4	4	5	3	4	5	2	4	2	3	2	1	4	3	1	4	2	2	3	86	Kualits Hidup Baik	
60	4	4	3	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	108	Kualits Hidup Baik	
61	3	4	2	3	5	5	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	5	4	4	3	2	2	2	3	90	Kualits Hidup Baik	
62	4	5	3	3	5	5	4	4	4	2	3	2	4	4	2	3	4	3	3	1	1	4	2	2	2	3	82	Kualits Hidup Baik	
63	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	126	Kualits Hidup Baik	
64	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	126	Kualits Hidup Baik
65	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	5	3	5	4	5	3	5	1	1	4	2	5	2	5	5	107	Kualits Hidup Baik	
66	2	3	3	2	4	4	5	3	3	3	3	3	2	4	4	3	5	3	2	2	2	2	2	3	2	3	77	Kualits Hidup Baik	
67	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	130	Kualits Hidup Baik
68	5	2	2	2	2	1	1	5	1	1	2	1	1	1	3	1	1	3	3	1	3	2	3	1	2	3	53	Kualits Hidup Baik	
69	3	2	2	3	1	4	2	2	3	1	1	2	4	1	3	3	3	4	3	3	4	2	1	1	1	1	60	Kualits Hidup Baik	
70	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	2	2	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	113	Kualits Hidup Baik	
71	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	2	2	5	5	5	4	4	5	2	114	Kualits Hidup Baik	

72	5	3	3	3	4	3	4	4	4	5	5	5	5	3	4	3	4	3	2	5	4	3	3	3	3	4	97	Kualits Hidup Baik
73	3	5	2	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	2	2	5	3	1	1	2	3	3	1	1	2	76	Kualits Hidup Baik

Keterangan:

1. Pertanyaan no. 1

Sangat Buruk : 1
 Buruk : 2
 Biasa-biasa saja : 3
 Baik : 4
 Sangat Baik : 5

2. Pertanyaan no.2

Sangat tidak memuaskan : 1
 Tidak memuaskan : 2
 Biasa-biasa saja : 3
 Memuaskan : 4
 Sangat Memuaskan : 5

3. Pertanyaan no.3

Tidak sama sekali : 5
 Sedikit : 4
 Dalam jumlah sedang : 3
 Sangat sering : 2
 Dalam jumlah berlebih : 1

4. Pertanyaan no. 4, 5, 6, 7, 8, 9

Tidak sama sekali : 5
 Sedikit : 4
 Dalam jumlah sedang : 3
 Sangat sering : 2
 Dalam jumlah berlebih : 1

5. Pertanyaan no. 10, 11, 12, 13, 14

Sangat Buruk : 1
 Buruk : 2
 Biasa-biasa saja : 3
 Baik : 4
 Sangat Baik : 5

6. Pertanyaan no. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25

Sangat buruk tidak memuaskan : 1
 Tidak memuaskan : 2
 Biasa-biasa saja : 3
 Memuaskan : 4
 Sangat Memuaskan : 5

7. Pertanyaan no. 26

Tidak pernah : 1
 Jarang : 2
 Cukup sering : 3
 Sangat sering : 4
 Selalu : 5

Lampiran 9

FREQUENCY

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 17-25	8	11.0	11.0	11.0
26-35	13	17.8	17.8	28.8
36-45	23	31.5	31.5	60.3
46-55	14	19.2	19.2	79.5
56-65	15	20.5	20.5	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	32	43.8	43.8	43.8
Perempuan	41	56.2	56.2	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Bahasa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Jawa	44	60.3	60.3	60.3
Indonesia	15	20.5	20.5	80.8
Lainnya	14	19.2	19.2	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum Menikah	2	2.7	2.7	2.7
Menikah	65	89.0	89.0	91.8
Janda	6	8.2	8.2	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Tipe Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tradisional	63	86.3	86.3	86.3
Non Tradisional	10	13.7	13.7	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sekolah	6	8.2	8.2	8.2
SD	15	20.5	20.5	28.8
SMP	14	19.2	19.2	47.9
SMA	29	39.7	39.7	87.7
Perguruan Tinggi	9	12.3	12.3	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Swasta	48	65.8	65.8	65.8
Wiraswasta	10	13.7	13.7	79.5
Lainnya	15	20.5	20.5	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Pendapatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 1.000.000	38	52.1	52.1	52.1
2.000.000-3.000.000	29	39.7	39.7	91.8
>3.000.000	6	8.2	8.2	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Kepemilikan Rumah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Milik Sendiri	53	72.6	72.6	72.6
Sewa/Kontrak	20	27.4	27.4	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Tahap Perkembangan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tahap 1	6	8.2	8.2	8.2
Tahap 2	3	4.1	4.1	12.3
Tahap 3	5	6.8	6.8	19.2
Tahap 4	14	19.2	19.2	38.4
Tahap 5	13	17.8	17.8	56.2
Tahap 6	12	16.4	16.4	72.6
Tahap 7	10	13.7	13.7	86.3
Tahap 8	10	13.7	13.7	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Tingkat Stressor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ringan	51	69.9	69.9	69.9
Sedang	22	30.1	30.1	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Data Lingkungan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rumah Sehat	25	34.2	34.2	34.2
Rumah Tidak Sehat	48	65.8	65.8	100.0
Total	73	100.0	100.0	

Kualitas Hidup

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-65	21	28.8	28.8	28.8
66-130	52	71.2	71.2	100.0
Total	73	100.0	100.0	

HASIL CROSSTAB

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tipe Keluarga * Kualitas Hidup	73	100.0%	0	.0%	73	100.0%
Pendidikan * Kualitas Hidup	73	100.0%	0	.0%	73	100.0%
Pekerjaan * Kualitas Hidup	73	100.0%	0	.0%	73	100.0%
Pendapatan * Kualitas Hidup	73	100.0%	0	.0%	73	100.0%
Tahap Perkembangan Keluarga * Kualitas Hidup	73	100.0%	0	.0%	73	100.0%
Tingkat Stressor * Kualitas Hidup	73	100.0%	0	.0%	73	100.0%
Data Lingkungan * Kualitas Hidup	73	100.0%	0	.0%	73	100.0%

TIPE KELUARGA

Crosstab

			KualitasHidup		Total
			1-65	66-130	
Tipe Keluarga	Tradisional	Count	12	51	63
		Expected Count	18.1	44.9	63.0
		% within Tipe Keluarga	19.0%	81.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	57.1%	98.1%	86.3%
	Non Tradisional	Count	9	1	10
		Expected Count	2.9	7.1	10.0
		% within Tipe Keluarga	90.0%	10.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	42.9%	1.9%	13.7%
Total	Count	21	52	73	
	Expected Count	21.0	52.0	73.0	
	% within Tipe Keluarga	28.8%	71.2%	100.0%	
	% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	

PENDIDIKAN

Crosstab

			KualitasHidup		Total
			1-65	66-130	
Pendidikan	Tidak Sekolah	Count	6	0	6
		Expected Count	1.7	4.3	6.0
		% within Pendidikan	100.0%	.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	28.6%	.0%	8.2%
	SD	Count	15	0	15
		Expected Count	4.3	10.7	15.0

	% within Pendidikan	100.0%	.0%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	71.4%	.0%	20.5%
SMP	Count	0	14	14
	Expected Count	4.0	10.0	14.0
	% within Pendidikan	.0%	100.0%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	.0%	26.9%	19.2%
SMA	Count	0	29	29
	Expected Count	8.3	20.7	29.0
	% within Pendidikan	.0%	100.0%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	.0%	55.8%	39.7%
Perguruan Tinggi	Count	0	9	9
	Expected Count	2.6	6.4	9.0
	% within Pendidikan	.0%	100.0%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	.0%	17.3%	12.3%
Total	Count	21	52	73
	Expected Count	21.0	52.0	73.0
	% within Pendidikan	28.8%	71.2%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%

PEKERJAAN

Crosstab

			KualitasHidup		Total
			1-65	66-130	
Pekerjaan	Swasta	Count	10	38	48
		Expected Count	13.8	34.2	48.0
		% within Pekerjaan	20.8%	79.2%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	47.6%	73.1%	65.8%
	Wiraswasta	Count	8	2	10
		Expected Count	2.9	7.1	10.0
		% within Pekerjaan	80.0%	20.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	38.1%	3.8%	13.7%
	Lainnya	Count	3	12	15
		Expected Count	4.3	10.7	15.0
		% within Pekerjaan	20.0%	80.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	14.3%	23.1%	20.5%
Total	Count	21	52	73	
	Expected Count	21.0	52.0	73.0	
	% within Pekerjaan	28.8%	71.2%	100.0%	
	% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	

PENDAPATAN

Crosstab

			KualitasHidup		Total
			1-65	66-130	
Pendapatan	< 1.000.000	Count	5	33	38
		Expected Count	10.9	27.1	38.0
		% within Pendapatan	13.2%	86.8%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	23.8%	63.5%	52.1%
	2.000.000-3.000.000	Count	15	14	29
		Expected Count	8.3	20.7	29.0
		% within Pendapatan	51.7%	48.3%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	71.4%	26.9%	39.7%
	>3.000.000	Count	1	5	6
		Expected Count	1.7	4.3	6.0
		% within Pendapatan	16.7%	83.3%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	4.8%	9.6%	8.2%
Total	Count	21	52	73	
	Expected Count	21.0	52.0	73.0	
	% within Pendapatan	28.8%	71.2%	100.0%	
	% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	

TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA

Crosstab

			KualitasHidup		Total
			1-65	66-130	
Tahap Perkembangan Keluarga	Tahap 1	Count	0	6	6
		Expected Count	1.7	4.3	6.0
		% within Tahap Perkembangan Keluarga	.0%	100.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	.0%	11.5%	8.2%
	Tahap 2	Count	2	1	3
		Expected Count	.9	2.1	3.0
		% within Tahap Perkembangan Keluarga	66.7%	33.3%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	9.5%	1.9%	4.1%
	Tahap 3	Count	1	4	5
		Expected Count	1.4	3.6	5.0
		% within Tahap Perkembangan Keluarga	20.0%	80.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	4.8%	7.7%	6.8%

Tahap 4	Count	2	12	14
	Expected Count	4.0	10.0	14.0
	% within Tahap Perkembangan Keluarga	14.3%	85.7%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	9.5%	23.1%	19.2%
Tahap 5	Count	5	8	13
	Expected Count	3.7	9.3	13.0
	% within Tahap Perkembangan Keluarga	38.5%	61.5%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	23.8%	15.4%	17.8%
Tahap 6	Count	3	9	12
	Expected Count	3.5	8.5	12.0
	% within Tahap Perkembangan Keluarga	25.0%	75.0%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	14.3%	17.3%	16.4%
Tahap 7	Count	4	6	10
	Expected Count	2.9	7.1	10.0
	% within Tahap Perkembangan Keluarga	40.0%	60.0%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	19.0%	11.5%	13.7%
Tahap 8	Count	4	6	10
	Expected Count	2.9	7.1	10.0
	% within Tahap Perkembangan Keluarga	40.0%	60.0%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	19.0%	11.5%	13.7%
Total	Count	21	52	73
	Expected Count	21.0	52.0	73.0
	% within Tahap Perkembangan Keluarga	28.8%	71.2%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%

STRESS DAN KOPING KELUARGA

Crosstab

			KualitasHidup		Total
			1-65	66-130	
Tingkat Stressor	Ringan	Count	0	51	51
		Expected Count	14.7	36.3	51.0
		% within Tingkat Stressor	.0%	100.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	.0%	98.1%	69.9%
	sedang	Count	21	1	22

	Expected Count	6.3	15.7	22.0
	% within Tingkat Stressor	95.5%	4.5%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	100.0%	1.9%	30.1%
Total	Count	21	52	73
	Expected Count	21.0	52.0	73.0
	% within Tingkat Stressor	28.8%	71.2%	100.0%
	% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%

DATA LINGKUNGAN

Crosstab

			KualitasHidup		Total
			1-65	66-130	
Data Lingkungan	Rumah Sehat	Count	1	24	25
		Expected Count	7.2	17.8	25.0
		% within Data Lingkungan	4.0%	96.0%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	4.8%	46.2%	34.2%
	Rumah Tidak Sehat	Count	20	28	48
		Expected Count	13.8	34.2	48.0
		% within Data Lingkungan	41.7%	58.3%	100.0%
		% within Kualitas Hidup	95.2%	53.8%	65.8%
Total	Count	21	52	73	
	Expected Count	21.0	52.0	73.0	
	% within Data Lingkungan	28.8%	71.2%	100.0%	
	% within Kualitas Hidup	100.0%	100.0%	100.0%	

UJI CHI SQUARE

TIPE KELUARGA

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	21.202 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	17.881	1	.000		
Likelihood Ratio	19.755	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	20.911	1	.000		
N of Valid Cases ^b	73				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,88.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.474	.000
N of Valid Cases	73	

PENDIDIKAN

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	73.000 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	87.608	4	.000
Linear-by-Linear Association	52.411	1	.000
N of Valid Cases	73		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,73.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.707	.000
N of Valid Cases	73	

PEKERJAAN**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.846 ^a	2	.001
Likelihood Ratio	13.461	2	.001
Linear-by-Linear Association	2.635	1	.105
N of Valid Cases	73		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,88.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.411	.001
N of Valid Cases	73	

PENDAPATAN**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.405 ^a	2	.002
Likelihood Ratio	12.440	2	.002
Linear-by-Linear Association	4.351	1	.037
N of Valid Cases	73		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,73.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.381	.002
N of Valid Cases	73	

TAHAP PERKEMBANGAN KELUARGA**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.057 ^a	7	.328
Likelihood Ratio	9.562	7	.215
Linear-by-Linear Association	2.154	1	.142
N of Valid Cases	73		

a. 11 cells (68,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,86.

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.315	.328
N of Valid Cases	73	

STRESS DAN KOPING**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	68.342 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	63.763	1	.000		
Likelihood Ratio	79.472	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	67.406	1	.000		
N of Valid Cases ^b	73				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.695	.000
N of Valid Cases	73	

DATA LINGKUNGAN**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.381 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	9.617	1	.002		
Likelihood Ratio	14.008	1	.000		
Fisher's Exact Test				.001	.000
Linear-by-Linear Association	11.225	1	.001		
N of Valid Cases ^b	73				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,19.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	.367	.001
N of Valid Cases	73	