

**HUBUNGAN LAMA RAWAT INAP DENGAN TINGKAT STRES  
KELUARGA PASIEN TUBERKULOSIS DI RUANG 29 RUMAH SAKIT**

**Dr. SAIFUL ANWAR MALANG**

**TUGAS AKHIR**

**Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



**Oleh:**

**Anita Suhermin**

**NIM: 185070209111074**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
2019**

## **TUGAS AKHIR**

### **HUBUNGAN LAMA RAWAT INAP DENGAN TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN TUBERKULOSIS DI RUANG 29 RUMAH SAKIT Dr. SAIFUL ANWAR MALANG**

Oleh:

Anita Suhermin  
NIM. 185070209111074

Telah diuji pada

Hari : Jumat

Tanggal : 20 Desember 2019

Penguji I

Alfrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC)  
NIP.197804042002122001

Penguji II/Pembimbing I

Penguji III/PembimbingII

Dr. Yati Sri Hayati, S.Kp., M.Kes  
NIP.197710052002122002

Ns. Linda Wieke N., S.Kep., M.Kep  
NIP.2013018811292001

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep  
NIP. 198009022006041003

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur hanya bagi Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah memberi nikmat dan berkah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Hubungan Lama Rawat Inap Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis di Ruang 29 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang”.

Dengan selesainya Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Dr. dr. Wisnu Barlianto, MSiMed, SpA(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan studi ilmu keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
2. Dr.dr. Kohar Hari Santoso, Sp.An.,KIC.,KAP selaku Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
3. Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
4. Ns. Alfrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC) selaku Penguji I yang telah memberikan motivasi, memberikan saran, dan arahan yang bermanfaat dalam penyusunan Tugas Akhir ini.
5. Dr. Yati Sri Hayati, S.Kp., M.Kes selaku Penguji II dan Pembimbing Pertama yang telah memberikan bimbingan dengan penuh kesabaran, memberikan motivasi, memberikan ilmu, memberi pengarahan serta saran-saran yang bermanfaat dalam penyusunan Tugas Akhir ini.
6. Ns. Linda Wieke Noviyanti, S.Kep., M.Kep., selaku Penguji II dan Pembimbing Kedua yang telah memberikan bimbingan dengan penuh kesabaran, memberikan motivasi, memberikan ilmu, memberi pengarahan serta saran-saran yang

bermanfaat dalam penyusunan Tugas Akhir ini.

7. Seluruh tim pengelola Tugas Akhir Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang.
8. Bapak Ibu Dosen serta staf yang telah membagikan ilmu dan pengalaman selama penulis menuntut ilmu di Universitas Brawijaya Malang.
9. Seluruh rekan-rekan di Ruang 29 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang telah membantu pelaksanaan penelitian.
10. Teman-teman seperjuangan PSIK B 2018 yang selalu memberi semangat, saran dan masukannya.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam menyusun Tugas Akhir ini jauh dari kesempurnaan baik dari isi maupun sistematika penulisan, oleh karena itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat penulis harapkan.

Akhirnya, semoga Tugas Akhir ini bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Malang, 20 Desember 2019

Anita Suhermin

## ABSTRACT

Suhermin, Anita. 2019. ***The Relationship between Lamaz Inpatient and Family Stress Level Tuberculosis Patients in Room 29 Hospital Dr. Saiful Anwar Malang***. Final Task. Nursing Science Study Program, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya Malang. Mentor: (1) Dr. Yati Sri Hayati, S.Kp., M.Kes (2) Ns. Linda Wieke N. S.Kep., M.Kep.

Pulmonary tuberculosis is a lung infection disease caused by the bacterium *Mycobacterium Tuberculosis*. Tuberculosis treatment in severe conditions requires more intensive care in the hospital. Hospital treatment requires family assistance as a caregiver and also making decisions for patients, because one of the functions of the family is the function of care so that the success of treatment in tuberculosis patients also depends on the family. This study aims to determine the relationship between length of stay inpatient with the stress level of the family of patient Room 29 Hospital Dr. Saiful Anwar Malang, with a cross-sectional research design that is by observing the length of time the patient was treated and giving questionnaires sheet stress levels of families who care for tuberculosis patients while in hospital. The total number of respondents was 38 patients' families who were given a questionnaire using the Simple Random Sampling technique. The results of this study are there is a relationship between the duration of hospitalization with the family stress level of tuberculosis patients in Room 29 of Dr. Hospital. Saiful Anwar Malang ( $p$  value  $<0.001$ ,  $\alpha = 0.05$ ). The longer the patient's stay in tuberculosis, the higher the level of family stress ( $r = 0.561$ ). Suggestions for nurses when new patients arrive in the family inpatient room need to be educated to help do nursing care so that the length of stay is not lengthy, and for further research there needs to be research on the effect of family support on the length of stay of patients.

**Keywords:** Tuberculosis, length of stay, family, level of family stress

## ABSTRAK

Suhermin, Anita. 2019. ***Hubungan Lama Rawat Inap Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis Di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang***. Tugas Akhir. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Pembimbing: (1) Dr. Yati Sri Hayati, S.Kp., M.Kes (2) Ns. Linda Wieke N. S.Kep., M.Kep.

Tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi paru yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Pengobatan Tuberkulosis pada kondisi berat memerlukan perawatan lebih intensif di rumah sakit. Perawatan di rumah sakit memerlukan pendampingan keluarga sebagai pengasuh dan juga mengambil keputusan untuk pasien, karena salah satu fungsi keluarga adalah fungsi perawatan sehingga keberhasilan pengobatan pada pasien tuberkulosis juga bergantung dari keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan lama rawat inap dengan tingkat stres keluarga pasien di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang, dengan desain penelitian *crosssectional* yaitu dengan melakukan observasi lama hari pasien dirawat dan pemberian lembar kuesioner tingkat stres keluarga yang merawat pasien tuberkulosis selama di rumah sakit. Jumlah total responden sebanyak 38 orang keluarga pasien yang dilakukan pemberian kuesioner dengan menggunakan tehnik *Simpel Random Sampling*. Hasil penelitian ini adalah terdapat hubungan antara lama rawat inap dengan tingkat stres keluarga pasien tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang ( $\alpha = 0,05$ ). Semakin lama rawat inap pasien tuberkulosis, maka semakin tinggi tingkat stres keluarga ( $r = 0,561$ ). Saran untuk perawat ketika pasien baru datang diruang rawat inap keluarga perlu di edukasi untuk membantu melakukan asuhan keperawatan sehingga lama hari rawat tidak memanjang, dan untuk peneliti selanjutnya perlu ada penelitian tentang pengaruh dukungan keluarga terhadap lama hari rawat inap pasien.

**Kata Kunci:** Tuberkulosis, lama Rawat Inap, Keluarga, Tingkat Stres Keluarga

## DAFTAR ISI

Judul .....	i
Halaman Pengesahan .....	ii
Kata Pengantar .....	iii
Abstrak .....	v
Abstract .....	vi
Daftar Isi .....	vii
Daftar Gambar .....	x
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Lampiran .....	xii
Daftar Singkatan .....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	6
1.3. Tujuan Penelitian .....	6
1.3.1. Tujuan Umum.....	6
1.3.2. Tujuan khusus.....	6
1.4. Manfaat Penelitian .....	6
1.4.1. Manfaat Akademis .....	6
1.4.2. Manfaat Praktis .....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1. Konsep Tuberkulosis.....	8
2.1.1. Pengertian Tuberkulosis .....	8
2.1.2. Etiologi Tuberkulosis .....	8
2.1.3. Faktor Resiko Tuberkulosis .....	9
2.1.4. Klasifikasi .....	11
2.1.5. Tanda Dan Gejala.....	13
2.1.6. Pemeriksaan Diagnostik .....	15
2.1.7. Diagnosis Tuberkulosis Paru .....	16
2.1.8. Penatalaksanaan .....	17
2.1.9. Komplikasi.....	22
2.1.10. Lama Rawat Inap Tuberkulosis .....	23
2.2. Konsep Keluarga.....	24
2.2.1. Pengertian Keluarga .....	24
2.2.2. Fungsi Keluarga.....	25
2.2.3. Tipe Dan Bentuk Keluarga.....	26
2.2.4. Tahap Dan Perkembangan Keluarga .....	27
2.2.5. Struktur Keluarga .....	28
2.2.6. Stres keluarga .....	30
2.2.7. Faktor Yang Memicu Stres .....	31
2.2.8. Strategi Koping Keluarga .....	32
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....	33
3.1. Kerangka Konsep Penelitian.....	33
3.2. Hipotesa penelitian.....	34
BAB IV METODE PENELITIAN .....	35
4.1. Rancangan Penelitian .....	35

4.2. Populasi Dan sampel .....	35
4.2.1. Populasi .....	35
4.2.2. Sampel .....	35
4.3. Variabel Penelitian .....	37
4.3.1. Variabel Bebas (Independen) .....	37
4.3.2. Variabel Terikat (Dependen).....	37
4.4. Lokasi Dan Waktu penelitian .....	37
4.5. Definisi Operasional .....	38
4.6. Instrumen Penelitian .....	39
4.6.1 Uji Validitas .....	39
4.6.2 Uji Realibilitas.....	40
4.7. Prosedur Penelitian.....	41
4.8. Prosedur Pengumpulan Data.....	41
4.8.1. Sumber Data .....	41
4.8.2. Tehnik Pengumpulan Data .....	42
4.9. Pengolahan Data .....	42
4.9.1. Pengkoreksian (Editing).....	42
4.9.2. Pengkodean (Coding) .....	43
4.9.3. Scoring .....	43
4.9.4. Tabulasi.....	44
4.10. Analisa data.....	44
4.10.1. Univariat .....	44
4.10.2. Bivariat .....	45
4.11. Etika Penelitian.....	45
BAB V HASIL PENELITIAN .....	47
5.1. Analisis Univariat.....	47
5.1.1. Gambaran Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Dan Hubungan dengan Pasien.....	47
5.1.2. Gambaran Karakteristik Lama Hari Rawat Pasien Tuberkulosis Di Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang .....	49
5.1.3. Gambaran Karakteristik Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang .....	49
5.2. Analisis Bivariat.....	50
5.2.1. Tabulasi Silang Antara Lama Hari Rawat Dengan Tingkat stres Keluarga .....	50
5.2.2. Hubungan Antara Lama Hari Rawat Dengan Tingkat Stres Keluarga .....	50
BAB VI PEMBAHASAN.....	52
6.1. Karakteristik Lama Rawat Inap Pasien Tuberkulosis .....	52
6.2. Karakteristik Tingkat Stres Keluarga .....	53
6.3. Hubungan Lama Rawat Inap Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis .....	55
6.4. Implikasi Keperawatan.....	56
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN .....	57
7.1. Kesimpulan .....	57

7.2. Saran.....	57
DAFTAR PUSTAKA.....	59

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Obat Anti Tuberkulosis Lini pertama.....	19
Tabel 2.2 Pengelompokan Obat Anti Tuberkulosis Lini Kedua .....	20
Tabel 2.3 Dosis Panduan OAT Kombipak Kategori 1 .....	22
Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian Lama Rawat Inap Dengan Tingkat Stres Keluarga pasien Tuberkulosis .....	38
Tabel 5.1 Gambaran Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Status Pernikahan, Hubungan Dengan Pasien .....	48
Tabel 5.2 Gambaran Karakteristik Lama Hari Rawat Pasien Tuberkulosis Di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang .....	49
Tabel 5.3 Gambaran Karakteristik Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis Di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang .....	50
Tabel 5.4 Tabulasi Silang Antara Lama Hari Rawat Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien .....	50
Tabel 5.5 Hubungan Antara Lama Hari Rawat Dengan Tingkat Stres Keluarga .....	51

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagan Alur Diagnosis Tuberkulosis Paru .....	18
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Antara Lama Rawat Inap Dengan Stres Keluarga Pada Pasien Dengan Tuberkulosis .....	33
Gambar 4.1 Alur Penelitian .....	41

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pernyataan Keaslian Tulisan .....	64
Lampiran 2 Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian .....	65
Lampiran 3 Pernyataan Kesiapan Menjadi Responden .....	66
Lampiran 4 Kuesioner Penelitian .....	67
Lampiran 5 Hasil Pengujian Validitas Instrumen .....	69
Lampiran 6 Hasil Pengujian Reabilitas Instrumen .....	71
Lampiran 7 Hasil Pengujian Statistik .....	72
Lampiran 8 Curriculum Vitae .....	79
Lampiran 9 Surat Kelayakan Etik.....	80
Lampiran 10 Surat Keterangan Selesai Pengambilan Data .....	81

## DAFTAR SINGKATAN

AIDS	= Acquired Immuno Deficiency Syndrome
AFB	= Acid Fast Bacilli
BCG	= Bacillus Calmette-Guerin
BTA	= Bakteri Tahan Asam
CDC	= Centers For Disease Control And Prevention
CI	= Confidence Interval
Depkes	= Departemen Kesehatan
Dinkes	= Dinas Kesehatan
Dr	= Dokter
HIV	= Human Immuno Deficiency Virus
ICU	= Intensive Care Unit
KCSS	= Kingston Care Giver Stress Scale
Kemendes	= Kementerian Kesehatan
KGB	= Kelenjar Getah Bening
LOS	= Length Of Stay
MDR	= Multi Drug Resisten
n	= Jumlah Sampel
OAT	= Obat Anti Tuberkulosis
PDPI	= Persatuan Dokter Paru Indonesia
r	= Koefisien Korelasi
RHZE	= Rifampicin/Isoniazid/Pirazinamid/Etambutol
RSU	= Rumah Sakit Umum
SDGs	= Sustainability Development Goals
SOP	= Standar Operasional Prosedur
SPS	= Sewaktu pagi Sewaktu
SPSS	= Statistical Product And Service Solutions
TBC	= Tuberkulosis
UMR	= Upah Minimum Regional
WHO	= World Health Organisation
Z $\alpha$	= Deviat Baku Alfa
Z $\beta$	= Deviat baku Beta

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) merupakan salah satu penyakit infeksi yang prevalensinya tertinggi di dunia sekaligus menempati peringkat ke-10 penyebab kematian tertinggi di dunia pada tahun 2016 (*World Health Organization, 2017*). Prevalensi TBC global tahun 2016 terdapat 10,4 juta kasus atau setara 120 kasus per 100.000 penduduk. Jumlah kasus baru Tuberkulosis di Indonesia sebanyak 420.994 kasus pada tahun 2017. Tingginya angka prevalensi tersebut menjadikan Tuberkulosis sebagai prioritas utama dan menjadi salah satu tujuan dalam SDGs (*Sustainability Development Goals*) (Kemenkes, 2018). Berdasarkan survei prevalensi tahun 2016, Indonesia berada di peringkat kedua di dunia penyumbang penderita TBC terbanyak sesudah India. Diperkirakan kasus TBC baru di Indonesia sampai 399 per 100.000 penduduk (total kasus TBC 1000.000). Data Dinas Kesehatan (Dinkes) Jawa Timur tahun 2016 pasien yang sembuh sampai tuntas mencapai 38.598 pasien dari total kasus yang diobati sebanyak 43.996. Jawa Timur menduduki peringkat kedua. Jumlah kasus Tuberkulosis di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang berdasarkan data rekam medis tahun 2014 menempati urutan ke-7 dengan jumlah 5.160 (1,76%) kasus.

Pemberantasan Tuberkulosis secara Nasional di Indonesia telah berlangsung sejak tahun 1969, namun hasilnya belum memuaskan. Angka *drop out* yang tinggi, pengobatan yang tidak adekuat, dan resistensi terhadap OAT (Obat Anti Tuberkulosa) merupakan kendala dalam pengobatan TBC (Amira, 2015). Pengobatan TBC harus tuntas dengan perawatan yang berkelanjutan untuk mencegah komplikasi dan kematian.

Sasaran Nasional Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) yang tertuang pada Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 tentang

SDGs menetapkan target prevalensi TBC pada tahun 2019 menjadi 245 per 100.000 penduduk (Kemenkes, 2016). Upaya yang dapat dilakukan adalah pengobatan untuk semua pasien TBC, termasuk untuk penderita resistan obat dengan disertai dukungan yang berpusat pada kebutuhan pasien (*patient-centred support*). Pengobatan TBC harus dilakukan secara tuntas dengan perawatan berkelanjutan untuk mencegah komplikasi dan kematian. Perawatan yang dapat dilakukan untuk menangani kasus TBC adalah perawatan melalui poliklinik dan perawatan di rumah sakit dengan rawat inap. Rawat inap merupakan proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, dimana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit untuk menjalani pengobatan dan perawatan (Nurani, 2015).

Pengobatan kasus TBC yang berat memerlukan perawatan lebih intensif berupa rawat inap di rumah sakit. Lama waktu rawat inap yang diperlukan cenderung panjang, terutama pada kasus TBC yang memerlukan intensitas perawatan akibat adanya berbagai komplikasi penyerta. Selama proses rawat inap keluarga diwajibkan untuk menunggu pasien hingga pasien diperbolehkan untuk pulang. Beberapa keluarga pasien yang ditemui mengeluhkan lamanya rawat inap, mereka mengungkapkan stress selama menunggu perawatan karena produktivitas menurun, banyak tugas dan peran yang harus dikorbankan karena waktu tersita di rumah sakit. Keluarga juga mengeluhkan ketidakpastian kesembuhan pasien dan pemeriksaan yang dilakukan berulang-ulang. Meski demikian beberapa keluarga lain menyatakan kehadiran keluarga memang dibutuhkan, keluarga meyakini bahwa kehadirannya mempercepat kesembuhan pasien.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ronald *et.al.* (2016) di Rumah Sakit Montreal Kanada menunjukkan bahwa dari 1852 pasien TBC aktif yang dirawat, rata-rata (51%) lama rawat inap awal pengobatan pasien TBC selama 17.5 hari

dengan interval 9-31 hari, sedangkan 9% pengobatan lanjutan lama rawat inap selama 13 hari dengan interval 6-22 hari. Hasil penelitian Taylor (2015) di Amerika Serikat tentang perbedaan rawat inap awal dan selama perawatan, menemukan bahwa 45% pasien TBC memiliki inisial rawat inap untuk TBC dan 8% dirawat di rumah sakit selama pengobatan, rata-rata lama rawat inap selama 11 hari. Standar TBC di Kanada untuk mengetahui kepatuhan pengobatan pasien TBC, merekomendasikan setidaknya dua minggu pengobatan yang efektif untuk dilakukan perawatan di rumah sakit (Canadian Tuberculosis Standar, 2013).

Keluarga memainkan peran penting dalam pemeliharaan kesehatan yang optimal dan tidak dapat dipisahkan dalam memberikan perawatan dan dukungan pada pasien TBC (Shrivastava, *et.al.* 2015). Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal bersama dalam satu daerah berdekatan, saling ketergantungan, terikat secara emosional satu dengan lainnya (Harmoko & Muhlisin, 2012). Keluarga memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap suatu kondisi termasuk saat keluarga dalam kondisi sakit dan dirawat di rumah sakit. Keluarga yang salah satu anggota keluarganya sedang menjalani rawat inap rentan terhadap stres. Jika dalam satu keluarga mengalami stress maka akan mempengaruhi sistem yang terdapat dalam keluarga tersebut (Robins, 2001). Sistem yang terpengaruh adalah sistem fungsi peran dari masing-masing subsistem, antara lain: orangtua, pasangan (suami/istri), dan kakak beradik (Fahrudin, 2012).

Stres pada keluarga disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya yaitu faktor lingkungan, faktor sosial ekonomi, dan faktor yang menyangkut dengan keadaan keluarga yang sedang sakit. Namun demikian stres keluarga tersebut juga sangat dipengaruhi oleh lama hari rawat inap di rumah sakit (Rennick *et.al.*, 2014). Stres berat pada keluarga disebabkan oleh faktor pencetus. Faktor tersebut diantaranya informasi yang tidak adekuat tentang penyakit dan pengobatan,

tanggungannya semua biaya perawatan ataupun biaya hidup sehari-hari keluarga saat menunggu pasien, lamanya hari perawatan pasien, dan terganggunya tugas sehari-hari atau pekerjaan keluarga selama pasien dirawat. Kompleksnya masalah yang terjadi di dalam keluarga mampu mengakibatkan masalah psikososial, baik pada anggota keluarga yang sakit maupun pada sistem dan fungsi keluarga secara keseluruhan (Friedman, 2010).

Berdasarkan data rekam medis RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Ruang 29 pada bulan Januari-Desember 2018 didapatkan jumlah pasien sebanyak 473 orang dengan rata-rata pasien TBC yang menjalani rawat inap adalah 39 orang perbulan. Indikasi rawat inap pada penderita TBC paru adalah dengan keadaan atau komplikasi seperti batuk darah masif, keadaan umum buruk, pneumothoraks, empiema, efusi pleura dan sesak napas berat. Rata-rata pasien dirawat di ruangan selama 14 hari dengan didampingi oleh keluarga saat dirawat di rumah sakit. Rentang waktu lama rawat inap pasien TBC dirawat di ruangan paling cepat selama 7 hari dan paling lama selama 45 hari. Faktor-faktor yang mempengaruhi lama rawat inap pasien TBC diantaranya adalah tingkat keparahan penyakit, komplikasi, serta adanya resistensi terhadap antibiotika.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Ruang 29 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang dilakukan tanggal 29 Juli 2019 – 3 Agustus 2019 pada 15 responden, didapatkan bahwa faktor yang menyebabkan stres keluarga dapat berupa: parahnya penyakit (8 responden), pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita (15 responden), kapan rencana pulang (15 responden), terbatasnya lingkungan rumah sakit yang tidak nyaman (5 responden), pekerjaan atau aktivitas sehari-hari yang ditinggalkan selama rawat inap (7 responden), dan juga keadaan anggota keluarga saat dilakukan rawat inap yang tidak kunjung membaik (3 responden). Semakin lama waktu rawat inap pasien, keluarga semakin mengalami kecemasan tentang kondisi kesehatan pasien karena tidak

segera dipulangkan. Menurut Farhan (2014), faktor-faktor yang dapat memicu stres pada keluarga sebagai respon ada anggota keluarga yang dirawat di ruang perawatan intensif meliputi perubahan lingkungan, aturan ruangan perawatan, perubahan peran keluarga, status emosi keluarga dan aktivitas pada kehidupan sehari-hari keluarga, kemampuan pembiayaan (finansial) keluarga, serta sikap petugas kesehatan dalam pemberian informasi tentang kondisi kesehatan pasien di ruang perawatan intensif.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Tistiawati (2016), menyebutkan bahwa semakin lama rawat inap tingkat stres yang dimiliki keluarga semakin tinggi. Penyebab stres keluarga yang berkaitan dengan rawat inap, yaitu keseriusan ancaman yang menimpa, pengalaman hospitalisasi, prosedur kesehatan atau medis dalam diagnosis penyakit dan pengobatan, sistem pendukung yang tersedia, kekuatan ego didalam diri, pola berkomunikasi antar anggota keluarga, keyakinan agama dan budaya, stres tambahan pada sistem keluarga (Utami, 2014). Dampak yang dapat ditimbulkan adalah kelelahan, gangguan fisik, psikologis, serta ketidakberdayaan keluarga dalam menghadapi kondisi stres tersebut (Tistiawati, 2016).

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk meneliti hubungan lama rawat inap dengan stres keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan antara lama rawat inap dengan stres keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan antara lama rawat inap dengan stres keluarga

pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi lama rawat inap pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.
2. Mengidentifikasi tingkat stress keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.
3. Menganalisis hubungan lama rawat inap dengan stress keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Akademis**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah kajian penelitian berkaitan tentang hubungan lama rawat inap dengan stres keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan gambaran hubungan lama rawat inap dengan stres keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

2. Bagi Responden

Menambah wawasan responden tentang kondisi stress selama menunggu pasien Tuberkulosis yang memerlukan rawat inap di rumah sakit serta meningkatkan pemahaman pentingnya peran keluarga selama proses rawat inap.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai salah satu literatur pengembangan profesi keperawatan tentang peningkatan peran perawat dalam memberikan pelayanan dan asuhan keperawatan.

4. Bagi Instansi Terkait

Sebagai dasar rekomendasi dalam mengambil kebijakan dan membuat SOP untuk penatalaksanaan stres, tidak hanya bagi pasien tetapi juga bagi keluarga pasien.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Tuberkulosis

##### 2.1.1 Pengertian Tuberkulosis

Tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang parenkim paru-paru, disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Brunner & Suddart, 2013). Tuberkulosis adalah suatu penyakit menular yang sebagian besar disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. Kuman tersebut biasanya masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara yang dihirup ke dalam paru, kemudian kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfa, melalui saluran pernafasan (*bronchus*) atau penyebaran langsung ke bagian-bagian tubuh lainnya (Notoatmodjo, 2011).

##### 2.1.2 Etiologi Tuberkulosis

*Mycobacterium Tuberculosis* ditularkan melalui udara, bukan melalui kontak permukaan. Ketika penderita TBC paru aktif (BTA positif dan foto rontgen positif) batuk, bersin, berteriak atau bernyanyi, bakteri akan terbawa keluar dari paru-paru menuju udara. Bakteri ini akan berada di dalam gelembung cairan bernama droplet nuclei. Partikel kecil ini dapat bertahan di udara selama beberapa jam dan tidak dapat dilihat oleh mata karena memiliki diameter sebesar 1-5  $\mu\text{m}$  (WHO, 2004; CDC, 2016).

Penularan TBC terjadi ketika seseorang menghirup *droplet nuclei*. *Droplet nuclei* akan melewati mulut/saluran hidung, saluran pernafasan atas, bronkus kemudian menuju alveolus (CDC, 2016). Setelah *tubercle bacillus* sampai di jaringan paru-paru, mereka akan mulai memperbanyak diri. Lambat laun, mereka akan menyebar ke kelenjar limfe. Proses ini disebut sebagai *primary TBC infection*.

Ketika seseorang dikatakan penderita *primary TBC infection*, *tubercle bacillus* berada di tubuh orang tersebut. Seseorang dengan *primary TBC infection* tidak dapat menyebarkan penyakit ke orang lain dan juga tidak menunjukkan gejala penyakit (WHO, 2004). Dosis penularan *droplet nuclei* dilaporkan diantara 1 hingga 200 bacili per orang, dimana satu droplet dapat mengandung 1 hingga 400 bacili, namun belum jelas anggapan dosis relevan ini (Sakamoto, 2012). Walaupun TBC biasanya tidak ditularkan saat kontak singkat, siapa saja berbagi udara dengan penderita TBC paru pada tahap infeksius maka dia berisiko tinggi tertular.

### 2.1.3 Faktor Resiko Tuberkulosis

Faktor paling besar yang mempengaruhi derajat kesehatan adalah faktor lingkungan dan perilaku masyarakat sendiri yang dapat merugikan kesehatan. Menurut Wulandari (2015) faktor risiko penularan TBC ada 3 faktor, yaitu:

#### 1. Faktor Lingkungan

Faktor risiko lingkungan fisik rumah yaitu luas ventilasi, kepadatan hunian, suhu ruangan, intensitas pencahayaan alami dan kelembaban ruangan.

#### 2. Faktor risiko individu

Faktor risiko individu yaitu tingkat pendidikan responden, status gizi, status imunisasi BCG, pekerjaan responden dan jenis kelamin.

#### 3. Faktor Perilaku

Faktor risiko perilaku yaitu kebiasaan merokok, kebiasaan membuang dahak, kebiasaan batuk/bersin, kebiasaan membuka jendela.

Ada 4 faktor penentu terjadinya penyebaran penyakit TBC (CDC, 2016), yaitu:

1. Daya tahan tubuh seseorang rendah
2. *Infectiousness* (tingkat penularan)

Tingkat penularan penderita TBC berhubungan langsung dengan jumlah *tubercle bacillus* yang dikeluarkan oleh penderita ke udara. Penderita dengan

banyak *tubercle bacillus* bersifat lebih menular dibandingkan penderita dengan sedikit pengeluaran *bacilli* atau tanpa *bacilli*. Makin tinggi derajat positif hasil pemeriksaan dahak (Sewaktu Pagi Sewaktu/SPS), makin menular penderita tersebut. Bila hasil pemeriksaan dahak negatif (tidak terlihat kuman), maka penderita tersebut dianggap tidak menular (Depkes RI, 2005). Karakteristik berikut akan mempengaruhi tingkat penularan:

a. Faktor klinis

Faktor klinis terdiri dari keberadaan batuk, khususnya batuk selama 3 minggu atau lebih; penyakit saluran nafas, khususnya yang berhubungan dengan laring (sangat menular), mulut dan hidung gagal ditutup ketika batuk, serta ketidaksesuaian/ kurangnya terapi.

b. Prosedur

Seseorang mengalami prosedur yang memicu batuk atau produksi aerosol (contohnya *bronchoscopy*, induksi sputum, pemberian obat bentuk aerosol).

c. Radiografi dan laboratorium

Meliputi lubang atau rongga pada radiografi dada, kultur positif *Mycobacterium Tuberculosis* dan hasil positif dari AFB (*Acid-Fast Bacilli*) *sputum smear*.

3. Lingkungan

Faktor lingkungan mempengaruhi konsentrasi *Mycobacterium Tuberculosis*. Faktor lingkungan penyebab meningkatnya penyebaran *Mycobacterium Tuberculosis* adalah:

a. Konsentrasi *droplet nuclei*

Semakin banyak *droplet nuclei* di udara, maka kemungkinan penyebaran *Mycobacterium Tuberculosis* semakin tinggi.

b. Ruangan

Paparan di ruangan yang kecil dan tertutup.

c. Ventilasi

Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya pelarutan/eliminasi *droplet nuclei*.

d. Sirkulasi udara

Sirkulasi kembali udara dengan kandungan *droplet nuclei*.

4. Kontak

a. Durasi kontak dengan penderita TBC menular

Semakin lama kontak, maka risiko penularan semakin tinggi.

b. Frekuensi kontak dengan penderita

Semakin sering terjadi kontak dengan penderita, maka semakin tinggi risiko penularan TBC.

c. Paparan fisik dengan penderita

Semakin dekat kontak, maka risiko penularan semakin tinggi.

**2.1.4 Klasifikasi**

Ada beberapa klasifikasi TBC paru yaitu menurut Depkes (2007) yaitu:

1. Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena:

a. Tuberkulosis paru

Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.

b. Tuberkulosis ekstra paru

Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar lymfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

2. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, yaitu pada

Tuberkulosis Paru:

- a. Tuberkulosis paru BTA positif:
  - a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA (Bakteri Tahan Asam) positif.
  - b) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA (Bakteri Tahan Asam) positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
  - c) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA (Bakteri Tahan Asam) positif dan biakan kuman Tuberkulosis positif.
  - d) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT (Obat Anti Tuberkulosis).
- b. Tuberkulosis paru BTA negatif:
  - a) Kriteria diagnostik Tuberkulosis paru BTA negatif harus meliputi:
    - b) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif.
    - c) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis.
    - d) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
    - e) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan.
3. Klasifikasi berdasarkan tipe pasien ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe pasien yaitu:
  - a. Kasus baru
 

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).
  - b. Kasus kambuh (*relaps*)
 

Adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh tetapi kambuh lagi.

c. Kasus setelah putus berobat (*default*)

Adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

d. Kasus setelah gagal (*failure*)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

e. Kasus lain

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas, dalam kelompok ini termasuk kasus kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan (Depkes RI, 2006).

### **2.1.5 Tanda dan Gejala**

Gejala utama pasien TBC paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan. Gejala-gejala tersebut diatas dapat dijumpai pula pada penyakit paru selain TBC, seperti bronkiektasis, bronkitis kronis, asma, kanker paru, dan lain-lain (Depkes, 2009).

Penderita TBC paru akan mengalami berbagai gangguan kesehatan, seperti batuk berdahak kronis, demam, berkeringat tanpa sebab di malam hari, sesak napas, nyeri dada, dan penurunan nafsu makan. Semuanya itu dapat menurunkan produktivitas penderita bahkan kematian. Pasien TBC paru juga sering dijumpai konjungtiva mata atau kulit yang pucat karena anemia, badan kurus atau berat badan menurun (Darliana, 2016).

Selain itu, klien dapat merasa letih, lemah, berkeringat pada malam hari dan mengalami penurunan berat badan yang berarti. Menurut Persatuan Dokter Paru

Indonesia (2006), secara rinci tanda dan gejala TBC paru ini dapat dibagi atas 2 (dua) golongan yaitu gejala sistemik dan gejala respiratorik.

#### **2.1.5.1 Gejala sistemik**

##### **1. Demam**

Demam merupakan gejala pertama dari Tuberkulosis paru, biasanya timbul pada sore dan malam hari disertai dengan keringat mirip demam influenza yang segera mereda. Tergantung dari daya tahan tubuh dan virulensi kuman, serangan demam yang berikut dapat terjadi setelah 3 bulan, 6 bulan, 9 bulan. Demam seperti influenza ini hilang timbul dan semakin lama makin panjang masa serangannya, sedangkan masa bebas serangan akan makin pendek. Demam dapat mencapai suhu tinggi yaitu 40°-41°C.

##### **2. Malaise**

Karena tuberkulosis bersifat radang menahun, maka dapat terjadi rasa tidak enak badan, pegal-pegal, nafsu makan berkurang, badan makin kurus, sakit kepala, mudah lelah dan pada wanita kadang-kadang dapat terjadi gangguan siklus haid.

#### **2.1.5.2 Gejala respiratorik**

##### **1. Batuk**

Batuk baru timbul apabila proses penyakit telah melibatkan bronkhus. Batuk mula-mula terjadi oleh karena iritasi bronkhus; selanjutnya akibat adanya peradangan pada ronkhus, batuk akan menjadi produktif. Batuk produktif ini berguna untuk membuang produk-produk ekskresi peradangan. Dahak dapat bersifat mukoid atau purulen.

##### **2. Batuk darah**

Batuk darah terjadi akibat pecahnya pembuluh darah. Berat dan ringannya batuk darah yang timbul, tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah. Batuk darah tidak selalu timbul akibat pecahnya aneurisma pada dinding

kavitas, juga dapat terjadi karena ulserasi pada mukosa bronkhus. Batuk darah inilah yang paling sering membawa penderita berobat ke dokter.

### 3. Sesak nafas

Gejala ini ditemukan pada penyakit yang lanjut dengan kerusakan paru yang cukup luas. Pada awal penyakit gejala ini tidak pernah ditemukan.

### 4. Nyeri dada

Gejala ini timbul apabila sistem persyarafan yang terdapat di pleura terkena, gejala ini dapat bersifat lokal atau pleuritik.

## **2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik**

Menurut Persatuan Dokter Paru Indonesia (2006) pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan pada pasien tuberkulosis paru yaitu:

### **2.1.6.1 Pemeriksaan dahak mikroskopis**

Pemeriksaan dahak berfungsi untuk menegakkan diagnosis, menilai keberhasilan pengobatan dan menentukan potensi penularan. Pemeriksaan dahak untuk penegakan diagnosis dilakukan dengan mengumpulkan 3 spesimen dahak yang dikumpulkan dalam dua hari kunjungan yang berurutan berupa Sewaktu-Pagi-Sewaktu (SPS),

1. S (sewaktu): dahak dikumpulkan pada saat suspek TBC datang berkunjung pertama kali. Pada saat pulang, suspek membawa sebuah pot dahak untuk mengumpulkan dahak pagi pada hari kedua.
2. P (Pagi): dahak dikumpulkan di rumah pada pagi hari kedua, segera setelah bangun tidur. Pot dibawa dan diserahkan sendiri kepada petugas di sarana pelayanan kesehatan.
3. S (sewaktu): dahak dikumpulkan di sarana pelayanan kesehatan pada hari kedua, saat menyerahkan dahak pagi.

### 2.1.6.2 Pemeriksaan Biakan

Peran biakan dan identifikasi *Mycobacterium Tuberculosis* pada penanggulangan Tuberkulosis khususnya untuk mengetahui apakah pasien yang bersangkutan masih peka terhadap OAT yang digunakan, identifikasi kuman serta bila dibutuhkan tes resistensi dapat dimanfaatkan dalam beberapa situasi:

1. Pasien Tuberkulosis yang masuk dalam tipe pasien kronis
2. Pasien Tuberkulosis ekstraparu dan pasien Tuberkulosis anak
3. Petugas kesehatan yang menangani pasien dengan kekebalan ganda.

### 2.1.6.3 Pemeriksaan Tes Resistensi

Tes resistensi tersebut hanya bisa dilakukan di laboratorium yang mampu melaksanakan biakan, identifikasi kuman serta tes resistensi sesuai standar internasional, dan telah mendapatkan pemantapan mutu (*Quality Assurance*) oleh laboratorium supranasional Tuberkulosis. Hal ini bertujuan agar hasil pemeriksaan tersebut memberikan simpulan yang benar sehingga kemungkinan kesalahan dalam pengobatan MDR dapat dicegah.

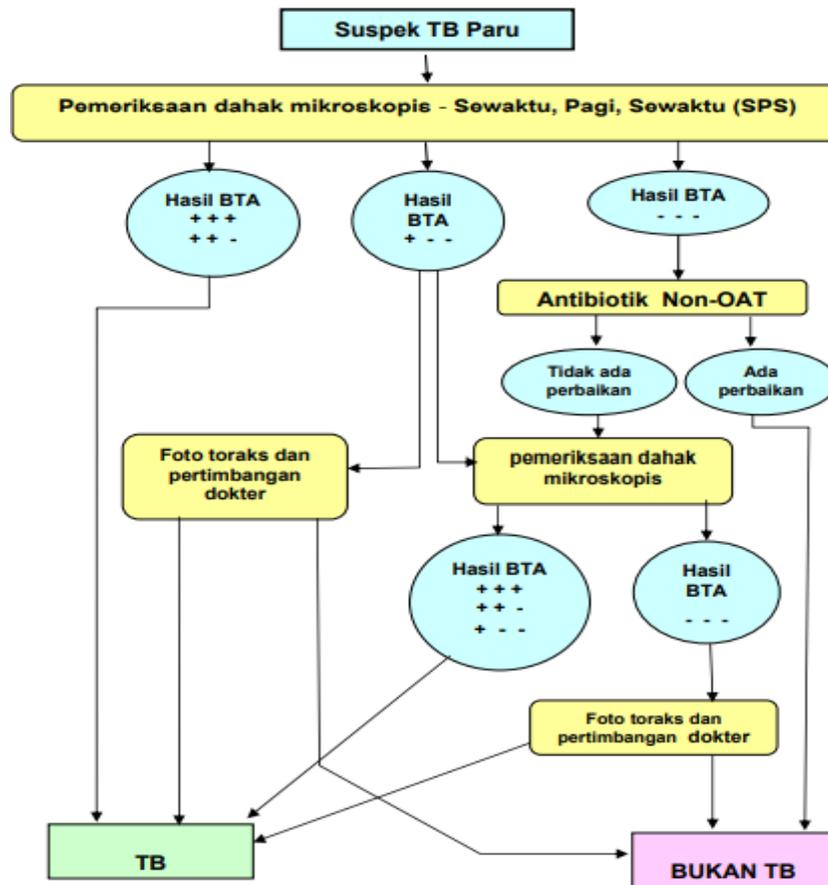
### 2.1.7 Diagnosis Tuberkulosis Paru

Menurut Persatuan Dokter Paru Indonesia (2006), cara mendiagnosis Tuberkulosis paru yaitu:

1. Semua suspek Tuberkulosis diperiksa 3 spesimen dahak dalam waktu 2 hari, yaitu sewaktu - pagi - sewaktu (SPS).
2. Diagnosis Tuberkulosis Paru pada orang dewasa ditegakkan dengan ditemukannya kuman Tuberkulosis (BTA). Pada program Tuberkulosis nasional, penemuan BTA melalui pemeriksaan dahak mikroskopis merupakan diagnosis utama. Pemeriksaan lain seperti foto toraks, biakan dan uji kepekaan dapat digunakan sebagai penunjang diagnosis sepanjang sesuai dengan indikasinya.
3. Tidak dibenarkan mendiagnosis Tuberkulosis hanya berdasarkan

pemeriksaan foto toraks saja. Foto toraks tidak selalu memberikan gambaran yang khas pada Tuberkulosis paru, sehingga sering terjadi overdiagnosis.

4. Gambaran kelainan radiologik Paru tidak selalu menunjukkan aktifitas penyakit. Untuk lebih jelasnya lihat alur prosedur diagnostik untuk suspek Tuberkulosis paru.



Gambar 2.1 Bagan Alur Diagnosis Tuberkulosis Paru (PPDI, 2006)

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Prinsip pengobatan Tuberkulosis menurut permenkes No. 67 (2016)

adalah:

#### 2.1.8.1 Tujuan Pengobatan Tuberkulosis

Tujuan Pengobatan Tuberkulosis adalah:

1. Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup.

2. Mencegah terjadinya kematian oleh karena Tuberkulosis atau dampak buruk selanjutnya.
3. Mencegah terjadinya kekambuhan Tuberkulosis.
4. Menurunkan risiko penularan Tuberkulosis.
5. Mencegah terjadinya dan penularan Tuberkulosis resistan obat.

#### **2.1.8.2 Pengobatan Tuberkulosis:**

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) adalah komponen terpenting dalam pengobatan Tuberkulosis. Pengobatan Tuberkulosis merupakan salah satu upaya paling efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut kuman Tuberkulosis. Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:

1. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.
2. Diberikan dalam dosis yang tepat.
3. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.
4. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua (2) tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan.

#### **2.1.8.3 Tahapan Pengobatan Tuberkulosis**

Pengobatan Tuberkulosis harus selalu meliputi pengobatan tahap awal dan tahap lanjutan dengan maksud:

1. Tahap Awal:

Pengobatan diberikan setiap hari. Paduan pengobatan pada tahap ini adalah dimaksudkan untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resistan sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua pasien baru, harus diberikan selama 2 bulan.

Pada umumnya dengan pengobatan secara teratur dan tanpa adanya penyulit, daya penularan sudah sangat menurun setelah pengobatan selama 2 minggu pertama.

## 2. Tahap Lanjutan:

Pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman *persisten* sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan

### 2.1.8.4 Jenis Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Tabel 2.1 Obat Anti Tuberkulosis Lini Pertama

Jenis	Sifat	Efek samping
Isoniazid (H)	Bakterisidal	Neuropati perifer (Gangguan saraf tepi), psikosis toksik, gangguan fungsi hati, kejang.
Rifampisin (R)	bakterisidal	<i>Flu syndrome</i> (gejala influenza berat), gangguan gastrointestinal, urine berwarna merah, gangguan fungsi hati, trombositopeni, demam, <i>skin rash</i> , sesak nafas, anemia hemolitik.
Pirazinamid (Z)	Bakterisidal	Gangguan gastrointestinal, gangguan fungsi hati, gout arthritis.
Streptomisin (S)	Bakterisidal	Nyeri ditempat suntikan, gangguan keseimbangan dan pendengaran, renjatan anafilaktik, anemia, agranulositosis, trombositopeni.
Etambutol (E)	bakteriostatik	Gangguan penglihatan, buta warna, neuritis perifer (Gangguan saraf tepi).

Tabel 2.2 Pengelompokan Obat Anti Tuberkulosis Lini Kedua

Grup	Golongan	Jenis Obat
A	Florokuinolon	Levofloksasin (Lfx) Moksifloksasin (Mfx) Gatifloksasin (Gfx)*
B	OAT suntik lini kedua	Kanamisin (Km) Amikasin (Am)* Kaproemisin (Cm) Streptomisin (S)**
C	OAT oral lini Kedua	Etionamid (Eto)/Protionamid (Pto)* Sikloserin (Cs) /Terizidon (Trd)* Clfazimin (Cfz) Linezolid (Lzd)
D1	OAT lini pertama	Pirazinamid (Z) Etambutol (E) Isoniazid (H) dosis tinggi
D2	OAT baru	Bedaquiline (Bdq) Delamanid (Dlm)* Pretonamid (PA-824)*
D3	OAT tambahan	Asam para aminosalisilat (PAS) Imipenem-silastatin (Ipm)* Meropenem (Mpm)* Amoksilin clavulanat (Amx-Clv)* Thioasetazon (T)*

Keterangan:

\*Tidak disediakan oleh program

\*\*Tidak termasuk obat suntik lini kedua, tetapi dapat diberikan pada kondisi tertentu dan tidak disediakan oleh program

Paduan OAT yang digunakan di Indonesia Paduan yang digunakan adalah:

1. Kategori 1 : 2(HRZE)/4(HR)<sup>3</sup> atau 2(HRZE)/4(HR).
2. Kategori 2 : 2(HRZE)S/(HRZE)<sup>3</sup>E<sup>3</sup> atau 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)E.
3. Kategori Anak : 2(HRZ)/4(HR) atau 2HRZE(S)/4-10HR.
4. Paduan OAT untuk pasien Tuberkulosis Resistan Obat: terdiri dari OAT lini ke-2 yaitu Kanamisin, Kapreomisin, Levofloksasin, Etionamide, Sikloserin, Moksifloksasin, PAS, Bedaquilin, Clofazimin, Linezolid, Delamanid dan obat Tuberkulosis baru lainnya serta OAT lini-1, yaitu pirazinamid and etambutol.

Pengobatan Tuberkulosis dengan paduan OAT Lini Pertama yang digunakan di Indonesia dapat diberikan dengan dosis harian maupun dosis intermiten (diberikan 3 kali perminggu) dengan mengacu pada dosis terapi yang telah direkomendasikan.

Paduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 dan 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam 1 (satu) paket untuk 1 (satu) pasien untuk 1 (satu) masa pengobatan.

Paket Kombipak adalah paket obat lepas yang terdiri dari Isoniasid (H), Rifampisin (R), Pirazinamid (Z) dan Etambutol (E) yang dikemas dalam bentuk blister. Paduan OAT ini disediakan program untuk pasien yang tidak bisa menggunakan paduan OAT KDT. Paduan OAT kategori anak disediakan dalam bentuk paket obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT). Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 3 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien untuk satu (1) masa pengobatan.

Tabel 2.3 Dosis Paduan OAT Kombipak Kategori 1

Tahap	Lama	Dosis per hari / kali				Jumlah hari/kali menelan obat
		Tablet	Kaplet	Tablet	Tablet	
Pengobatan	Pengobatan	Isoniasid @300 mgr	Rifampisin @450 mgr	Pirazinamid @ 500 mgr	Etambutol @ 250 mgr	
Intensif	2 Bulan	1	1	3	3	56
Lanjutan	4 Bulan	2	1	-	-	48

### 2.1.9 Komplikasi

Tuberkulosis paru apabila tidak ditangani dengan baik akan menimbulkan komplikasi. Komplikasi-komplikasi yang terjadi pada penderita Tuberkulosis paru dibedakan menjadi dua, yaitu :

1. Komplikasi dini: pleuritis, efusi pleura, empiema, laryngitis, usus.
2. Komplikasi pada stadium lanjut:

Komplikasi-komplikasi yang sering terjadi pada penderita stadium lanjut adalah:

- a. Hemoptisis masif (pendarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena sumbatan jalan nafas atau syok hipovolemik
- b. Kolaps lobus akibat sumbatan duktus
- c. Bronkiectasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru
- d. Pneumothoraks spontan, yaitu kolaps spontan karena bula/blep yang pecah
- e. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, sendi, ginjal, dan

sebagainya

#### **2.1.10 Lama Rawat Inap Tuberkulosis**

Kementerian Kesehatan RI telah menetapkan pengobatan tuberkulosis melalui pedoman nasional pengendalian tuberkulosis tahun 2011. Telah dilaporkan bahwa pengobatan rawat inap tuberkulosis memiliki rata-rata lama perawatan adalah enam hari. Lamanya resolusi ini tergantung pada regimen penegakan diagnosis Tuberkulosis paru, dimana pada pasien Tuberkulosis paru harus dilakukan pemeriksaan dahak sewaktu-pagi-sewaktu yang didapat dari dua hari dan hasilnya juga didapat dalam 2-3hari. Hasil penelitian pada pasien Tuberkulosis di ruang 29 Rumah Sakit Saiful Anwar didapatkan rata-rata lama hari rawat pasien adalah 8 hari. Hal ini bisa disebabkan oleh karena penegakan diagnosa pada pasien Tuberkulosis yang dirawat di Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang adalah dilakukan foto dada pada hari pertama, dilakukan pengambilan spesimen dahak untuk pemeriksaan TCM pada hari kedua-hari ketiga yang hasilnya bisa didapat pada hari keenam sampai dengan hari ketujuh. Hasil penelitian tersebut tergolong baik karena sesuai regimen penegakan diagnosa pasien Tuberkulosis Di Ruang 29 Rumah Sakit Saiful Anwar Malang.

Manifestasi klinis pasien Tuberkulosis paru rawat inap rata-rata pasien mengalami manifestasi batuk selama lima hari, sesak napas selama enam hari, batuk darah selama tiga hari, demam selama empat hari, mual dan muntah selama tiga hari, lemas selama tiga hari, kelenjar getah bening (KGB) membesar selama empat hari, menggigil selama empat hari, sakit kepala selama empat hari, nyeri dada selama lima hari, keringat malam selama enam hari, dan napsu makan menurun selama dua hari. Namun ada beberapa pasien yang sebenarnya sampai pada saat hari dipulangkan masih memiliki gejala yang belum hilang (Surja, 2011). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Singh & Mann (2004) di Kanada menyebutkan bahwa rata-rata lama rawat inap pasien TBC adalah 11 hari dengan rentang

waktu 4-28 hari.

Hasil Penelitian Surja (2011) menyebutkan bahwa manifestasi yang paling banyak dialami pasien saat pertama kali masuk ke rumah sakit adalah batuk dengan persentase 84%, kemudian diikuti dengan demam dengan persentase 68% dan sesak napas sebanyak 57%. Manifestasi yang paling jarang dialami adalah keringat malam (5%) dan nafsu makan turun (4%). Manifestasi klinis lain yang dapat muncul adalah batuk darah (21%), mual/muntah (38%), lemas (35%), pembesaran KGB (9%), menggigil (11%), nyeri kepala (38%), dan nyeri dada (14%).

Sebagian besar pasien Tuberkulosis paru rawat inap di rumah sakit mengalami perbaikan manifestasi klinis setelah perawatan di rumah sakit. Namun pada beberapa pasien, ada manifestasi klinis yang masih menetap pada akhir perawatan. Batuk (32%), sesak napas (16%), demam (12%), sakit kepala (11%), lemas (4%), dan batuk darah (2%) adalah manifestasi klinis yang masih menetap. Sedangkan mual/muntah, KGB membesar, menggigil, nyeri dada, keringat malam, dan nafsu makan turun adalah manifestasi klinis yang hilang secara total pada saat pasien diperbolehkan untuk pulang dari rumah sakit (Surja, 2011).

Menurut data RSUD. Soedarso pada bulan November 2012, lama rawat inap pasien Tuberkulosis paru rata-rata adalah 7-12 hari tergantung pada kondisi keparahan pasien Tuberkulosis paru . Namun yang terbanyak dari data tersebut adalah pasien dewasa berusia 18-49 tahun dengan kasus baru. Indikasi-indikasi pasien TBC paru rawat inap adalah sebagai berikut:

- a. Batuk darah massif
- b. Keadaan umum buruk
- c. Pneumotoraks
- d. Empiema
- e. Efusi pleura masif / bilateral

- f. Sesak napas berat (bukan karena efusi pleura).

## **2.2 Konsep Keluarga**

### **2.2.1 Pengertian Keluarga**

Menurut Harmoko (2012) keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap- tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu sama lain. Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010).

Jadi dapat disimpulkan kalau keluarga adalah dua individu atau lebih yang tinggal dalam satu rumah yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, hubungan darah maupun adopsi, lalu mereka menganggap dirinya sebagai keluarga.

### **2.2.2 Fungsi Keluarga**

Menurut Friedman (2010), terdapat lima fungsi keluarga, yaitu :

- a. Fungsi afektif (*The Affective Function*)

Fungsi afektif berkaitan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikologis. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang gembira dan bahagia.

- b. Fungsi sosialisasi

Proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan dan meneruskan nilai- nilai budaya keluarga.

- c. Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*)

Fungsi reproduksi untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama

beberapa generasi dan untuk berlangsungnya hidup masyarakat

d. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*)

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*)

Fungsi perawatan untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

Menurut Friedman (2010) tugas kesehatan yang harus dilakukan keluarga, yaitu:

- a. Mengenal masalah kesehatan.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan keperawatan.
- c. Melakukan perawatan di rumah bagi anggota keluarga yang sakit.
- d. Memodifikasi lingkungan rumah yang memenuhi syarat kesehatan.
- e. Menggunakan fasilitas kesehatan.

### 2.2.3 Tipe dan Bentuk Keluarga

Tipe keluarga tradisional menurut Friedman (2010)

- a. Keluarga inti
- b. Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, anak (kandung atau angkat).
- c. Keluarga besar
- d. Keluarga inti di tambah keluarga yang lain yang mempunyai hubungan darah seperti kakek, nenek, keponakan, paman, bibi.

- e. Keluarga "Dyad"
- f. Satu rumah tangga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak).
- g. Keluarga "Single Parent"
- h. Rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua (ayah/ibu) dengan anak (kandung/angkat).
- i. Keluarga "Single Adult"
- j. Suatu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa (misalnya seorang yang telah dewasa kemudian tinggal kost untuk bekerja atau kuliah).
- k. Tipe keluarga non tradisional
- l. Tipe keluarga non tradisional menurut Friedman (2010) yaitu keluarga dengan orang tua yang tidak pernah menikah.

#### **2.2.4 Tahap dan Perkembangan Keluarga**

Menurut Friedman (2010) tahap dan perkembangan keluarga dibagi menjadi 8 tahapan, yaitu:

- a. Tahap I (*beginning family*)
- b. Keluarga baru dimulai pada saat masing-masing individu, yaitu suami dan istri yang membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarganya masing-masing.
- c. Tahap II (*child bearing family*)
- d. Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (2,5 tahun).
- e. Tahap III (*families with preschool*)
- f. Keluarga dengan anak usia pra sekolah dimulai ketika anak pertama berusia dua setengah tahun, dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun.

- g. Tahap IV (*families with children*)
- h. Keluarga dengan anak usia sekolah dimulai ketika anak pertama berusia 6 tahun dan mulai masuk sekolah dasar dan berakhir pada usia 13 tahun, awal dari masa remaja.
- i. Tahap V (*families with teenager*)
- j. Keluarga dengan anak remaja yang dimulai ketika anak pertama melewati umur 13 tahun, berlangsung selama 6 sampai 7 tahun. Tahap ini dapat lebih singkat jika anak meninggalkan keluarga lebih awal atau lebih lama jika anak masih tinggal di rumah hingga berumur 19 atau 20 tahun.
- k. Tahap VI (*launching center families*)
- l. Keluarga yang melepas anak usia dewasa muda yang ditandai oleh anak pertama meninggalkan rumah orang tua dan berakhir dengan “rumah kosong”, ketika anak terakhir meninggalkan rumah. Tahap ini dapat singkat atau agak panjang, tergantung pada berapa banyak anak yang belum menikah yang masih tinggal di rumah. Fase ini ditandai oleh tahun-tahun puncak persiapan dari dan oleh anak-anak untuk kehidupan dewasa yang mandiri.
- m. Tahap VII (*middle age families*)
- n. Orang tua usia pertengahan, dimulai ketika anak terakhir meninggalkan rumah dan berakhir pada saat pensiun atau kematian salah satu pasangan.
- o. Tahap VIII keluarga usia lanjut
- p. Keluarga dalam masa pensiun dan lansia diawali dengan salah satu atau kedua pasangan memasuki masa pensiun, hingga salah satu pasangan meninggal dan berakhir dengan pasangan lainnya meninggal.

### **2.2.5 Struktur Keluarga**

Struktur keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga

melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat sekitarnya. Menurut Friedman (2010) struktur keluarga terdiri atas :

1. Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan. Yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat, misalnya status sebagai istri/suami atau anak.

2. Struktur nilai

Nilai merupakan suatu system, sikap dan kepercayaan yang secara sadar atau tidak, mempersatukan anggota keluarga dalam satu budaya. Nilai keluarga juga merupakan suatu pedoman perilaku dan pedoman bagi perkembangan norma dan peraturan.

3. Struktur pola & proses komunikasi

Menggambarkan bagaimana cara & pola komunikasi ayah-ibu (orang tua), orang tua- anak, anak- anak & dengan anggota keluarga lain.

4. Struktur kekuatan

Menggambarkan kemampuan dari anggota keluarga untuk mengendalikan atau mempengaruhi dalam merubah perilaku keluarga kearah positif yang mendukung kesehatan.

5. Struktur peran keluarga

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seorang yang menempati posisi social yang di berikan:

- a. Peran formal

Menurut Satir (1967) dalam Friedman (2010), peran formal atau terbuka dan peran informal atau tertutup. Sementara peran formal adalah peran eksplisit yang terkandung dalam struktur peran keluarga

(ayah- suami dll), peran informal bersifat implisit, sering kali tidak tampak pada permukaan dan diharapkan dapat memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga.

Yang terkait dengan masing masing posisi keluarga formal adalah peran terkait atau sekelompok perilaku yang kurang lebih homogen. Keluarga membagi peran kepada anggota keluarganya dengan cara yang serupa seperti masyarakat membagi perannya. Peran formal yang biasa dalam keluarga yaitu peran ayah-suami di harapkan sebagai pencari nafkah sedangkan ibu-istri sering kali diharapkan untuk mengambil peran kepemimpinan dalam pengelolaan rumah.

b. Peran informal

Peran informal mempunyai tuntutan yang berbeda tidakterlalu didasarkan pada atribut-atribut/ kepibadian anggota individual. Dengan demikian seorang anggota keluarga mungkin menjadi penengah, berupaya mencari penyelesaian apabila ada anggota keluarga yang terjadi konflik.

### **2.2.6 Stress Keluarga**

Menurut Richard (2010) stres adalah suatu proses yang menilai suatu peristiwa sebagai sesuatu yang mengancam, ataupun membahayakan dan individu merespon peristiwa itu pada level fisiologis, emosional, kognitif dan perilaku. Peristiwa yang memunculkan stres dapat saja positif (misalnya merencanakan perkawinan) atau negatif (contoh : kematian keluarga). Sesuatu didefinisikan sebagai peristiwa yang menekan (*stressful event*) atau tidak, bergantung pada respon yang diberikan oleh individu terhadapnya.

Menurut Dilawati (dalam Syahabuddin, 2010) stres adalah suatu perasaan yang dialami apabila seseorang menerima tekanan. Tekanan atau tuntutan yang diterima mungkin datang dalam bentuk mengekalkan jalinan perhubungan,

memenuhi harapan keluarga dan untuk pencapaian akademik. Lazarus dan Folkman (dalam Evanjeli, 2012) yang menjelaskan stres sebagai kondisi individu yang dipengaruhi oleh lingkungan. Kondisi stres terjadi karena ketidakseimbangan antara tekanan yang dihadapi individu dan kemampuan untuk menghadapi tekanan tersebut. Individu membutuhkan energi yang cukup untuk menghadapi situasi stres agar tidak mengganggu kesejahteraan mereka.

### 2.2.7 Faktor yang Memicu Stres

Yusuf (2004) faktor pemicu stres itu dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kelompok berikut :

- a. Stressor fisik-biologik, seperti : penyakit yang sulit disembuhkan, cacat fisik atau kurang berfungsinya salah satu anggota tubuh, wajah yang tidak cantik atau ganteng, dan postur tubuh yang dipersepsi tidak ideal (seperti : terlalu kecil, kurus, pendek, atau gemuk)
- b. Stressor psikologik, seperti : *negative thinking* atau berburuk sangka, frustrasi (kekecewaan karena gagal memperoleh sesuatu yang diinginkan), hasud (iri hati atau dendam), sikap permusuhan, perasaan cemburu, konflik pribadi, dan keinginan yang di luar kemampuan.
- c. Stressor Sosial, seperti iklim kehidupan keluarga : hubungan antar anggota keluarga yang tidak harmonis (*broken home*), perceraian, suami atau istri selingkuh, suami atau istri meninggal, anak yang nakal (suka melawan kepada orang tua, sering membolos dari sekolah, mengonsumsi minuman keras, dan menyalahgunakan obat-obatan terlarang) sikap dan perlakuan orang tua yang keras, salah seorang anggota mengidap gangguan jiwa dan tingkat ekonomi keluarga yang rendah. Faktor pekerjaan : kesulitan mencari pekerjaan, pengangguran, kena PHK (Pemutusan Hubungan Kerja), perselisihan dengan atasan, jenis pekerjaan yang tidak sesuai dengan minat

dan kemampuan.

- d. Lama hari rawat juga mempengaruhi tingkat stres keluarga pada pasien anak berdasarkan penelitian Tistiawati (2016)

### **2.2.8 Strategi Koping Keluarga**

Strategi koping perilaku, kognitif dan emosional keluarga serta individu diartikan sebagai masalah atau situasi khusus. Perbedaan situasi dan masalah membutuhkan pemecahan yang berbeda: yaitu respon koping yang berbeda perlu diterapkan. Menurut Friedman (2010) Terdapat 2 strategi koping keluarga:

#### **1. Strategi koping keluarga internal**

Strategi koping keluarga internal memiliki tiga jenis strategi, yaitu strategi hubungan, kognitif dan komunikasi.

- a. Strategi hubungan yaitu mengandalkan kelompok keluarga, kebersamaan yang lebih besar, fleksibilitas peran.
- b. Strategi kognitif adalah Pengendalian makna masalah dengan membingkai ulang dan penilaian pasif, pemecahan masalah bersama, mendapatkan informasi pengetahuan.
- c. Strategi komunikasi yaitu terbuka dan jujur, menggunakan humor dan tawa.

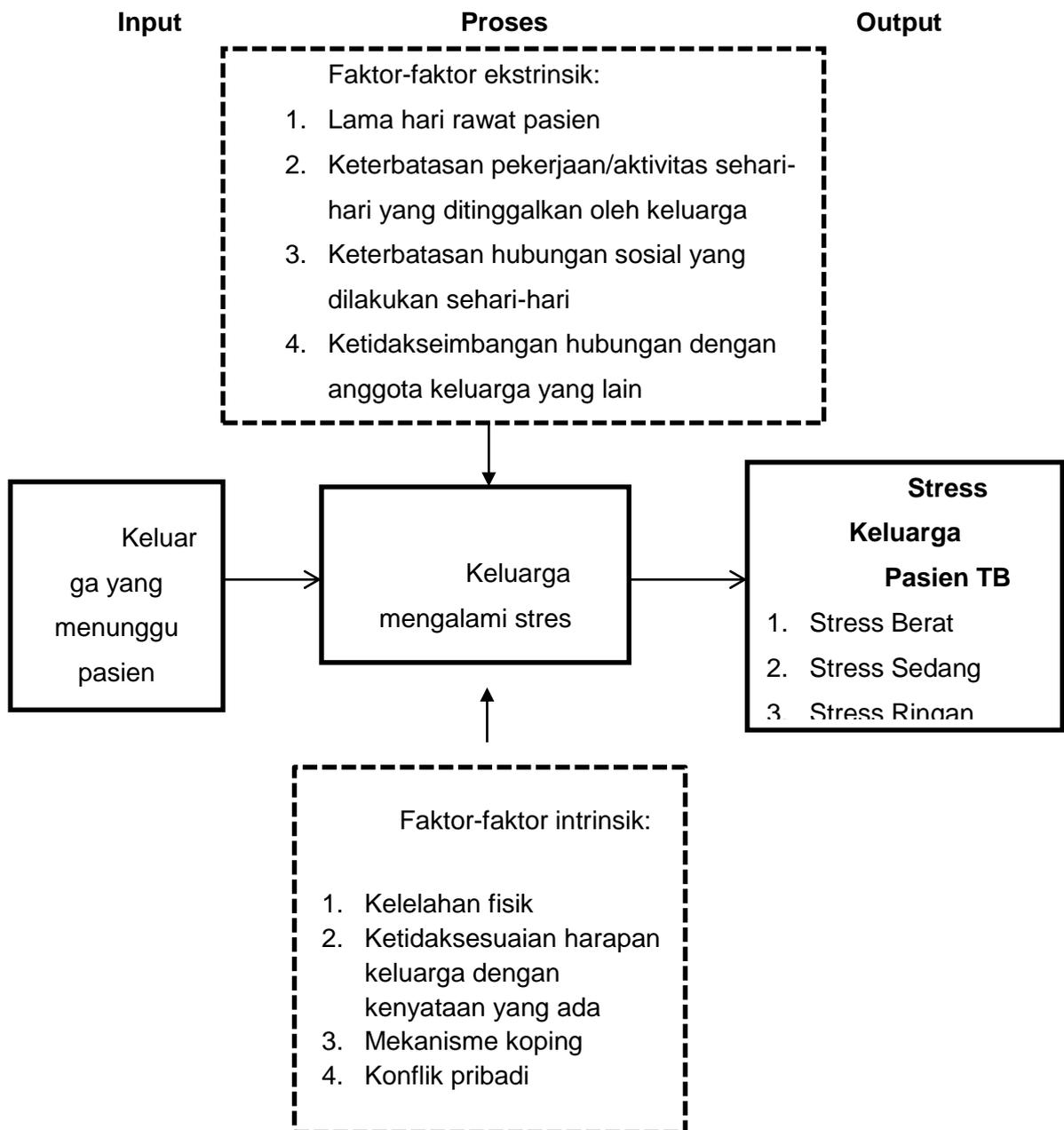
#### **2. Strategi koping keluarga eksternal**

Strategi koping keluarga eksternal dalam memelihara jalinan komunitas yang aktif dan menggunakan system dukungan social serta strategi spiritual.

### BAB 3

#### KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

##### Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Antara Lama Rawat Inap Dengan Stres Keluarga Pada Pasien Dengan Tuberkulosis

Kerangka konsep di atas menjelaskan bahwa ketika ada keluarga pasien tuberkulosis yang menunggu keluarga mereka di rumah sakit maka keluarga tersebut rentan mengalami stres yang disebabkan oleh faktor intrinsik yaitu kelelahan fisik, ketidaksesuaian harapan keluarga dengan harapan yang ada, mekanisme coping, dan konflik pribadi, dan faktor ekstrinsik yaitu lama hari rawat pasien, pekerjaan/aktivitas sehari-hari yang ditinggalkan oleh keluarga, keterbatasan hubungan sosial yang dilakukan sehari-hari, ketidakseimbangan hubungan dengan anggota keluarga yang lain. Stres keluarga pasien dapat dikategorikan menjadi tiga tingkatan yaitu: stres ringan, stres sedang, stres berat. Semakin tinggi lama hari rawat maka semakin tinggi tingkat stres keluarga.

### **Hipotesa Penelitian**

Terdapat hubungan antara lama rawat inap dengan stres keluarga pada pasien dengan Tuberkulosis di Ruang 29 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasional dengan pendekatan *study crosssectional*, yang bertujuan mengetahui hubungan lama hari rawat dengan tingkat stres keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang didapat dari rata-rata jumlah pasien pada bulan Juni-Agustus 2019 yaitu sebanyak 42 orang.

##### 4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Pada penelitian ini peneliti menggunakan nilai  $e$  sebesar 5 % karena populasi yang diambil kurang dari 1000 orang (Wijoyo 2012).

##### 4.2.2.1 Jumlah Sampel

Jumlah sampel minimal dalam penelitian ini adalah sejumlah 21 orang, yang diperoleh dari:

$$n = \left( \frac{(Z\alpha + Z\beta)}{0.5 \ln(1+r)/(1-r)} \right)^2 + 3 = \left( \frac{(1,64 + 1,28)}{0.5 \ln(1+0,6)/(1-0,6)} \right)^2 + 3 = 21$$

Keterangan:

$n$  = jumlah sampel

$Z\alpha$  = deviat baku alfa

$Z\beta$  = deviat baku beta

$r$  = korelasi

Jumlah responden yang didapat oleh peneliti adalah sejumlah 38 orang.

#### **4.2.2.2 Teknik Sampling**

Metode sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah simpel random sampling, yaitu dimana setiap unit sampling sebagai unsur populasi yang terpencil memperoleh peluang yang sama untuk menjadi sampel atau mewakili populasinya. Pengambilan sampel anggota populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu (Sugiyono, 2001).

#### **4.2.2.3 Kriteria Inklusi**

1. Keluarga penanggung jawab utama pasien yang menunggu pasien tuberkulosis yang dirawat di ruang 29 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
2. Bersedia menjadi responden
3. Memiliki kemampuan membaca dan menulis yang baik

#### **4.2.2.4 Kriteria Ekskusi**

1. Keluarga dari pasien yang baru saja masuk ruang rawat inap
2. Pasien yang tidak ditunggu keluarga

### **4.3 Variabel Penelitian**

#### **4.3.1 Variabel Bebas (*Independent*)**

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah lama rawat Inap pasien Tuberkulosis.

#### **4.3.2 Variabel Terikat (*Dependent*)**

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel terikat adalah tingkat stres keluarga pasien Tuberkulosis.

#### **4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian ini adalah di Ruang 29 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli-Desember 2019. Uji validitas dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2019. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Oktober-November 2019. Analisa dan seminar hasil dilakukan bulan Desember 2019.

#### 4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional penelitian lama rawat inap dan tingkat stress keluarga pasien Tuberkulosis

No	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil ukur
1	Variabel independen: lama rawat inap pasien Tuberkulosis	Jumlah hari rawat inap pasien Tuberkulosis, mulai masuk rumah sakit sampai dengan dilakukan penelitian	Observasi jumlah hari rawat	Observasional	Interval	Skor jumlah hari rawat
2	Variabel dependen: stres keluarga pasien Tuberkulosis	Bentuk ketegangan dari fisik, psikis, emosi maupun mental dari penanggung jawab utama pasien Tuberkulosis	Skor tingkat stres berdasarkan masalah pemberi perawatan, masalah keluarga, masalah keuangan	Kuesioner KCSS (Kingston Caregiver Scale Stres) diambil dari <a href="http://www.kingstonsc ales.ca">www.kingstonsc ales.ca</a> tahun 2015	Ordinal	Skor <16 = stres ringan Skor 16-24 = stres sedang Skor >24 = stres berat

#### 4.6 Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa:

1. Lembar kuisisioner untuk mengidentifikasi karakteristik responden (umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga)
2. Lembar observasi lama rawat inap pasien Tuberkulosis di Ruang 29 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
3. Lembar kuisisioner *Kingston Caregiver Stress Scale* (KCSS) atau skala stres pengasuh kingston (2005) untuk mengetahui tingkat stres anggota keluarga yang menunggu pasien Tuberkulosis. Berisi dari 10 pertanyaan yang terdiri dari: 7 pertanyaan tentang masalah pemberi perawatan, 2 pertanyaan tentang masalah keluarga, dan 1 pertanyaan tentang masalah keuangan. Dimana masing-masing pertanyaan memiliki 5 poin pilihan tingkat stres yaitu: 1=tidak merasakan stres, 2=stres ringan, 3=stres sedang, 4=stres berat, 5=sangat stres

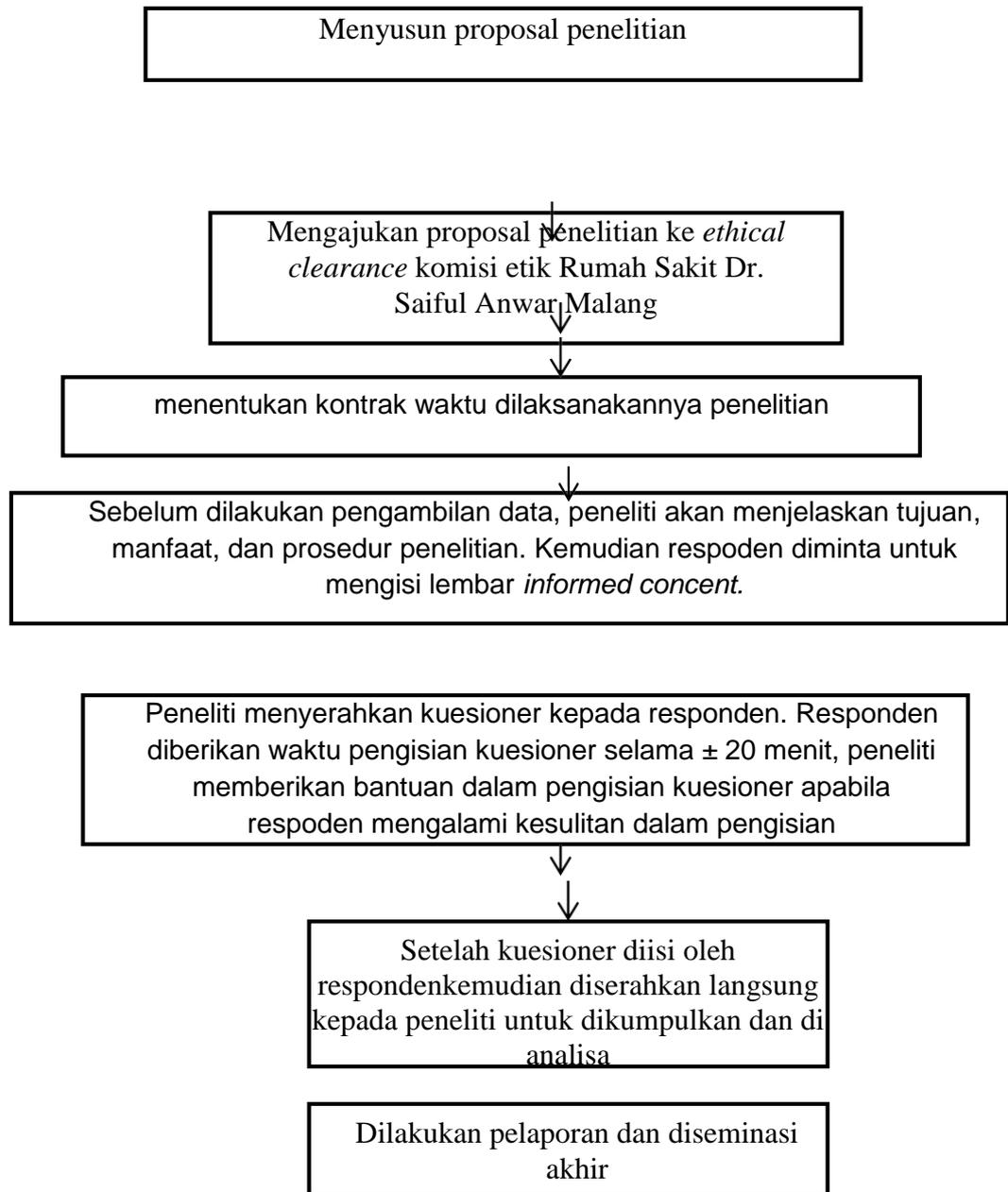
##### 4.6.1 Uji Validitas

Kuesioner penelitian yang digunakan telah dilakukan uji validitas. Peneliti melakukan uji coba kuisisioner pada keluarga pasien di Ruang 23 u, Ruang 27, dan Ruang 28 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dengan jumlah 20 responden pada bulan September 2019. Uji validitas tiap item dari instrumen menggunakan perhitungan korelasi *product moment* dari *pearson* (Notoatmodjo, 2010). Kriteria pengukuran yaitu dengan membandingkan antara  $r$  hitung dengan  $r$  tabel. Pengukuran dinyatakan valid jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel pada taraf signifikan 0,05. Perhitungan uji validitas instrumen dilakukan dengan program statistik. Kuisisioner yang dilakukan uji validitas adalah kuisisioner *Kingston Caregiver Stress Scale* (KCSS). Kuisisioner dinyatakan valid karena pada uji validitas nilai  $r$  hitung dari tiap item lebih besar dari nilai  $r$  tabel (0,632) berkisar dari 0,648-0,965.

#### 4.6.2 Uji Reliabilitas

Kuesioner penelitian yang digunakan dilakukan uji reliabilitas. Peneliti melakukan uji coba kuesioner pada keluarga pasien di Ruang 29 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dengan jumlah 20 responden pada bulan September 2019. Uji reliabilitas adalah suatu uji yang digunakan untuk menguji sejauh mana alat ukur relatif konsisten menggunakan korelasi *Cronbach's Alpha*. Kuesioner dinyatakan reliabel jika korelasi koefisien lebih besar dari nilai kritis atau bila *Cronbach's Alpha* > 0,6 maka instrumen tersebut dinyatakan reliabel atau handal. Perhitungan uji reliabilitas instrumen dilakukan dengan program statistik. Kuesioner yang akan dilakukan uji reliabilitas adalah kuesioner *Kingston Caregiver Stress Scale* (KCSS). Kuesioner ini dinyatakan reliabel karena nilai *Cronbach Alpha* sebesar 0,961.

#### 4.7 Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

#### 4.8 Prosedur Pengumpulan Data

##### 4.8.1 Sumber Data

1. Data Primer, didapatkan melalui lembar kuesioner. Lembar kuesioner yang digunakan yakni kuesioner lama rawat inap dan pengukuran tingka

stress keluarga pasien Tuberkulosis

2. Data Sekunder, didapatkan dari data rekam medis rumah sakit yakni berupa jumlah pasien yang dirawat serta *LOS (Length Of Stay)* pasien.

#### **4.8.2 Teknik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner. Langkah-langkah dalam pengambilan data adalah sebagai berikut:

1. Menentukan populasi target yaitu seluruh keluarga pasien Tuberkulosis Di Ruang 29 Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang.
2. Menentukan sampel dengan tehnik Simpel Random Sampiling yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.
3. Sebelum dilakukan pengambilan data, peneliti akan menjelaskan tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian. Kemudian responden diminta untuk mengisi lembar *informed concent*.
4. Peneliti menyerahkan kuesioner kepada responden. Responden diberikan waktu pengisian kuesioner selama  $\pm 20$  menit, peneliti memberikan bantuan dalam pengisian kuesioner apabila responden mengalami kesulitan dalam pengisian.
5. Setelah kuesioner diisi oleh responden kemudian diserahkan langsung kepada peneliti untuk dikumpulkan.
6. Peneliti menulis lama hari rawat pasien saat dilakukan penelitian di lembar kuesioner.
7. Analisa data.
8. Kesimpulan hasil penelitian.

#### **4.9 Pengolahan Data**

Pengolahan data merupakan suatu proses yang dilakukan secara

sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan. Secara garis besar pengolahan meliputi 4 langkah. Antara lain :

#### **4.9.1 Pengkoreksian (*editing*)**

*Editing* dilakukan setelah pengumpulan data dilakukan. Pada tahap *editing* dilakukan pemeriksaan antara lain: kesesuaian jawaban, kelengkapan pengisian jawaban, kesalahan atau ada tidaknya jawaban yang belum diisi, serta kesesuaian jawaban responden dari setiap pertanyaan yang diberikan dengan mengklarifikasi jawaban responden pada kuesioner dengan jawaban pasien secara langsung.

#### **4.9.2 Pengkodean (*coding*)**

Pada *coding* ini, merupakan tahap pemberian kode pada hasil jawaban responden untuk memudahkan pada tahap *scoring* data dan pengolahan data. Kode diberikan berdasarkan hasil ukur yang tercantum dalam definisi operasional. Cara pemberian kode adalah:

Data Demografi:

##### 1) Jenis Kelamin

Laki-laki : Kode 1

Perempuan : Kode 2

##### 2) Usia

17-25 Tahun : kode 1

26-35 Tahun : Kode 2

36-45 Tahun : Kode 3

46-55 Tahun : Kode 4

56-65 Tahun : Kode 5

##### 3) Pendidikan

- SD : Kode 1
- SMP : Kode 2
- SMA/K : Kode 3
- D3/Sarjana : Kode 4
- 4) Pekerjaan
  - PNS : Kode 1
  - Karyawan Swasta/Wiraswasta : Kode 2
  - Buruh/Tani : Kode 3
  - Tidak Bekerja : Kode 4
- 5) Penghasilan
  - <2.600.000 : Kode 1
  - >2.600.000 : Kode 2
- 6) Status Pernikahan
  - Menikah : Kode 1
  - Tidak Menikah : Kode 2
- 7) Hubungan Dengan Pasien
  - Suami/Istri/Ortu : Kode 1
  - Anak : Kode 2
  - Kerabat Lain : Kode 3

#### 4.9.3 Scoring

Pada tahap *scoring* ini, dilakukan pengubahan jenis data ke dalam bentuk angka atau skor yang disesuaikan dengan teknik analisa univariat, yaitu stres ringan adalah jawaban dengan skor <16, stres sedang adalah jawaban dengan skor 16-25, stres berat adalah jawaban dengan skor >25.

#### 4.9.4 Tabulasi

Dalam tahap tabulasi ini, data yang telah dimasukkan diperiksa kembali untuk memastikan bahwa data telah lengkap dan benar-benar bersih dari kesalahan serta siap dilakukan analisis. Dilakukan dengan mengecek dengan benar hasil data yang diperoleh dengan benar dan seksama sehingga tidak ada data yang keliru.

#### **4.10 Analisa Data**

##### **4.10.1 Univariat**

Data demografi karakteristik responden yang meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan hubungan keluarga merupakan data univariat yang selanjutnya dilakukan analisis deskriptif berdasarkan prosentase responden disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Data penelitian yakni lama rawat inap dan stress keluarga juga dilakukan analisis deskriptif. Data dalam penelitian ini memiliki distribusi normal.

##### **4.10.2 Bivariat**

Analisa data bivariat dilakukan menggunakan SPSS 22 Tahun 2017. Data hasil variabel lama rawat inap dan stress keluarga dianalisis menggunakan *spearman rho*. Spearman rho dipilih karena skala data variabel penelitian yakni skala interval dan skala ordinal. Analisis bivariat ditentukan nilai signifikansi dengan *confidence interval (CI)* sebesar 95%. Data dalam penelitian ini memiliki distribusi normal.

#### **4.11 Etika Penelitian**

Peneliti memohon izin etik kepada pihak terkait yaitu komisi etik Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang dengan No:400/189/K.3/302/2019. Penelitian dimulai dengan melakukan prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

**a. Respect to human**

Penelitian ini mengimplementasikan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia dalam bentuk memberikan hak subyek penelitian untuk mendapatkan penjelasan segala informasi penelitian. Setiap responden diwajibkan mengisi lembar persetujuan atau *informed consent* pada awal pengisian kuesioner dan berhak mendapat penjelasan tentang keusioner dari peneliti sehingga responden tidak bingung dalam pengisian kuesioner. Responden juga berhak menolak di tengah-tengah apabila merasa kesulitan dan terganggu dalam pengisian kuesioner.

**b. Confidentiality**

Penelitian ini tidak menampilkan informasi mengenai identitas baik nama maupun alamat asal responden dalam penyajian data untuk menjaga *anonymity* dan kerahasiaan identitas subyek. Peneliti menggunakan koding sebagai pengganti identitas responden, yaitu: untuk nama responden menggunakan inisial nama depan saja tanpa mencantumkan nama panggilan atau nama lengkap, untuk jenis kelamin laki-laki kodenya adalah 1 (satu) dan jenis kelamin perempuan kodenya adalah 2 (dua).

**c. Justice**

Penelitian ini memperlakukan responden secara adil mencakup menyeleksi responden dengan adil dan tidak diskriminatif yaitu memberikan kuesioner kepada semua keluarga pasien tanpa memandang strata atau tingkatan.

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini akan membahas mengenai hasil penelitian antara lama hari rawat dengan tingkat stres keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang, yang dimulai dari gambaran karakteristik responden (meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, penghasilan, dan variabel penelitian) dan analisa hubungan variabel penelitian. Dalam penelitian didapatkan responden sejumlah 38 orang. Hasil pengujian hipotesis diuji secara statistik menggunakan program pengolahan data SPSS VERSI 22.0

#### **5.1. Analisis Univariat**

##### **5.1.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, dan Hubungan dengan pasien**

Karakteristik usia responden didapat dari data primer berupa kuesioner yang diberikan kepada 38 responden dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi berikut:

**Tabel 5.1 Gambaran Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Status Pernikahan, Hubungan Dengan Pasien (n=38)**

No	Karakteristik	n	%
1.	<b>Usia</b>		
	17-25 tahun	3	7,9%
	26-35 tahun	7	18,4%
	36-45 tahun	16	42,1%
	46-55 tahun	6	15,8%
	56-65 tahun	6	15,8%
	<b>Total</b>	38	100 %
2.	<b>Jenis kelamin</b>		
	Laki-laki	17	44,7%
	Perempuan	21	55,3%
	<b>Total</b>	38	100%
3.	<b>Pendidikan</b>		
	SD	4	10,5%
	SMP	6	15,8%
	SMA	21	55,3%
	D3/SARJANA	7	18,4%
	<b>Total</b>	38	100%
4.	<b>Pekerjaan</b>		
	Karyawan	20	52,6%
	swasta/wiraswasta	4	10,6%
	Buruh/petani	14	36,8%
	Tidak bekerja/IRT		
	<b>Total</b>	38	100%
5.	<b>Penghasilan</b>		
	<2.600.000	31	81,6%
	>2.600.000	7	18,4%
	<b>Total</b>	38	100%
6.	<b>Status pernikahan</b>		
	Menikah	31	81,6%
	Tidak menikah	7	18,4%
	<b>Total</b>	38	100%
7.	<b>Hubungan dengan pasien</b>		
	Suami/istri/ortu	21	55,3%
	Anak	9	23,7%
	Kerabat lain	8	21,0%
	<b>Total</b>	38	100%

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa dari 38 responden, mayoritas responden berusia 36-45 tahun berjumlah 16 orang (42,1%) yang tergolong dalam kategori dewasa usia akhir, mayoritas keluarga pasien memiliki

jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 21 orang (55,3%), memiliki pendidikan SMA yaitu sebanyak 21 orang (55,3%), memiliki pekerjaan karyawan swasta/wiraswasta yaitu sebanyak 20 orang (56,2%), memiliki penghasilan <2.600.000 yaitu sebanyak 31 orang (81,6%), memiliki status menikah yaitu sebanyak 31 orang (81,6%), dan memiliki hubungan suami/istri/ortu yaitu sebanyak 21 orang (55,3%).

### **5.1.2. Karakteristik Lama Hari Rawat Pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang**

Karakteristik lama hari rawat pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang didapat dari data primer berupa kuesioner yang diberikan kepada 38 responden dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi berikut:

**Tabel 5.2 Gambaran Karakteristik Lama Hari Rawat Pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang**

<b>Variabel</b>	<b>n</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>95% CI</b>
Lama hari rawat pasien tuberkulosis	38	8,32	4,186	1;17

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa rata-rata lama hari rawat pasien tuberkulosis adalah 8 hari dengan nilai minimum adalah 1 hari dan nilai maksimum adalah 17 hari.

### **5.1.3. Karakteristik Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang**

Karakteristik tingkat stres keluarga pasien tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang didapat dari data primer berupa kuesioner yang diberikan kepada 38 responden dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi berikut:

**Tabel 5.3 Gambaran Karakteristik Tingkat stres Keluarga Pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang (n=38)**

Tingkat Stres	N	%
Ringan	10	26,3%
Sedang	15	39,5%
Berat	13	34,2%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat stres sedang yaitu sejumlah 15 orang (50%).

## 5.2. Analisis Bivariat

### 5.2.1. Tabulasi silang antara lama hari rawat dengan tingkat stres keluarga

Tabulasi silang antara lama hari rawat dengan tingkat stres keluarga pasien Tuberkulosis disajikan dalam bentuk tabel berikut:

**Tabel 5.4 Tabulasi Silang Antara Lama Hari Rawat Dengan Tingkat Stres Keluarga pasien**

Kategori	Tingkat stres			Jumlah Sampel	
	Ringa n/<16	Sedan g/16-24	Berat/ >24		
Lama rawat	1	0	1	0	1
inap	2	1	0	0	1
	3	2	1	1	4
	4	1	3	0	4
	5	2	1	0	3
	6	0	1	1	2
	7	0	1	0	1
	8	0	0	1	1
	9	2	3	0	5
	10	2	0	0	2
	11	0	3	1	4
	12	0	1	3	4

13	0	0	3	3
15	0	0	2	2
17	0	0	1	1
<b>Jumlah Sampel</b>	10	15	13	38

### 5.2.2. Hubungan Antara Lama Hari Rawat dengan Tingkat Stres Keluarga

Analisis lama hari rawat inap dengan tingkat stres keluarga pasien tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang didapat dari data primer berupa kuesioner yang diberikan kepada 38 responden dan disajikan dalam bentuk tabel berikut:

**Tabel 5.5 Hubungan Antara Lama Hari Rawat Dengan Tingkat Stres Keluarga**

Variabel	Koefisien Korelasi	p-value	Hasil
Lama rawat inap dengan tingkat stres keluarga pasien tuberkulosis di ruang 29 Rumah Sakit Saiful Anwar Malang	0,561	0,000	Ada hubungan yang signifikan

Berdasarkan hasil analisis data di atas diketahui nilai signifikansi  $p < 0,001$  yang berarti bahwa: terdapat hubungan yang signifikan antara lama hari rawat dengan tingkat stres keluarga, dan angka koefisien korelasi sebesar 0,561 yang berarti tingkat kekuatan hubungan (korelasi) antara variable lama hari rawat dengan tingkat stres keluarga termasuk dalam kategori kekuatan sedang. Angka koefisien korelasi pada hasil di atas, bernilai positif, sehingga hubungan kedua variable tersebut bersifat searah, dengan demikian dapat diartikan bahwa semakin lama hari perawatan pasien maka tingkat stres keluarga juga meningkat.

## **BAB 6 PEMBAHASAN**

### **6.1. Karakteristik Lama Rawat Inap Pasien Tuberkulosis**

Lama hari rawat merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan pelayanan rumah sakit yang dapat dinilai atau diukur. Bila seseorang dirawat di rumah sakit, maka yang diharapkan baik oleh tenaga medis maupun oleh penderita itu sudah tercapai, maka tentunya tidak ada seorangpun yang ingin berlama-lama di rumah sakit. Variasi lama rawat ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain keparahan penyakit, mutu pelayanan rumah sakit dan mekanisme koping, di dalam mekanisme koping keluarga sangat berperan (Suheri, 2010). Menurut Syamsiah (2012), bahwa dukungan emosional keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi.

Kementerian Kesehatan RI telah menetapkan pengobatan Tuberkulosis melalui pedoman nasional pengendalian Tuberkulosis tahun 2011. Telah dilaporkan bahwa pengobatan rawat inap Tuberkulosis memiliki rata-rata lama perawatan adalah enam hari. Sedangkan dari hasil penelitian di atas didapatkan bahwa lama hari rawat pasien Tuberkulosis di ruang 29 Rumah Sakit Saiful Anwar adalah 8 hari. Hal ini bisa disebabkan oleh karena penegakan diagnosa pada pasien Tuberkulosis yang dirawat di Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang adalah dilakukan foto dada pada hari pertama, dilakukan pengambilan spesimen dahak untuk pemeriksaan TCM pada hari kedua-hari ketiga yang hasilnya bisa didapat pada hari keenam sampai dengan hari ketujuh.

Sebagian besar pasien Tuberkulosis paru yang di rawat inap rumah sakit mengalami perbaikan manifestasi klinis setelah perawatan di rumah sakit. Namun

pada beberapa pasien, ada manifestasi klinis yang masih menetap pada akhir perawatan, yaitu batuk, sesak napas, batuk darah, demam, sakit kepala, dan lemas. Sedangkan mual/muntah, KGB membesar, menggigil, nyeri dada, keringat mala, dan nafsu makan turun adalah manifestasi klinis yang hilang secara total pada saat pasien diperbolehkan untuk pulang dari rumah sakit (Surja, 2011).

Lama perawatan inap pasien TB paru di rumah sakit Atmajaya umumnya adalah 6 hari, namun terdapat variasi lama perawatan mulai dari 2-13 hari (Sem, Althea, Tenggara, 2011). Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian yang diadakan di negara barat seperti, California dan Riverside, yang menyebutkan bahwa lama perawatan pasien Tuberkulosis umumnya 11 hari (Singh, Mann, 2004). Hal ini mengindikasikan terdapat perbedaan dalam kriteria perawatan pasien tuberkulosis di setiap negara.

## **6.2. Karakteristik Tingkat Stres Keluarga**

Stres adalah suatu perasaan yang dialami apabila seseorang menerima tekanan (Syahbudin, 2010). Kondisi stres terjadi karena ketidakseimbangan antara tekanan yang dihadapi individu dengan kemampuan untuk menghadapi tekanan tersebut. Individu membutuhkan energi yang cukup untuk menghadapi situasi stres agar tidak mengganggu kesejahteraan mereka (Evanjeli, 2012). Faktor-faktor yang memicu stres pada keluarga antara lain adalah: faktor parahnya penyakit yang diderita pasien, pengetahuan keluarga pasien tentang parahnya penyakit yang diderita pasien, lingkungan rumah sakit yang tidak nyaman, pekerjaan atau aktivitas sehari-hari yang ditinggalkan selama rawat inap pasien (Yusuf, 2004).

Dari hasil penelitian di atas diketahui bahwa mayoritas keluarga pasien memiliki tingkat stres sedang dengan karakteristik usia pada masa dewasa akhir.

Usia erat kaitannya dengan kematangan dan pengalaman seseorang dalam menghadapi setiap permasalahan yang ada. Usia juga merupakan salah satu domain penting yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dalam hidupnya. Semakin cukup usia, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bertindak (Notoatmodjo, 2007). Pernyataan tersebut menerangkan bahwa usia keluarga (responden) akan mempengaruhi kematangannya dalam berfikir dan bertindak menanggapi perawatan selama di rumah sakit. Keluarga diharapkan mampu untuk membentuk suatu mekanisme koping yang positif dalam menanggapi setiap permasalahan selama pasien dirawat di rumah sakit (Yeni, Novayelinda, Karim, 2012).

Hasil penelitian didapatkan data bahwa sebagian besar pendidikan responden adalah SMA. Pendidikan merupakan suatu bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Semakin tinggi pendidikan formal maka semakin mudah seseorang menerima informasi dan melakukan pemanfaatan terhadap pelayanan kesehatan yang ada untuk meningkatkan kualitas hidupnya (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Nursalam (2011), pekerjaan adalah kegiatan yang harus dilakukan seseorang dalam menunjang dan mempertahankan kehidupannya dan kehidupan keluarganya. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang berulang, banyak tantangan, dan menyita waktu. Menurut Steadman (2007), ditemukan bahwa pria dan wanita yang bekerja mudah mengalami stres. Mayoritas keluarga pasien yang menunggu

pasien di rumah sakit mempunyai pekerjaan sebagai karyawan swasta/wiraswasta.

Penghasilan mayoritas responden dalam penelitian ini adalah dibawah upah minimum regional kota malang (UMR). UMR menentukan kesejahteraan dan status sosial ekonomi seseorang di masyarakat. Kondisi sosial ekonomi dapat menimbulkan stres, orang mengalami stres akibat kondisi ekonomi yang serba kekurangan. Perawatan di rumah sakit merupakan masalah sosial ekonomi yang kompleks terjadi pada seseorang yang keluarganya dirawat di rumah sakit (Sismi, Novayelinda, Karim, 2004)

### **6.3. Hubungan Lama Rawat Inap Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis**

Masalah kecemasan pada keluarga yang dirawat di rumah sakit penting sekali diperhatikan karena dalam sebuah perawatan, pasien dan keluarga merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan satu dengan yang lainnya. Hal ini perlu menjadi perhatian penting bagi dokter dan perawat dan dokter bahwa keluarga mempunyai peranan penting dalam pengambilan keputusan dan sering dilibatkan secara langsung dalam tindakan pertolongan yang diberikan pada pasien (Maryam dkk, 2008 dalam Ida dkk, 2019)

Kecemasan keluarga pasien bisa dirasakan bila individu mempunyai kepekaan lingkungan, pasien yang baru dirawat di rumah sakit dihadapkan pada situasi dan lingkungan baru, sehingga kemampuan adaptasi pasien akan mempengaruhi kecemasan keluarga pasien (Karima, Setyorini, 2016). Menurut utama (2010), kecemasan timbul akibat ketidakmampuan berhubungan interpersonal dan sebagai akibat dari penolakan. Kurangnya sistem

pendukung/dukungan dari keluarga yang lain dan petugas kesehatan dapat menambah stres keluarga (Sismi, dkk)

Hasil penelitian di atas mendapatkan bahwa terdapat hubungan antara lama hari rawat dengan tingkat stres keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Tistiawati (2016) yang menyebutkan lama rawat inap juga mempengaruhi tingkat stres orang tua yang anaknya dirawat di Rumah sakit Harapan Anda Tegal. Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan stres orang tua yang berkaitan dengan rawat inap anak, yaitu keseriusan ancaman yang menimpa anak, pengalaman hospitalisasi, prosedur kesehatan atau medis dalam diagnosis penyakit dan pengobatan, sistem pendukung yang tersedia, kekuatan ego di dalam diri, pola komunikasi antar anggota keluarga, keyakinan agama dan budaya, stres tambahan pada sistem keluarga (Utami, 2014).

Rosidawati dan Hodijah (2019) berasumsi bahwa semakin lama pasien dirawat, maka kecemasan keluarga pun akan meningkat, hal ini dipengaruhi oleh kondisi pasien, semakin lama dirawat di ruang ICU maka artinya pasien belum stabil dan memerlukan penanganan khusus dan peralatan yang lengkap sehingga pasien belum bisa dipindahkan ke ruang rawat inap, dan hal ini menyebabkan keluarga khawatir dan cemas. Kondisi pasien dengan penyakit komplikasi juga sulit untuk segera dipindahkan ke ruang rawat inap, sehingga hal ini juga dapat membuat pasien menjadi lama dirawat di ruang ICU dan keluarga pun secara otomatis bertambah khawatir dan cemas.

#### **6.4. Implikasi keperawatan**

Perawat harus melibatkan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, misalnya ketika ada pasien baru datang di Ruang 29 perawat

langsung menjelaskan tentang alasan pasien dirawat di Ruang 29 sehingga dijelaskan apa saja yang harus dilakukan agar pelayanan keperawatan berjalan dengan maksimal yang memungkinkan lama hari rawat pasien Tuberkulosis tidak memanjang. Misalnya: menjelaskan tentang penyakit pasien untuk meningkatkan pengetahuan keluarga pasien tentang penyakit agar keluarga pasien tidak bingung, menjelaskan mengapa harus memakai masker, mengajarkan cara cuci tangan. Perawat juga harus menjelaskan nanti ketika pasien boleh pulang apa yang harus dilakukan di rumah, misalnya cara pencegahan agar bakteri Tuberkulosis tidak menular kepada keluarga yang lain terutama anak-anak yang tinggal satu rumah dengan pasien. Perlu ada aturan/SOP yang menyebutkan bahwa keluarga harus dilibatkan secara langsung dalam asuhan keperawatan.

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **7.1. Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian dan pembahasan mengenai “Hubungan Lama Rawat Inap Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis Di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang” didapatkan kesimpulan bahwa:

1. Rata-rata lama hari rawat pasien Tuberkulosis paru di ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang adalah 8 hari.
2. Hasil tingkat stres keluarga pasien Tuberkulosis di ruang 29 Rumah Sakit Saiful Anwar Malang adalah kategori stres ringan sebanyak 10 responden, kategori stres sedang 15 responden, dan kategori stres berat sebanyak 13 responden.
3. Terdapat hubungan antara lama hari rawat inap dengan tingkat stres keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang ( $p \text{ value} = 0,000$ ) dan terdapat hubungan yang searah antara kedua variabel yang berarti semakin tinggi lama hari rawat pasien Tuberkulosis, maka semakin tinggi tingkat stres keluarga pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang ( $r = 0,561$ ).

#### **7.2. Saran**

Bagi perawat diharapkan untuk selalu memberikan pelayanan yang komperhensif kepada penderita Tuberkulosis dan keluarga yang merawat dengan memberikan penjelasan mengenai apa yang dibutuhkan oleh keluarga, misal tentang kondisi pasien saat ini, bagaimana cara memotivasi pasien, bagaimana cara merawat pasien, dan kapan bisa pulang.

Bagi rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan, untuk menyusun SOP tentang pelibatan keluarga pasien dalam perawatan. Dengan melibatkan keluarga pasien akan memudahkan pasien, keluarga, perawat, dan tim medis lainnya mencapai tujuan perawatan, karena koordinasi dan pengambilan keputusan tindakan pasien akan lebih efektif.

Bagi peneliti selanjutnya, disarankan agar perawat atau tim medis lain untuk selalu berkoordinasi dengan keluarga terkait tindakan yang dilakukan kepada pasien. Dan juga melibatkan keluarga pasien dalam hal perawatan pasien sehingga ketika pasien sudah boleh pulang, keluarga dapat melakukan perawatan kepada pasien dengan tidak jauh berbeda seperti yang didapatkan pasien di rumah sakit. Perlu ada penelitian tentang hubungan dukungan keluarga terhadap lama hari rawat pasien.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Ajzen, I. (2005). *Attitude, Personality and Behavior Second*. Buckingham: Open University Press.
- Andereto, O. (2015). *Penyakit Menular di Sekitar Anda*. Jakarta: Pustaka Ilmu Semesta.
- Arikunto, S. (2006). *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bagiada. (2010). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Ketidapatuhan Penderita Tuberkulosis dalam Berobat di Poliklinik DOTS RSUP Sanglah Denpasar. *Jurnal Penyakit Dalam FK UNUD*.
- Bildenhann, A. (2015). *Assesment of Knowledge and Attitudes on Latent Tuberculosis Treatment Acceptance in a South West*. Dayton, Ohio: Wright State Univerity.
- Canadian Tuberculosis Standards*. (2013). *Canadian Tuberculosis Standards, 7th Edition*. Public Health Agency of Canada: Centre for Communicable Diseases and Infection Control
- Cuevas, C. d., & Penate, W. (2014). *Psychometric Propertice of The Eight Item Mosisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a Psychiatric Out Patient Setting*. Spanish: University de La Laguna.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Pedoman Nasional Penanggulangan TBC*. Jakarta: Bhakti Husada.
- Dermawanti. (2014). *Hubungan Komunikasi Interpersonal Petugas Kesehatan Terhadap Kepatuhan Pasien Menjalani Pengobatan Tb Paru Di Puskesmas Sunggal Medan*. Medan: FKM USU.

- Dhewi, G. I., Armiyati, Y., & Supriyono, M. (2011). *Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap Pasien dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien TB Paru di BKPM Pati*. Semarang: Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Stikes Telogorejo.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2014). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2016. *Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2016*. Jl. Ahmad Yani 118, Surabaya.
- Djojodibroto, D. (2009). *Respirologi (Respiratory Medicine)*. Jakarta: EGC.
- Erawatyningsih. (2012). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Ketidaktepatan Berobat pada Penderita Tuberkulosis Paru. *Berita Kedokteran Masyarakat (BKM)*, 117.
- Farhan, Zahara. (2014). *Prediktor Stres Keluarga Akibat Anggota Keluarganya Dirawat di General Intensive Care Unit*. Journal MKB Vol. 46 No 3, September.
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC.
- Gough, A., & Kaufman, G. (2011). *Pulmonary Tuberculosis: Clinical Features and Patient Management*. Nursing Standar.
- Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Husna, Sari. (2018). *Stres Keluarga Dengan Anggota Keluarga Dirawat Di Ruang Intensif*. JIM Fkep. Vol III. 3:119-124.
- Kacmarek, R. M., Stoller, J. K., & Hener, A. J. (2013). *Egans Fundamentals of Respiratory Care*. Ohio: Mosby.

- Karima, Setyorini. (2017). *Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Lama hari Rawat Pada Pasien Akut Miokard Infark (AMI) Di Ruang ICVCU RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. Jurnal Keperawatan Global. Vol 2. 1;1-61
- Kasuari, N., Heryati, & Ismail, R. (2009). *Sosiologi Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2014). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2011). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI, (2016). *National Strategic Plan of Tuberculosis Control 2016-2020*,
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Infodatin Pusat Data dan Informasi Kesehatan RI tentang Tuberculosis*. Jakarta Selatan.
- Laban, Y. Y. (2008). *Penyakit TBC dan Cara Pencegahannya*. Yogyakarta: Kanisius.
- Lestariana, N. N. (2016). *Pengembangan Model Peningkatan Kepatuhan Berbasis Theory of Planned Behavior pada Klien DM Tipe II di Puskesmas Gundih Surabaya*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Loriana. (2013). *Efek Konseling Terhadap Pengetahuan, Sikap Dan Kepatuhan Berobat Penderita Tuberculosis Paru Di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Samarinda*. Samarinda: Poltekkes Samarinda.

- Maulana, H. D. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta : EGC.
- Mirawati. (2013). *Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Klien Minum Obat Pada Klien Tb Paru Di Ruang Poli Penyakit Dalam RSUD Kepahiang*. Bengkulu: STID.
- Moretta, dkk. (2014). *A Study Of The Psychological Distress In Family Caregivers Of Patients With Prolonged Disorders Of Consciousness During In-Hospital Rehabilitation*. *Clinical Rehabilitation*. Vol 28. 7:717-725
- Morisky, D., Green, L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 67-74.
- Mayam, S. (2016). Stres Keluarga: Model Dan Pengukurannya. *Jurnal Psikoislamedia*. Vol 1. 2:335-343
- Nadesal, H. (2009). *Dari Balik Kamar Praktik Dokter*. Jakarta: BPK Gunung Mulia.
- Netty, E. (2013). Hubungan Peran Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Klien Tuberkulosis di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa Tahun 2013. *Jurnal Keperawatan Politeknik Kemenkes Jakarta*.
- Ningsih, H. E. (2016). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Berobat Pada Pasien TB Paru Di Wilayah Puskesmas Semuntul Kabupaten Banyuasin Sumatera Selatan*. Surabaya: FKP Universitas Airlangga.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Konsep Perilaku Dan Perilaku Kesehatan*. Dalam: Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta, 133-151

- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurani, & Tutik P. (2015). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pengguna Jasa Rawat Inap Di Rsud Dr. Moewardi. Publikasi Penelitian. Program Pascasarjana Magister Manajemen: Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Nursalam. (2013). *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis* . Jakarta: Salemba Medika.
- Pare, A. (2013). *Hubungan antara Pekerjaan, PMO, Pelayan Kesehatan , Dukungan Keluarga dan Diskriminasi dengan Perilaku Berobat Pasien TB Paru*. Samarinda: FKM Universitas Hasanudin.
- Persatuan Dokter Paru Indonesia. (2006). *Tuberkulosis Pedoman Diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia*. Persatuan Dokter Paru Indonesia.
- Ramdhani, N. (2009). *Model Perilaku Penggunaan IT RR-2007 Pengebangan dari Teknologi Aceptance Model (TAM*. Yogyakarta: UGM.
- Rennick, E.J., Dougherty, G., Chambers, C., Streamler, R., Childerhose, E. J., Stack, M.D., Harrison, D., Chambhell, Y.M., Palmer, D.K., Zhang, X., & Hutchison, J., (2014). Children's Psychological and Behavioral Responses Following Pediatric Intensive Care Unit Hospitalization: The Caring Intensively Study. *Jurnal BMC Pediatric*, Vol.14 No.276, pp: 1471-2431.
- Rosidawati, Hodijah. (2019). *Hubungan Lama Rawat Inap Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit RSUD Dr Soekardjo Kota Tasikmalaya*. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu*. Vol 07. 1:33-38.
- Ronald, Lisa A. ,J. Gerald F. M., Benedetti A., Boivin J. F., Schwartzman K., Esquilant G. B., Menzies D., (2016). Predictors of hospitalization of

tuberculosis patients in Montreal, Canada: a retrospective cohort study. *BMC Infectious Diseases*: <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1997-x>

- Setiadi. (2007). *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Jakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer, S. C. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Somantri, I. (2007). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Srivastava VK, Devi U, & Rao CM. (2013). *Effect Of Iron Supplementation On Mild To Moderate Anemia In Pulmonary Tuberculosis*. *Brit J Nutr* 90:541-50.
- Surja, Althea, & Tenggara. (2011). *Perkembangan Klinis Dan Durasi Perawatan Pasien Tuberkulosis Rawat Inap Di Rumah Sakit Atmajaya Tahun 2004-2007*. *Damianus Journal Of Medicine*. Vol 10. 3:133-139
- Suzana, W., & Waridah, E. (2013). *Kamus Bahasa Indonesia untuk Pelajar Mahasiswa dan Umum*. Bandung: Ruang Kata.
- Swarjana, I. (2012). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: CV. Ando Offset.
- Tadesse, T., Demissie, M., Berhane, Y., Kabede, Y., & Abebe, M. (2013). Research Article Open Access Long Distance Travelling and Financial Burdens Discourage Tuberculosis DOTs Treatment Initiation and Compliance in Ethiopia: a Qualitative Study. *BMC Public Health*, 13-28.
- Tambayong, J. (2000). *Patofisiologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Taylor S. M., Marks N. M., Burrows R., Weia S. E., Stricof R. L., & Miller B. (2017). *Causes And Costs Of Hospitalization Of Tuberculosis Patients In The United States*. *Int J Tuberc Lung Dis*. Author Manuscript, 30 Mei 2017.
- Tistiawati D. (2016). *Hubungan Tingkat Stres Orang Tua Dengan Lama Hari Rawat Inap Anak Di Rumah Sakit Islam Harapan Anda Tegal*. Naskah Publikasi Ilmiah. Fakultas Kedokteran: Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Utami Y. (2014). *Dampak Hospitalisasi Terhadap Perkembangan Anak*. Ejournal Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. Vol.2 No.2, pp: 9-20.

Wahyuni, E. D. (2012). *Pengembangan Model Perilaku Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berbasis Theory of Planned Behavior RSD Mardi Waluyo Blitar*. Surabaya: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

WHO. (2017). *Global Tuberculosis Report 2017*. Jenewa

WHO. (2015). *World Health Statistics 2015 Indikator Compedium*. New York: World Health Organization.

Yeni, Novayelinda, Karim. (2012). *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Stres Orang Tua Pada Anak Yang Dirawat Di Ruang Perinatologi RSUD Arifin Ahmad Pekanbaru Riau*. Riau.

## Lampiran 1 Pernyataan Keaslian Tulisan

### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Anita Suhermin

NIM : 185070209111074

Jurusan : Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang,

Yang membuat  
pernyataan

Anita Suhermin

1850702091110

74

## Lampiran 2 Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian

### PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah Anita Suhermin mahasiswa Jurusan Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian Tugas Akhir yang berjudul **"HUBUNGAN LAMA HARI RAWAT DENGAN TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN TUBERKULOSIS DI RUANG 29 RUMAH SAKIT Dr. SAIFUL ANWAR MALANG"**.
2. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui adanya hubungan antara lama hari rawat dengan tingkat stres keluarga pasien tuberkulosis di ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.
3. Prosedur pengambilan data adalah dengan menggunakan kuisisioner yang diberikan kepada keluarga pasien tuberkulosis dengan pertanyaan yang sudah disediakan. Cara ini tidak akan menimbulkan dampak apapun terhadap subyek.
4. Keuntungan yang dapat diperoleh adalah mengetahui tingkat stres keluarga pasien tuberkulosis.
5. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini maka anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Untuk itu anda tidak akan dikenai sanksi apapun.
6. Nama dan jati diri anda dan keluarga anda akan tetap dirahasiakan.

Peneliti

Anita Suhermin

1850702091110

74

### Lampiran 3 Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden

#### PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

##### (Informed Consent)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Responden : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dan akan memberikan informasi yang akan dibutuhkan berkaitan dengan penelitian yang berjudul **“HUBUNGAN LAMA RAWAT INAP DENGAN TINGKAT STRES KELUARGA PASIEN TUBERKULOSIS DI RUANG 29 RUMAH SAKIT Dr. SAIFUL ANWAR MALANG”**. Demikian pernyataan ini dibuat tanpa adanya paksaan dari pihak manapun dan saya berhak menuntut atas kerahasiaan informasi yang saya berikan.

Malang,  
2019

Peneliti

Responden

Anita Suhermin

Saksi I

Saksi II

## Lampiran 4 Kuesioner Penelitian

### Kuesioner Penelitian Hubungan Antara lama Rawat Inap Dengan Tingkat Stres keluarga Pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang

#### A. Data Demografi

##### Data Pasien

Nama Pasien :

Jenis Kelamin  : Laki-laki      Perempuan

Pendidikan  : SD      SMP      SMK      DIII/Sarjana

Pekerjaan :

Penghasilan  : <2.600.000      >2.600.000

Tanggal Mulai Dirawat :

Hari Rawat Ke :

##### Data pengasuh

Nama Pengasuh :

Jenis Kelamin  : Laki-laki      Perempuan

Usia :

Pendidikan  : SD      SMP      SMK      DIII/Sarjana

Pekerjaan :

Penghasilan  : <2.600.000      >2.600.000

Status Pernikahan  : Menikah      Tidak menikah

Hubungan dengan pasien :

Tanggal pengisian kuesioner :

## B. Kuesioner Penelitian

### Petunjuk Pengisian!

Kuesioner ini berisi tentang apa yang anda rasakan. Berikan tanda  $\surd$  pada jawaban yang anda pilih sesuai dengan yang anda rasakan. Pilihlah jawaban yang terdiri dari 5 poin, dimana:

- 1=jika anda tidak merasa stres berat  
 2=jika anda merasa stres ringan  
 3=jika anda merasa stres sedang  
 4=jika anda merasa stres  
 5=jika anda merasa sangat stres

DALAM MEMBERIKAN PERAWATAN:		1	2	3	4	5
1	Apakah anda merasa kewalahan, terlalu banyak bekerja, dan/atau terbebani?					
2	Apakah ada perubahan pada hubungan dengan pasangan atau kerabat anda?					
3	Apakah anda menyadari ada perubahan pada kehidupan sosial anda?					
4	Apakah anda mengalami masalah dengan pekerjaan anda?					
5	Apakah anda memiliki perasaan					

	terkurung atau terjebak oleh tanggung jawab atau tuntutan sebagai pengasuh atau pemberi perawatan?					
6	Apakah anda pernah memiliki perasaan kurang percaya diri terhadap kemampuan anda untuk memberikan perawatan?					
7	Apakah anda memiliki kekhawatiran mengenai kebutuhan perawatan masa depan dari pasangan/kerabat anda?					
8	Apakah ada masalah dalam keluarga karena perawatan di RS?					
9	Apakah ada masalah dalam keluarga terkait dukungan keluarga dalam memberikan perawatan?					
10	Apakah anda mengalami kesulitan keuangan yang berkaitan dengan pemberian perawatan?					

Source: R. W. Hopkins, L. A. Kilik, Department of Psychiatry and psychologi.

Kingston, Ontario, Canada



em5	it	Pearson	,7	,8	,8	,8		,6	,7	,3	,8	,8	,8
	Correlation		60**	45**	36**	24**	1	70**	54**	52	29**	17**	84**
	Sig. (2-tailed)		,0	,0	,0	,0		,0	,0	,1	,0	,0	,0
	N		00	00	00	00		01	00	28	00	00	00
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
em6	it	Pearson	,6	,8	,7	,6	,6		,9	,7	,7	,6	,8
	Correlation		50**	78**	33**	37**	70**	1	39**	22**	25**	71**	72**
	Sig. (2-tailed)		,0	,0	,0	,0	,0		,0	,0	,0	,0	,0
	N		02	00	00	03	01		00	00	00	01	00
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
em7	it	Pearson	,6	,8	,7	,7	,7	,9		,6	,8	,7	,9
	Correlation		07**	82**	44**	19**	54**	39**	1	06**	26**	71**	01**
	Sig. (2-tailed)		,0	,0	,0	,0	,0	,0		,0	,0	,0	,0
	N		05	00	00	00	00	00		05	00	00	00
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
em8	it	Pearson	,2	,5	,6	,6	,3	,7	,6		,4	,3	,6
	Correlation		90	79**	86**	53**	52	22**	06**	1	43	97	48**
	Sig. (2-tailed)		,2	,0	,0	,0	,1	,0	,0		,0	,0	,0
	N		14	07	01	02	28	00	05		50	83	02
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
em9	it	Pearson	,7	,8	,7	,8	,8	,7	,8	,4		,9	,9
	Correlation		23**	61**	96**	11**	29**	25**	26**	43	1	81**	29**

	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
item10	Pearson Correlation	,675**	,811**	,760**	,780**	,817**	,671**	,771**	,397	,981**	1	,892**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,083	,000		,000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
hasil	Pearson Correlation	,794**	,965**	,921**	,873**	,884**	,872**	,901**	,648**	,929**	,892**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,000	,000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Lampiran 6 Hasil pengujian reliabilitas instrumen

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	2	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	2	100,0
	Missing	0	,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,961	10

## Lampiran 7 Hasil pengujian statistik

### A. Hasil uji statistik deskriptif

#### Statistics

jeniskel		
	V	3
alid		8
	M	0
issing		0
Mean		1,55
Median		2
Mode		2
Minimum		1
Maximum		2

#### jeniskel

		Fre quency	P ercent	Valid Percent	Cumul ative Percent
alid	laki-	17	4	44,7	44,7
	laki		4,7		
	pere	21	5	55,3	100,0
	mpuan		5,3		
Total		38	100,0	100,0	

#### Statistics

usia		
	V	3
alid		8
	M	0
issing		0

Mean	4
	1,58
Median	4
	0,50
Mode	3
	7
Minimum	2
	0
Maximum	6
	0

## usia

	Fre quency	P ercent	Valid Percent	Cumul ative Percent
valid 0	1	2,6	2,6	2,6
1	1	2,6	2,6	5,3
2	1	2,6	2,6	7,9
6	2	5,3	5,3	13,2
0	1	2,6	2,6	15,8
3	1	2,6	2,6	18,4
4	1	2,6	2,6	21,1
5	2	5,3	5,3	26,3
6	1	2,6	2,6	28,9
7	4	10,5	10,5	39,5
8	1	2,6	2,6	42,1

9	2	5,3	5,3	47,4
0	1	2,6	2,6	50,0
1	1	2,6	2,6	52,6
2	3	7,9	7,9	60,5
3	1	2,6	2,6	63,2
4	1	2,6	2,6	65,8
5	1	2,6	2,6	68,4
6	1	2,6	2,6	71,1
0	1	2,6	2,6	73,7
1	1	2,6	2,6	76,3
3	2	5,3	5,3	81,6
5	1	2,6	2,6	84,2
6	1	2,6	2,6	86,8
7	1	2,6	2,6	89,5
8	1	2,6	2,6	92,1
0	3	7,9	7,9	100,0
total	38	100,0	100,0	

**Statistics**

katusia

	V	3
Valid		8
	M	0
Missing		3
Mean		,13
Median		3
Mode		,00
Minimum		3
Maximum		1
		5

katusia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 7-25	3	7,9	7,9	7,9
6-35	7	18,4	18,4	26,3
6-45	16	42,1	42,1	68,4
6-55	6	15,8	15,8	84,2
6-65	6	15,8	15,8	100,0
Total	38	100,0	100,0	

**Statistics**

pendidikan

	V	3
Valid		8
	M	0
Missing		

Mean	2,82
Median	3,00
Mode	3
Minimum	1
Maximum	4

## pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sd	4	10,5	10,5	10,5
p sm	6	15,8	26,3	26,3
a sm	21	55,3	81,6	81,6
d3/sarjana	7	18,4	100,0	100,0
Tot al	38	100,0	100,0	

## Statistics

pekerjaan

Valid	3
alid	8
M	0
issing	2
Mean	2,84
Median	2,00
Mode	2
Minimum	2
Maximum	4

## pekerjaan

	Fre quency	P ercent	Valid Percent	Cumul ative Percent
valid kary swasta/wiraswasta	20	52,6	52,6	52,6
buruh/petani	4	10,5	63,2	63,2
tdk brja/irt	14	36,8	100,0	100,0
Total	38	100,0		

## Statistics

## penghasilan

Valid	3
Missing	8
Mean	1,18
Median	1,00
Mode	1
Minimum	1
Maximum	2

## penghasilan

	Fre quency	P ercent	Valid Percent	Cumul ative Percent
valid <2.6 00.000	31	81,6	81,6	81,6
>2.6 00.000	7	18,4	100,0	100,0

	Tota	38	100,0	100,0
--	------	----	-------	-------

### Statistics

status		
Valid	V	38
Missing	M	0
Mean		1,18
Median		1,00
Mode		1
Minimum		1
Maximum		2

		status			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kah	31	81,6	81,6	81,6
	tdk menikah	7	18,4	18,4	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

### Statistics

hub		
Valid	V	38
Missing	M	0

Mean	1,66
Median	1,00
Mode	1
Minimum	1
Maximum	3

**hub**

		Fre quency	P ercent	Valid Percent	Cumul ative Percent
alid	suami/is tri/ortu	21	55,3	55,3	55,3
	anak	9	23,7	23,7	78,9
	kerabat	8	21,1	21,1	100,0
	lain		1,1		
	Total	38	100,0	100,0	

**Statistics**

lamaranap

V	3
alid	8
M	0
issing	8
Mean	8,32
Median	9,00
Mode	9
Minimum	1
Maximum	17

**Statistics**

## lamaranap

	V	3
Valid		8
	M	0
Missing		4
Std. Deviation		,186

## lamaranap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2,6	2,6	2,6
	1	2,6	2,6	5,3
	4	10,5	10,5	15,8
	4	10,5	10,5	26,3
	3	7,9	7,9	34,2
	2	5,3	5,3	39,5
	1	2,6	2,6	42,1
	1	2,6	2,6	44,7
	5	13,2	13,2	57,9
0	2	5,3	5,3	63,2
1	4	10,5	10,5	73,7
2	4	10,5	10,5	84,2

3	3	7,9	92,1
5	2	5,3	97,4
7	1	2,6	100,0
total	38	100,0	

### Statistics

kattkstres

Valid	38
Missing	0
Mean	2,08
Median	2,00
Mode	2
Minimum	1
Maximum	3

### kattkstres

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
alid <16 ringan/	10	26,3	26,3	26,3
sedang /16-24	15	39,5	39,5	65,8
berat/> 24	13	34,2	34,2	100,0
Total	38	100,0	100,0	

## B. Hasil uji statistik Spearman

<b>Correlations</b>					
				ka ttkstres	lam aranap
n's rho	Spearman's rho	katt kstress	Correlation Coefficient	1, 000	,56 1**
			Sig. (2-tailed)	.	,00 0
			N	38	38
		lam aranap	Correlation Coefficient	,5 61**	1,0 00
			Sig. (2-tailed)	,0 00	. .
			N	38	38

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR MALANG**



**Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang**  
**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
**TERAKREDITASI SNARS EDISI 1 INTERNASIONAL**



18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021  
 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111  
 Telp. ( 0341 ) 362101, Fax. ( 0341 ) 369384  
 E mail : staf\_rsu-desa.saifulanwar@jatimprov.go.id  
 Website : www.rsaifulanwar.jatimprov.go.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK**  
**PELAKSANAAN PENELITIAN**

(“ETHICAL CLEARANCE”)

No: 400/189/K.3/302 /2019

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG,  
 SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG  
 DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : HUBUNGAN LAMA RAWAT INAP DENGAN TINGKAT STRES KELUARGA  
 PASIEN TUBERKULOSIS DI RUANG 29 RSUD DR. SAIFUL ANWAR MALANG

PENELITI UTAMA : ANITA SUHERMIN

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN

RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

**DINYATAKAN LAIK ETIK**

MALANG, 8 OKTOBER 2019  
 KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN

  
 dr. HIDAYAT SUJUTI, PhD, Sp.M



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR  
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR  
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL



18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021  
Jl. Jaka Agung Suprepto No.2 MALANG 65111  
Telp. ( 0341 ) 362101, Fax. ( 0341 ) 359384  
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id  
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



### NOTA DINAS

Kepada : Kepala Instalasi Rawat Inap I  
Dari : Kepala Bidang Diklit  
RSUD Dr. Saiful Anwar Malang  
Tanggal : 22 OCT 2019  
Nomor : 070/1519 /A.20/302/2019  
Sifat : Biasa  
Lampiran : --  
Perihal : **Penghadapan Izin Penelitian dan Pengambilan Data bagi Karyawan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang a.n Anita Suhermin**

Menindaklanjuti surat dari Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang No. 070/30783/302/2019 tanggal 22 Oktober 2019 perihal Izin Penelitian, bersama ini kami hadapkan Mahasiswa tersebut untuk melaksanakan penelitian di satuan kerja yang Saudara pimpin sesuai dengan judul proposal, atas nama :

No	Nama/NIM	Judul Proposal
1.	Anita Suhermin NIM. 185070209111074	Hubungan Lama Rawat Inap Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis di Ruang 29 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Setelah yang bersangkutan selesai melaksanakan penelitian, mohon Saudara informasikan tertulis kepada kami bahwa yang bersangkutan telah selesai melaksanakan penelitian di satuan kerja yang Saudara pimpin, sebagai dasar kami membuat Surat Keterangan Selesai Penelitian bagi yang bersangkutan.

Demikian atas perhatian dan kerjasama Saudara, diucapkan terima kasih.

Kepala Bidang Pendidikan & Penelitian

*ACC Melakukan Penelitian di Iku I*  
RIYANTO, S.Kep.Mart  
NIP. 1989102819910310010

*Sri Endah Novtani*

**SRI ENDAH NOVTANI, SH, M.Sc**

Pembina Tingkat I  
NIP. 19631103 199103 2 004



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR MALANG  
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL



\*\*\*\*\*  
**INSTALASI RAWAT INAP I**

Jl. Jaks Agung Suprpto No.2 Telp.(0341)362101 Pes. 1065  
**MALANG**

**NOTA - DINAS**

Kepada Yth. : Kepala Bidang Diklit  
RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang  
Dari : Kepala Instalasi Rawat Inap I  
Tanggal : 03 Desember 2019  
Nomor : 070/ 526 / 2.2 / 302/2019  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Laporan Berakhirnya Penelitian dan Pengambilan Data bagi Karyawan  
RSUD Dr.Saiful Anwar Malang a.n Anita Suhermin.

=====  
Menindaklanjuti surat dari Kepala Bidang Pendidikan dan penelitian RSUD Dr.Saiful Anwar Malang Nomor : 070/1519/1.20/302/2019 tanggal 22 Oktober 2019 perihal Penghadapan Penelitian, maka bersama ini kami laporkan berakhirnya penelitian bagi Karyawan :

No.	NAMA / NIM	INSTITUSI	JUDUL
1.	Anita Suhermin NIM. : 185070209111074	Universitas Brawijaya Malang	Hubungan Lama Rawat Inap dengan Tingkat stres Keluarga Pasien Tuberkulosis di Ruang 29 Irma I RSUD Dr.Saiful Anwar Malang.

Bahwa yang bersangkutan telah selesai melaksanakan Penelitian sesuai judul proposal di Instalasi Rawat Inap I, terhitung mulai tanggal 22 Oktober s/d 08 November 2019 di Ruang Irma I RSUD Dr.Saiful Anwar Malang.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Instalasi Rawat Inap I  
RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

*[Signature]*  
dr. DIDI CANDRADIKUSUMA, Sp. PD-KPTI  
Pembina Tingka I  
NIP. : 19651213 199503 1 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
Telp. (62) (0341) 351611 Ext. 213,214, 569117, 567192 - Fax. (62) (0341) 564755  
http://tl.uib.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fak@yb.ac.id

Form TA 04

## LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : ANITA SUHERMIN  
N I M : 185070209112074  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Tugas Akhir : Hubungan Lama Rawat Inap Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis Di ruang 29 Rumah sakit Dr. Saiful Anwar Malang

Pembimbing I : Dr. YATI SRI HAYATI, S.Kep., M.Kes  
Pembimbing II : Ns. LINDA W'EKKE NOVYANTI, S.Kep., M.Kep

## Tahap Kedua

Tgl/jam	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
20/11 J. 13.30	I	Diskusi	Konsultasi BAB V	- Perbaiki BAB VI - Campot BAB VI	
6/12 19.	I	Diskusi	Bab 5, 6, 7	Ditambahi Bab I - III + Lampiran	
11/12 19	I	Diskusi	Bab 5, 6, 7	Revisi Bab VI	
12/12 19	I	Diskusi	Bab 6, 7	Ditambahi hasil penelitian	
13/12 19	I	Diskusi	Bab 1 - VII	Acc ujian hasil	

Mengetahui:  
Koordinator TA,

Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep  
NIP/NIK. 198009022006041003



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
Telp. (62) (0341) 551611 Fax. 213.214, 569117, 567192 - Fax. (62) (0341) 564255  
http://kuliah.ditugasakhir.com e-mail : tugasakhir@kymab.ac.id

Form TA 04

## LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : ANITA SUHERMIN  
N I M : 1850702091110/4  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Tugas Akhir : Hubungan Lama Rawat Inap Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis Di ruang 29 Rumah sakit Dr. Saiful Anwar Malang

Pembimbing I : Dr. YATI SRI HAYATI, S.Kep., M.Kes  
Pembimbing II : Ns. LINDA WIEKE NOVIYANTI, S.Kep., M.Kep

## Tahap Kedua

Tgl/jam	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
24/10'19	II	Diskusikan	Uji validitas	Lanjut Bab 5	
20/11'19	II	Diskusikan	Bab 4 - 5	Revisi	
27/11'19	II	Diskusikan	Bab 5	- Lanjut bab 6 - Revisi	
29/11'19	II	Diskusikan	Bab 5 - 6	- Revisi - Lanjut bab 7	
3/12'19	II	Diskusikan	Bab 5, 6, 7	Revisi	

Mengetahui:  
Koordinator TA,

Tony Sunarsana, S.Kep., M.Kep  
NIP/NIK 198009022006041003



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213,214, 569117; 567192 Fax. (62) (0341) 564755  
<http://lkub.ac.id/tugasakhir> e-mail : tugasakhir.lk@ub.ac.id

Form TA 04

## LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : ANITA SUHERMIN  
N I M : 185070209111074  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Tugas Akhir : Hubungan Lama Rawat Inap Dengan Tingkat Stres Keluarga Pasien Tuberkulosis Di ruang 29 Rumah sakit Dr. Saiful Anwar Malang

Pembimbing I : Dr. YATI SRI HAYATI, S.Kep., M.Kes  
Pembimbing II : Ns. LINDA WIEKE NOVYANTI, S.Kep., M.Kep

## Tahap Kedua

Tgl/jam	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
9/12/19	II	Diskusi		oke semangat	

Mengetahui:  
Koordinator TA,

Dr. Tony Suharsono, S. Kep., M. Kep  
NIP/NIK. 193009022086041003

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**TUGAS AKHIR**

**HUBUNGAN LAMA RAWAT INAP DENGAN TINGKAT STRES KELUARGA  
PASIEIN TUBERKULOSIS DI RUANG 29 RUMAH SAKIT dr. SAIFUL ANWAR  
MALANG**

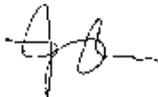
Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh:

**Anita Suhermin**  
**NIM: 185070209111074**

Menyetujui untuk diuji:

Pembimbing I



**Dr. Yati Sri Hayati, S.Kp., M.Kes**  
**NIP. 197710052002122002**

Pembimbing II



**Ns. Linda Wieke N. S. Kep., M.Kep.**  
**NIP. 2013018811292001**