



**PENGARUH TERAPI SUPORTIF: KELOMPOK TERHADAP
KEPATUHAN MINUM OBAT KLIEN TB PARU
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PATRANG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

Mohammad Tutus Prasetyo

NIM 122310101071

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2016



**PENGARUH TERAPI SUPORTIF: KELOMPOK TERHADAP
KEPATUHAN MINUM OBAT KLIEN TB PARU
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PATRANG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh

Mohammad Tutus Prasetyo

NIM 122310101071

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2016

SKRIPSI

**PENGARUH TERAPI SUPORTIF: KELOMPOK TERHADAP
KEPATUHAN MINUM OBAT PADA KLIEN TB PARU DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS PATRANG KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Mohammad Tutus Prasetyo

NIM 122310101071

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Murtaqib, M. Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Baskoro Setioputro, M. Kep

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda Titis Wahyuni dan Ayahanda Sucipto, serta keluarga dan saudara saya, atas ketulusan doa, kasih sayang, semangat serta dukungan tiada henti;
2. Guru, dosen dan pendidik yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan sejak bangku taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi;
3. Almamater yang saya banggakan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

MOTO

“Barangsiapa bertaqwa kepada Allah, maka Allah memberikan jalan keluar kepadanya dan memberi rizki dari arah yang tidak disangka-sangka. Barangsiapa yang bertaqwa kepada Allah, maka Allah jadikan urusannya menjadi mudah”

(Terjemahan Surat Ath-Thalaq: 2, 3) ^{*)}

“Dan Sesungguhnya Kami benar-benar akan menguji kalian agar Kami mengetahui orang-orang yang berjihad dan bersabar diantara kalian”

(Terjemahan Surat Muhammad : 31) ^{*)}

^{*)} Kementerian Urusan Agama Islam, Wakaf, Da'wah dan Irsyad Kerajaan Saudara Arabia. 2001. Al-Qur'an dan Terjemahan. Saudi Arabia: Percetakan Al Qur'anul Karim.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Mohammad Tutus Prasetyo

NIM : 122310101071

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Pengaruh Terapi Suportif: Kelompok Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Klien TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun dan bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Juni 2016

Yang menyatakan,

Mohammad Tutus P

NIM 122310101071

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk mengikuti sidang hasil di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Jember, Juni 2016

Pembimbing 1

Murtaqib, M. Kep

NIP. 19740813 200112 1 002

Pembimbing II

Ns. Baskoro Setioputro, M. Kep

19830505 200812 1 004

Pengaruh terapi suportif kelompok terhadap kepatuhan minum obat klien TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember (*the effect of group supportive therapy: medication adherence of pulmonary tuberculosis client in Puskesmas Patrang, Jember Regency*)

Mohammad Tutus Prasetyo

School of Nursing, Universitas of Jember

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis was a contagious diseases which caused by Mycobacterium tuberculosis. Longterm treatment and minimal support of people around made the sustainable treatment was ineffective. It could be solved by group supportive therapy. The purpose of this study was to know the effect of group supportive therapy: medication adherence of pulmonary tuberculosis client in Puskesmas Patrang, Jember Regency. The research design uses pre-experimental research study design with one group pretest and posttest. The sampling technique used purposive sampling. The number of samples in the study a number of 20 respondents. The result, statistic study with dependent t-test, showed that there was a significant difference ($p < 0,05$) on medication adherence of pulmonary tuberculosis client in Puskesmas Patrang, Jember Regency, before and after group supportive therapy. Based on the result, it can be concluded that pulmonary tuberculosis client disobedience on drug administration could be solved by group supportive therapy. Health services are expected to take action siportif therapy: the group as a form of business to improve adherence to TB clients lungs so it can be protected from drug-resistant pulmonary tuberculosis.

Keywords: *group supportive therapy, medication adherence, pulmonary tuberculosis*

RINGKASAN

Pengaruh terapi suportif kelompok terhadap kepatuhan minum obat klien TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember,
Mohammad Tutus Prasetyo, 122310101071; 2016;xix-130 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Kepatuhan adalah kesesuaian penderita dengan rekomendasi pemberi pelayanan yang berhubungan dengan waktu, dosis, dan frekuensi pengobatan selama jangka waktu pengobatan yang dianjurkan. Sebaliknya, “ketekunan” mengacu pada tindakan untuk melanjutkan pengobatan untuk jangka waktu yang ditentukan sehingga dapat didefinisikan sebagai total panjang waktu penderita mengambil obat, dibatasi oleh waktu antara dosis pertama dan terakhir. TB paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*), sebagian besar kuman *Mycobacterium Tuberculosis* menyerang paru, tetapi dapat juga menyerang organ tubuh lainnya. Penyakit TB paru menimbulkan dua dampak yaitu dampak dari penyakit TB paru serta dampak dari pengobatan TB paru. Dampak dari penyakit TB paru menimbulkan dampak secara fisik yaitu gangguan kenyamanan seperti nyeri dada, kelelahan, anoreksia, dan mengalami kesulitan bernafas. Dampak berbahaya jika penyakit TB paru tidak segera diobati akan berakibat kesakitan jangka panjang, kecacatan, dan kematian. TB paru dapat disembuhkan pada program pengobatan DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Tujuan program pengobatan DOTS untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan serta mencegah terjadi resistensinya bakteri terhadap OAT (Obat Anti Tuberculosis). Salah satu dari komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT (Obat Anti Tuberculosis) jangka pendek dengan pengawasan langsung untuk menjamin kepatuhan pengobatan diperlukan seorang

PMO (Pengawas Menelan Obat) dan kesadaran klien untuk sembuh dari masalah penyakitnya tersebut. Berdasarkan hasil wawancara peneliti terhadap 10 responden di Puskesmas Patrang, diperoleh data bahwa dari 6 penderita TB paru memiliki tingkat kepatuhan terhadap program pengobatan TB yang kurang patuh, dan 4 penderita memiliki tingkat kepatuhan yang baik. Kepatuhan tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti penderita merasa bosan dengan program pengobatan yang lama, Penderita merasa tidak nyaman dengan efek samping yang ditimbulkan oleh obat tersebut, penderita lupa membawa obat saat bepergian jauh, dan penderita merasa dirinya telah sembuh karena tidak adanya gejala yang timbul sehingga memutuskan untuk tidak meminum obat. Peneliti memandang perlu adanya pemberian terapi suportif kelompok sehingga dapat meningkatkan mekanisme koping klien. selain itu terapi kelompok juga memiliki keuntungan yaitu klien akan mendapatkan perasaan aman dan dukungan apabila melihat orang lain yang memiliki masalah yang sama atau bahkan lebih berat, dan klien dapat mengamati sikap dan reaksi orang lain dalam menghadapi masalah tidak hanya dengan terapis, namun juga dengan individu dalam kelompok.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh terapi suportif kelompok terhadap kepatuhan minum obat pada klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. jenis penelitian ini adalah populasi penelitian sebanyak 20 responden dengan menggunakan teknik .data analisi menggunakan Uji *t dependen* . hasil menunjukkan ada perbedaan signifikan kepatuhan minum obat sebelum dan sesudah diberikan terapi suportif kelompok dengan hasil (*p value*: $0,000 < \alpha: 0,05$).

Kesimpulan penelitian ini adalah ada pengaruh kepatuhan minum obat terhadap kepatuhan minum obat pada klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terapi suportif: kelompok salah satu pilihan metode untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pada klien TB paru. Pelayanan kesehatan diharapkan dapat melakukan tindakan terapi suportif kelompok sebagai bentuk usaha untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pada Klien TB paru sehingga dapat terhindar dari resisten obat TB paru.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT karena atas rahmat dan ridho-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh Terapi Suportif: Kelompok Terhadap Kepatuhan Minum Obat Klien TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang”. Peneliti menyampaikan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini, terutama kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep, M. Kes. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Ratna Sari Hardiani, S.Kep., M.Kep sebagai Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama menjadi mahasiswa;
3. Murtaqib,S.Kp.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing Utama, dan Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep. J dan Ns. Jon Hafan S,M.Kep.,Sp.Kep.MB sebagai Dosen Penguji yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan memberikan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ayah dan Ibu yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesaikan skripsi ini;
6. Teman-teman PSIK angkatan 2012 yang telah memberikan bantuan dan semangat selama penyusunan skripsi ini;
7. semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

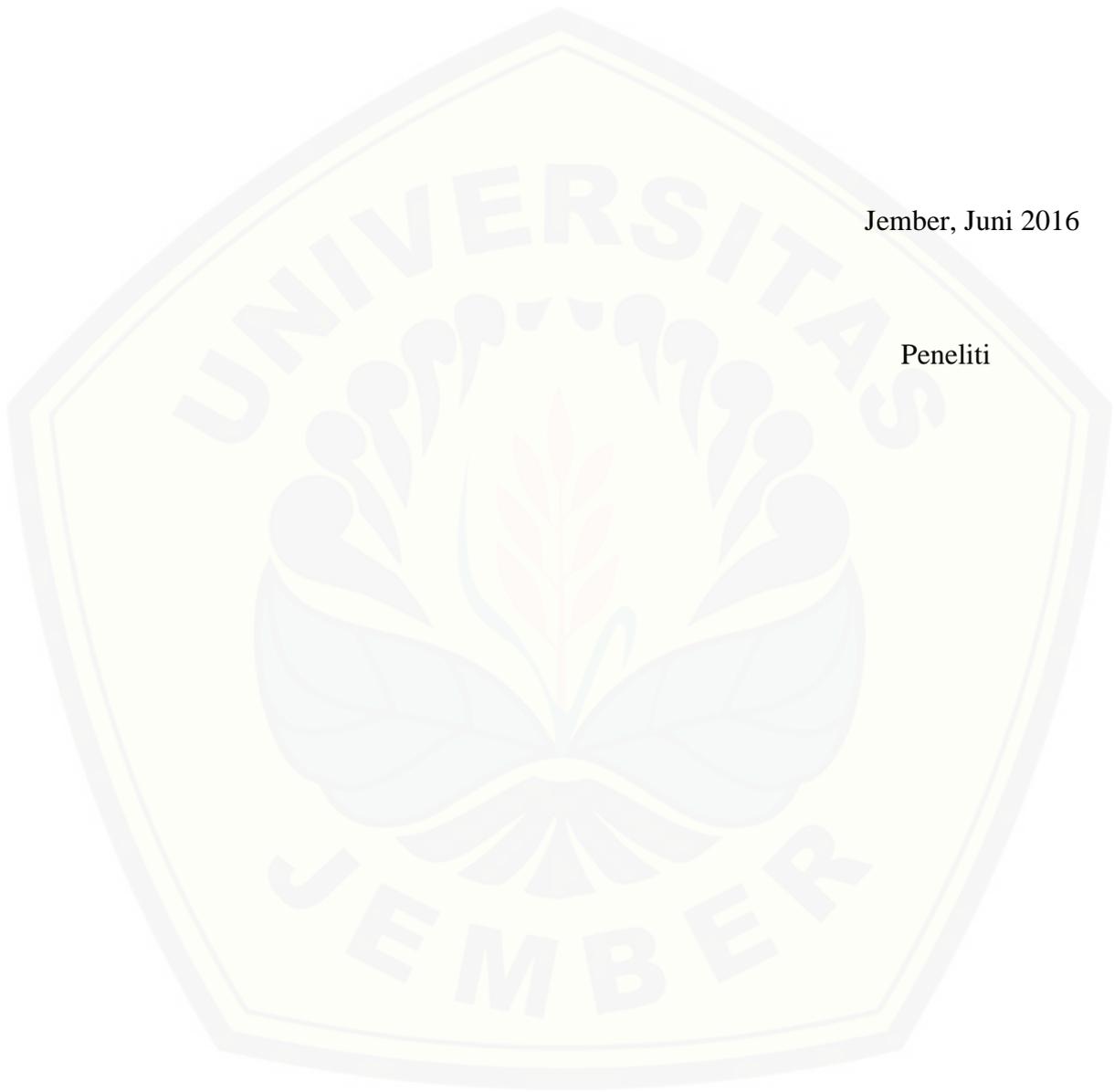
Peneliti menyadari bahwa penyusunan skripsi ini belum sempurna dan masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik

dan saran yang membangun dari pembaca guna lebih menyempurnakan skripsi ini. Akhirnya peneliti mengharapkan semoga dapat bermanfaat bagi kita semua.

Amin.

Jember, Juni 2016

Peneliti



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan	9
1.3.1 Tujuan Umum	9
1.3.2 Tujuan Khusus	10
1.4 Manfaat	10
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti.....	10
1.4.2 Manfaat Bagi Instansi Pendidikan	11
1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan	11
1.4.4 Manfaat Bagi Masyarakat	11
1.5 Keaslian Penelitian	12
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Tuberkulosis Paru (TB Paru)	13
2.1.1 Definisi TB Paru.....	13

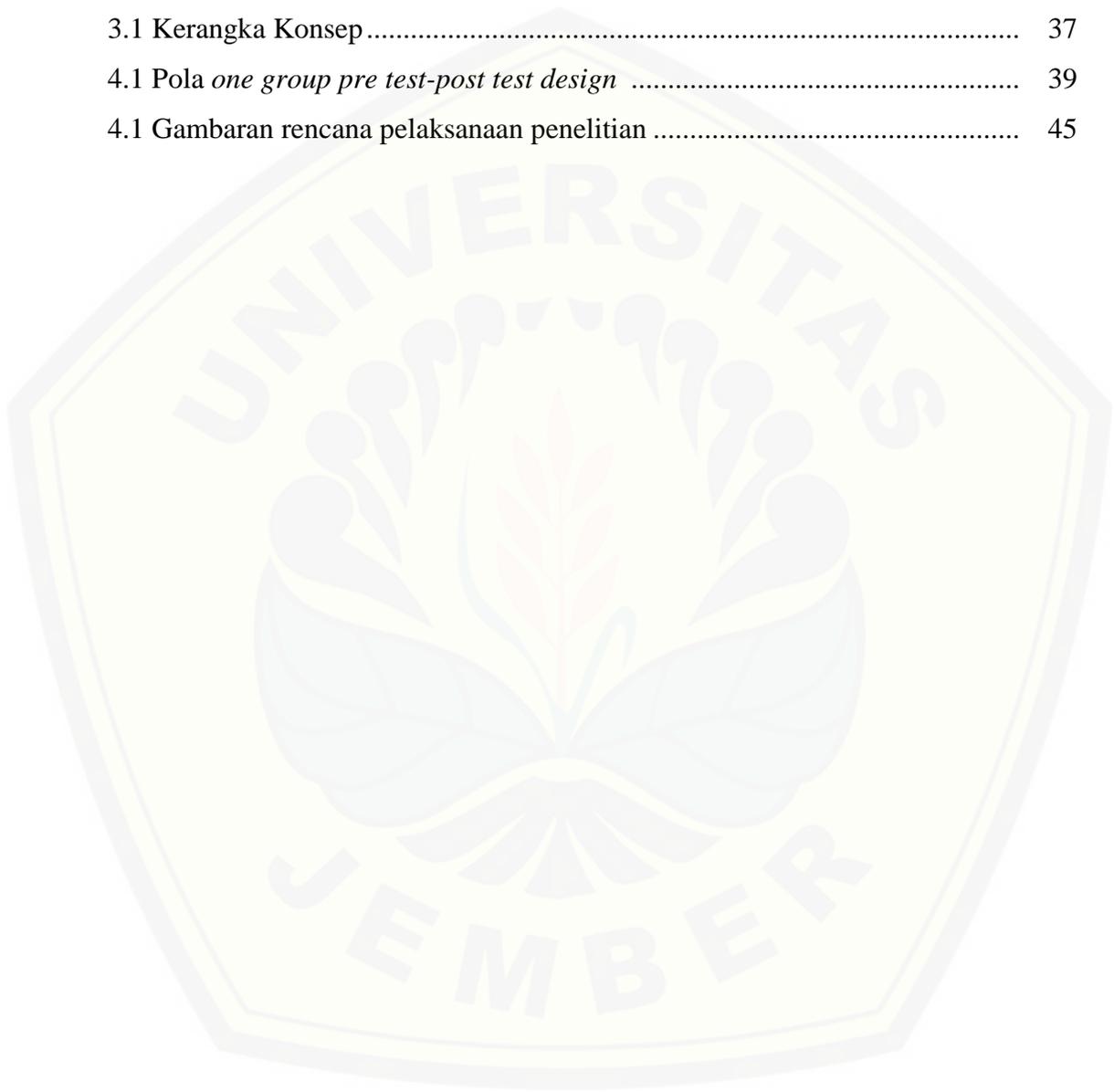
2.1.2	Tanda dan Gejala TB Paru	13
2.1.3	Cara Penularan TB Paru	14
2.1.4	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya TB Paru.....	14
2.1.5	Diagnostik TB Paru.....	16
2.1.6	Pengobatan TB Paru	17
2.1.7	Dampak TB Paru	18
2.2	Kepatuhan Minum Obat.....	20
2.2.1	Definisi Kepatuhan minum obat.....	20
2.2.2	Variabel Yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan	22
2.2.3	Kuesioner kepatuhan <i>Morisky 8-items</i>	23
2.2.4	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakepatuhan	26
2.2.5	Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan	26
2.3	Terapi Suportif Kelompok.....	28
2.3.1	Definisi Terapi Suportif Kelompok.....	28
2.3.2	Tujuan Terapi Suportif Kelompok	29
2.3.3	Pelaksanaan Terapi Suportif Kelompok.....	30
2.3.4	Indikasi Terapi Suportif Kelompok	31
2.3.5	Manfaat Terapi Suportif Kelompok	31
2.3.6	Karakteristik Terapi Suportif Kelompok	31
2.3.7	Prinsip Terapi Suportif Kelompok	32
2.3.8	Hasil Terapi Supotif Kelompok	33
2.4	Pengaruh Terapi Suportif Kelompok terhadap kepatuhan minum obat Klien TB Paru	33
2.5	Peran Perawat Jiwa dalam Penatalaksanaan TB Paru	34
2.6	Kerangka Teori.....	36
BAB 3.	KERANGKA KONSEPTUAL	37
3.1	Kerangka Konseptual	37
3.3	Hipotesis	38
BAB 4.	METODE PENELITIAN.....	39
4.1	Jenis Penelitian	39
4.2	Populasi dan Sampel	40

4.2.1	Populasi Penelitian	40
4.2.2	Sampel Penelitian	40
4.2.3	Teknik Pengambilan Sampel	40
4.2.4	Kriteria Sampel Penelitian	41
4.3	Tempat Penelitian	42
4.4	Waktu Penelitian	42
4.5	Definisi Operasional	42
4.6	Pengumpulan data	44
4.6.1	Sumber data	44
4.6.2	Teknik pengumpulan data	44
4.6.3	Alat pengumpulan data	48
4.6.4	Uji validitas dan uji reliabilitas	49
4.7	Rencana Pengolahan Data dan Analisa Data	51
4.7.1	<i>Editing</i>	51
4.7.2	<i>Coding</i>	51
4.7.3	<i>Processing/Entry</i>	52
4.7.4	<i>Cleaning</i>	52
4.7.5	Teknik Analisa Data	53
4.8	Etika Penelitian	53
BAB 5.	HASIL DAN PEMBAHASAN	56
5.1	Hasil Penelitian	56
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	56
5.2.1	Karakteristik Responden	56
5.2.2	Tingkat Kepatuhan Minum Obat Klien TB paru Sebelum di Lakukan Teknik Terapi Suportif: Kelompok	58
5.2.3	Tingkat Kepatuhan Minum Obat Klien TB paru Setelah di Lakukan Teknik Terapi Suportif: Kelompok.....	59
5.2.4	Tingkat Kepatuhan Minum Obat Klien TB paru Sebelum dan Setelah di Lakukan Teknik Terapi Suportif: Kelompok	60
5.2	Pembahasan	61
5.2.1	Karakteristik Responden	61

5.2.2 Tingkat kepatuhan minum obat klien TB paru sebelum dilakukan terapi suportif: kelompok	69
5.2.3 Tingkat kepatuhan minum obat klien TB paru setelah dilakukan teknik terapi suportif kelompok	71
5.2.4 Pengaruh kepatuhan minum obat pada klien TB paru sebelum dan sesudah dilakukan terapi suportif: kelompok .	75
5.3 Keterbatasan Peneliti	78
BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN	79
6.1 Kesimpulan	79
6.2 Saran	80
6.2.1 Bagi Pengembangan Ilmu.....	80
6.2.2 Bagi Profesi Kesehatan.....	80
6.2.3 Bagi Pelayanan Kesehatan.....	80
6.2.4 Bagi Penelitian Lanjutan	81
DAFTAR PUSTAKA	82
LAMPIRAN.....	117

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.6 Kerangka Teori.....	36
3.1 Kerangka Konsep.....	37
4.1 Pola <i>one group pre test-post test design</i>	39
4.1 Gambaran rencana pelaksanaan penelitian	45



DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Jenis, sifat dan dosis OAT klien TB paru	17
4.2 Definisi operasional penelitian.....	43
5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Klien TB paru Menurut Usia dan lama pengobatan di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember tanggal 29 april – 12 juni 2016.....	57
5.2 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Pendidikan Terakhir, Penghasilan, di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember tanggal 29 april – 12 juni 2016	57
5.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Klien TB Paru Menurut Tingkat Kepatuhan Klien TB Paru Sebelum Dilakukan Teknik Terapi Suportif Kelompok di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember tanggal 29 april – 12 juni 2016.....	58
5.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Klien TB Paru Menurut Tingkat Kepatuhan Klien TB Paru Setelah Dilakukan Teknik Terapi Suportif Kelompok di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember tanggal 29 april – 12 juni 2016.....	59
5.5 Perbedaan tingkat kepatuhan minum obat berdasarkan kuesioner morisky medication adherence scale (MMAS). pada klien TB paru sebelum dan sesudah dilakukan teknik terapi suportif kelompok di wilayah kerja puskesmas patrang kabupaten jember tanggal 29 april – 12 juni 2016	60

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Lembar <i>Informed</i>	89
Lampiran B. Lembar <i>Consent</i>	90
Lampiran C. Data Responden	91
Lampiran D. Lembar Kuesioner kepatuhan minum obat	92
Lampiran E. Modul Terapi Suportif: Kelompok pada Klien TB Paru	93
Lampiran F. SOP Terapi Suportif: Kelompok	108
Lampiran G. Data Mentah.....	116
G.1 Data Mentah Hasil kuesioner Sebelum (<i>Pretest</i>) dilakukan	
Terapi Suportif Kelompok	116
G.2 Data Mentah Hasil kuesioner Setelah (<i>Posttest</i>) dilakukan	
Terapi Suportif Kelompok	116
Lampiran H. Tabulasi Data	117
H.1 Karakteristik Responden	119
H.2 Hasil Penelitian Kepatuhan Minum Obat Sebelum	
di Lakukan Terapi Suportif Kelompok.....	121
H.3 Hasil Penelitian Kepatuhan Minum Obat Sebelum	
di Lakukan Terapi Suportif Kelompok.....	122
H.4 Hasil Penelitian Perbedaan Kepatuhan Minum Obat	
Sebelum dan Setelah di Lakukan Terapi Suportif Kelompok	
Lampiran I. Dokumentasi Kegiatan	123
Lampiran J. Surat Rekomendasi	126
Lampiran K. Surat Izin	127
Lampiran L. Keterangan Lulus Uji SOP	129

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit TB paru adalah penyakit yang menyerang paru-paru manusia yang disebabkan oleh adanya infeksi *Mycobacterium tuberculosis* dan melemahkan sistem imun tubuh selama 2-10 minggu (Departemen Kesehatan RI, 2008). Secara umum sifat kuman TB paru, berbentuk batang dengan panjang 1 – 10 mikron; lebar 0,2- 0,6 mikron, bersifat tahan asam dalam pewarnaan dengan metode Ziehl Neelsen. Pararan langsung terhadap sinar ultraviolet sebagian besar kuman akan mati dalam waktu beberapa menit, serta kuman bersifat dorman ('tidur'/ tidak berkembang) (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Menurut World Health Organization (WHO, 2013) dari 204 negara yang menjadi anggota WHO, 182 menjadi negara yang memiliki kasus klien TB paru dan 8,6 juta klien TB baru menjadi beban dunia. Negara-negara yang memiliki kasus TB tertinggi yaitu India, Cina, Afrika Selatan, Indonesia, dan Pakistan. Di tingkat dunia Indonesia menduduki peringkat keempat dengan negara kasus TB paru terbanyak yaitu 460.000 jumlah kasus TB baru per tahun dan tercatat 67.000 kematian per tahun (WHO, 2013). Kasus TB paru terbanyak di Indonesia terletak di Provinsi Jawa Barat yaitu sebesar 20%, sedangkan Provinsi Jawa Timur menduduki peringkat kedua, kasus TB paru terbanyak yaitu sebesar 13% (Dinkes Jawa Timur, 2011). Di tingkat provinsi Kabupaten Jember memiliki total kasus TB paru tertinggi kedua setelah Kota

Surabaya dengan total kasus TB paru sebesar 3.225 kasus dan jumlah kematian akibat TB tertinggi se-Jawa Timur yaitu 114 kasus (Dinkes Jawa Timur, 2012).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Prevalensi semua kasus TB paru tertinggi dari kasus 2013 hingga 2015 berada di wilayah kerja Puskesmas Patrang. Jumlah kasus TB paru di Kabupaten Jember pada tahun 2015 adalah 998 kasus dengan tiga wilayah yang memiliki kasus TB paru tertinggi adalah Kecamatan Patrang, Kecamatan Panti, dan yang ketiga Kecamatan Bangsalsari dan Umbulsari. Kecamatan di atas memiliki Puskesmas sebagai penanggung jawab kesehatan dengan rincian kasus TB paru yaitu Puskesmas Patrang dengan rincian jumlah kasus TB paru BTA positif triwulan pertama 16 kasus, triwulan kedua 17 kasus, dan triwulan ketiga 37 kasus jumlah total adalah 52 kasus. Wilayah Puskesmas Panti berada pada urutan kedua jumlah kasus TB paru BTA positif 44 kasus dengan rincian jumlah kasus triwulan pertama 14 kasus, triwulan kedua 21 kasus, dan triwulan ketiga 32 kasus. Puskesmas yang menduduki peringkat ketiga jumlah kasus TB paru adalah Puskesmas Bangsalsari dan Puskesmas Umbulsari dengan jumlah kasus 43 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2015).

Berdasarkan hasil wawancara peneliti terhadap 10 responden di Puskesmas Patrang pada tanggal 13 maret 2016, diperoleh data bahwa dari 6 penderita TB paru memiliki tingkat kepatuhan terhadap program pengobatan TB yang kurang patuh, dan 4 penderita memiliki tingkat kepatuhan yang baik. Kepatuhan tersebut

dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti penderita merasa bosan dengan program pengobatan yang lama, Penderita merasa tidak nyaman dengan efek samping yang ditimbulkan oleh obat tersebut, penderita lupa membawa obat saat bepergian jauh, dan penderita merasa dirinya telah sembuh karena tidak adanya gejala yang timbul sehingga memutuskan untuk tidak meminum obat. Dari hasil wawancara terhadap petugas kesehatan di Puskesmas Patrang diperoleh data juga bahwa belum pernah adanya latihan terkait terapi suportif kelompok untuk meningkatkan kepatuhan minum obat, petugas kesehatan hanya memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit TB paru.

Penyakit TB paru menimbulkan dua dampak yaitu dampak dari penyakit TB paru serta dampak dari pengobatan TB paru. Penyakit TB paru menimbulkan dampak secara fisik yaitu gangguan kenyamanan seperti nyeri dada, keletihan, anoreksia, dan mengalami kesulitan bernafas (Smeltzer dan Bare, 2002). Menurut Smith (2005) dampak penyakit TB paru pada klien adalah tidak dapat melaksanakan aktivitas fisik sehari-hari dan juga rata-rata klien penyakit TB paru akan kehilangan waktu kerja produktifnya selama 3-4 bulan dalam 6 bulan pengobatan TB paru . Dampak yang lebih berbahaya jika penyakit TB paru tidak segera diobati akan berakibat kesakitan jangka panjang, kecacatan, dan kematian. Dampak psikologis akibat penyakit TB paru sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetyo (2006) diantaranya menimbulkan stres, kekecewaan, bingung, penyesalan, dan meningkatnya emosi pada klien. Penelitian yang dilakukan oleh Amelda, Ida, dan Ridwan, (2012) juga

menyebutkan bahwa penyakit TB paru menimbulkan dampak psikososial, seperti dipandang rendah oleh lingkungan sekitarnya.

TB paru dapat disembuhkan pada program pengobatan DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Tujuan program pengobatan DOTS untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan serta mencegah terjadi resistensinya bakteri terhadap OAT (Obat Anti Tuberkulosis). Pengobatan TB paru dilaksanakan di poli DOTS selama 2 bulan terapi, jika terjadi perbaikan klinis maka akan dilanjutkan hingga 4 bulan ke depan dengan masa pengobatan 6 bulan. Klien yang telah melaksanakan pengobatan selama 2 bulan tetapi tidak mengalami perbaikan klinis, maka akan dilanjutkan dengan pengobatan tetap dan mencari penyebab lain. Klien TB paru secara berkala harus datang ke puskesmas untuk mengambil obat secara teratur dan memeriksakan dahak (Depkes RI, 2008).

Menurut Hadin dan Nizar, (2005) mengemukakan bahwa metode DOTS sangat berpengaruh terhadap sikap pasien terhadap kepatuhan minum obat. Salah satu dari komponen DOTS adalah pengobatan paduan OAT (Obat Anti Tuberkulosis) jangka pendek dengan pengawasan langsung. Untuk menjamin kepatuhan pengobatan diperlukan seorang PMO (Pengawas Menelan Obat). Pengawas minum obat (PMO) adalah dukungan dari petugas kesehatan yang berada di rumah sakit yang memiliki wewenang merawat pasien dan keluarga ataupun keluarga dan kerabat dekat pasien yang memotivasi, mengingatkan, dan mengawasi pasien untuk mengkonsumsi OAT.

Namun dalam penelitian menemukan bahwa pengawasan langsung oleh PMO tidak berjalan dengan seharusnya (Pare, Amiruddin, dan Leida, 2013). Penelitian yang didukung oleh penelitian (Sumarman dan Krisnawati 2012) memukakan bahwa peran PMO yang kurang baik akan berisiko menyebabkan pasien tidak patuh untuk periksa ulang dahak pada fase akhir pengobatan dibandingkan dengan pasien yang memiliki peran PMO yang baik. Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan untuk pengobatan TB paru, keluarga perlu memberikan dukungan yang positif untuk melibatkan keluarga sebagai pendukung pengobatan sehingga adanya kerjasama dalam pemantauan pengobatan antara petugas dan anggota keluarga yang sakit (Friedman, Bowden & Jones, 2010).

Penanggulangan penyakit TB paru perlu ditangani dengan cara yang lebih baik agar tidak lagi menjadi masalah di Indonesia, terutama dari segi manajemen pengobatan seperti pengawasan keteraturan berobat, (Departemen Kesehatan RI, 2002). Pasien yang tidak teratur secara keseluruhan (100%) memiliki PMO dari anggota keluarga tetapi tidak berperan dengan baik. Kurangnya pemahaman akan tugas sebagai PMO sehingga pasien TB Paru dengan kurang berperannya PMO akan menimbulkan dampak tidak teratur atau patuh dalam pengobatannya. Tugas sebagai PMO kebanyakan dikerjakan sebagai mengingatkan untuk mengambil obat dan mengawasi menelan obat, tetapi kurang melakukan tugas untuk memberikan penyuluhan kepada anggota keluarga yang lain serta dukungan untuk kelompok antar penderita (Pare, Amiruddin, dan Leida, 2013).

Kepatuhan atau ketaatan (*compliance/adherence*) adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau orang lain (Smet, 1994). Penderita yang patuh berobat TB paru adalah yang menyelesaikan pengobatan secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama minimal 6 bulan sampai dengan 8 bulan (Depkes RI, 2002).

Kepatuhan terhadap pengobatan panjang Tuberkulosis merupakan kunci dalam pengendalian Tuberkulosis (Cayla, Rodrigo, Manjano and Caminero, 2009). Akan tetapi, tingkat kepatuhan dalam pengobatan merupakan sebuah fenomena kompleks yang dinamis dengan berbagai faktor yang berdampak pada perilaku pasien dalam pengobatan. Pelayanan kesehatan yang tidak menyeluruh, pemahaman, dan kepatuhan pengobatan yang kurang menjadi kendala besar untuk menemukan solusi yang efektif. Pemahaman faktor-faktor penting yang dipertimbangkan pada pasien, perawat, dan penyedia pelayanan kesehatan dapat menjadi kontribusi terhadap kepatuhan penggunaan obat Tuberkulosis (Munro, Lewin, Smith, Engel, Freitheim, 2007).

Tingkat kepatuhan pasien dapat diukur dengan menggunakan metode *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) . Metode ini dipilih karena mudah, praktis dan efektif, serta sangat sesuai jika digunakan pada pasien rawat jalan di pelayanan kesehatan. Skala *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) menunjukkan kepatuhan pasien terhadap terapi (*Case Management Society of America, 2006*).

Menurut Niven (2000) faktor pendukung kepatuhan pasien adalah sikap atau motivasi individu untuk sembuh, keyakinan, dukungan keluarga, dukungan sosial, dukungan petugas kesehatan. Menurut Senewe (2002) dalam penelitiannya mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan berobat penderita tuberkulosis paru, ditemukan sebesar 67% penderita berobat secara teratur dan 33% tidak teratur dalam pengobatan. Dalam hal ini perlu dilakukan evaluasi tentang kepatuhan penggunaan obat agar keberhasilan terapi dapat tercapai dengan baik. Terapi tuberkulosis masih mengalami banyak permasalahan dalam pengobatan, karena terapi pengobatannya membutuhkan waktu yang lama minimal 6 hingga 8 bulan. Hal ini menyebabkan kurangnya tingkat kepatuhan pasien dalam minum obat yang bisa mempengaruhi pada keberhasilan terapi sehingga beberapa orang teridentifikasi membawa bakteri yang resisten terhadap obat antituberkulosis (Depkes, 2006).

Program yang dilaksanakan oleh pemerintah adalah program pengobatan DOTS, namun masih ada klien TB paru yang putus obat atau *drop out* pengobatannya. Girsang (2013) menyatakan bahwa dampak psikologis pada klien TB paru dapat dikurangi apabila klien memiliki mekanisme koping yang baik, maka klien akan memiliki kepatuhan minum obat yang baik. Klien yang memiliki mekanisme koping yang buruk akan menyebabkan kepatuhan minum obat rendah pada klien sehingga akan berpengaruh terhadap psikologis klien. Terapi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan minum obat diantaranya terapi kognitif, logoterapi, terapi psikoedukasi, *triangle* terapi, dan terapi suportif kelompok (Mubin, 2009; Maryatun, 2011; Yunitri, 2012; Nancy, 1996).

Alasan peneliti memilih terapi suportif kelompok dalam penelitian ini adalah terapi ini diindikasikan bagi klien dengan kepatuhan minum obat rendah. Peneliti memandang terapi suportif kelompok dapat meningkatkan mekanisme koping klien TB paru, (Dharma. (Ed.), 1996) menyatakan selain terapi kelompok memiliki keuntungan yaitu klien akan mendapatkan perasaan aman dan dukungan apabila melihat orang lain yang memiliki masalah yang sama atau bahkan lebih berat, dan klien dapat mengamati sikap dan reaksi orang lain dalam menghadapi masalah tidak hanya dengan terapis, namun juga dengan individu dalam kelompok.

Menurut Dr. Wartono (dalam Sihotang, 2011) Terapi suportif kelompok adalah psikoterapi yang dilakukan secara berkelompok dengan jumlah anggota kelompok yang ideal dengan cara verbalisasi biasanya 7-8 orang, sedangkan jumlah minimal 4 dan maksimal 10. Terapi suportif kelompok dengan anggota terapi akan mendapatkan umpan balik lebih baik dari teman dalam anggota kelompok untuk memotivasi diri dibandingkan dengan dialog antara klien dan terapis secara individu (Kartono, 2002). Menurut Nietzel (dalam Ardani, dkk, 2007) Terapi suportif kelompok lebih unggul dibandingkan terapi suportif individu dan terapi suportif lainnya karena terapi kelompok dapat diasumsikan mewakili suatu lingkungan.

Menurut Grant-Iramu dalam Hunt (2004) menyatakan bahwa pemberian Terapi Suportif bagi kelompok ditujukan kepada klien secara individu dan kelompok. Kelompok suportif merupakan kumpulan individu yang berencana, mengatur, dan berespon secara langsung terhadap masalah dan tekanan yang dihadapi. Terapi suportif kelompok menurut Videbeck (2008) merupakan terapi dengan memberikan

teknik serta proses kelompok untuk membantu anggota kelompok mempelajari perilaku mereka bersama dengan orang lain. Dapat disimpulkan bahwa terapi suportif kelompok adalah proses kelompok yang digunakan sebagai terapi untuk memecahkan suatu masalah dengan bantuan orang lain yang memiliki masalah yang sama.

Berdasarkan beberapa uraian diatas, maka peneliti sangat tertarik untuk melakukan serangkaian penelitian tentang pengaruh terapi suportif: kelompok terhadap kepatuhan minum obat klien TB paru di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas dapat diambil rumusan masalahnya “adakah pengaruh terapi suportif: kelompok terhadap kepatuhan minum obat pada klien TB di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh terapi suportif: kelompok terhadap kepatuhan minum obat klien TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Mengidentifikasi karakteristik umum responden
- b. Mengidentifikasi kepatuhan minum obat klien TB paru sebelum dilakukan terapi suportif: kelompok pada klien TB paru
- c. Mengidentifikasi kepatuhan minum obat klien TB paru sesudah dilakukan terapi suportif: kelompok pada klien TB paru
- d. Menganalisis pengaruh terapi suportif: kelompok terhadap kepatuhan minum obat klien TB paru.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menjadi pengalaman peneliti dalam membuat penelitian tentang pengaruh terapi suportif: kelompok terhadap kepatuhan minum obat klien TB paru. Hasil dari penelitian ini juga dapat menambah pengetahuan peneliti tentang TB paru, terapi suportif dan kepatuhan minum obat klien TB paru dan juga menambah keterampilan peneliti dalam melakukan terapi suportif kelompok terhadap kepatuhan minum obat klien TB paru.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi aplikasi di masyarakat dan sebagai tambahan referensi dan pustaka bagi mahasiswa mengenai konsep penyakit TB paru, terapi suportif dan kepatuhan minum obat klien TB paru mengikuti pengobatan.

1.4.3 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian dapat menjadi tambahan program bagi perawat puskesmas untuk menerapkan terapi ini yang berguna meningkatkan kepatuhan minum obat klien TB paru menjalani pengobatan sehingga memutus rantai penularan dan meningkatkan angka kesembuhan pasien TB paru untuk mencapai Indonesia Bebas Tuberkulosis 2030 dan sebagai awal perlunya juga dibentuk paguyuban TB paru di Puskesmas.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Penelitian ini dapat meningkatkan motivasi klien TB paru dalam menyelesaikan pengobatan dan meningkatkan hubungan interpersonal yang baik bagi klien TB paru.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang dilakukan oleh Bachtiyar (2014) tentang Pengaruh Terapi Suportif: Kelompok Terhadap Perubahan Harga Diri Klien TB paru di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasi experimental, pre-post test with control group*. Teknik *sampling* yang digunakan oleh peneliti adalah *total sampling*. Analisa data yang digunakan oleh peneliti adalah uji *t independent*.

Penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti tentang pengaruh terapi suportif: kelompok terhadap kepatuhan minum obat klien TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *one group pretest and posttest*. Teknik pengambilan sampel yang akan digunakan oleh peneliti adalah *purposive sampling* dengan responden penelitian ini adalah klien TB paru yang ada di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Uji yang digunakan oleh peneliti adalah uji *t dependent*.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis Paru (TB Paru)

2.1.1 Definisi TB Paru

TB paru adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Sebagian besar kuman *Mycobacterium Tuberculosis* menyerang paru, tetapi dapat juga menyerang organ tubuh lainnya (DepKes RI, 2007). Agen infeksius utama dari TB paru adalah *Mycobacterium tuberculosis* merupakan bakteri batang positif yang bersifat asam, tumbuh lambat dengan waktu pembedahan antara 4-6 minggu pada tanah dan debu di udara yang berasal dari sputum klien, dan sensitif terhadap panas dan tahan sinar ultraviolet (Smeltzer & Bare, 2002)

2.1.2 Tanda dan Gejala TB Paru

Gejala yang muncul pada klien TB paru menurut (Francis dalam Bachtiyar, 2014) adalah pneumonia lobus atas, malaise, kehilangan berat badan, dan batuk yang menonjol. Smeltzer & Bare (2002) menyatakan bahwa sebagian besar klien TB paru menunjukkan gejala seperti: kelelahan, anoreksia, demam tingkat rendah, penurunan berat badan, berkeringat di malam hari, nyeri dada, dan batuk menetap. Batuk pada klien TB paru yang baru biasanya non produktif, namun dapat berkembang menjadi *sputum mukopurulen* dan batuk darah atau *hemoptisis*.

2.1.3 Cara penularan TB paru

Seseorang yang terinfeksi *Mycobacterium tuberculosis* belum tentu menderita TB paru, sebab *Mycobacterium tuberculosis* dapat menjadi tidak aktif selama bertahun-tahun apabila sistem kekebalan tubuh seseorang tersebut dalam keadaan baik. TB paru dapat ditularkan melalui udara dengan media percikan dahak. Klien TB paru dalam keadaan batuk, bersin, berbicara, dan meludah akan memercikkan kuman TB paru ke udara. Seseorang dapat terinfeksi kuman TB paru saat menghirup sejumlah kuman TB paru tersebut. Klien TB paru dengan status BTA positif dapat menularkan bakterinya sekurang-kurangnya 10-15 orang setiap tahun. (Depkes dan WHO, 2008).

Pada waktu klien batuk atau bersin pasien menyebarkan kuman bakteri ke udara dalam bentuk percikan dahak. Batuk klien TB paru menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak. Depkes (2006) menyatakan bahwa sumber penularan TB paru adalah klien TB paru BTA positif. Menggunakan masker dapat mengurangi jumlah percikan dahak dan sinar matahari langsung dapat membunuh kuman TB Paru. Faktor yang menjadikan seseorang terpajan terhadap kuman TB paru dapat ditentukan oleh banyaknya kuman yang ada di udara dan lamanya seseorang terpajan kuman tersebut.

2.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya TB Paru

Dwikentarti (2010) mengemukakan bahwa kejadian TB paru dipengaruhi oleh usia, tempat tinggal, pekerjaan, dan kebiasaan merokok klien

TB paru. Penelitian (Hiswani dalam Manalu, 2010) mengungkapkan bahwa kejadian TB paru dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi, status gizi, umur, dan jenis kelamin. Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian TB paru diantaranya:

a. Faktor sosial ekonomi

Keadaan sosial yang rendah pada umumnya berkaitan erat dengan berbagai masalah kesehatan karena ketidakmampuan untuk mengatasi masalah kesehatannya. Masalah kemiskinan akan sangat mengurangi kemampuan masyarakat untuk memenuhi kebutuhan gizi, pemukiman dan lingkungan sehat, jelas semua ini akan mudah menumbuhkan penyakit TB paru. Pendapatan keluarga sangat berpengaruh juga dengan penularan TB paru, karena pendapatan yang kecil membuat orang tidak dapat hidup layak dengan memenuhi syarat kesehatan

b. Status gizi

Keadaan malnutrisi atau kekurangan kalori, protein, vitamin dan zat besi akan mempengaruhi daya tahan tubuh seseorang sehingga rentan terhadap penyakit termasuk TB paru, serta status gizi yang buruk merupakan salah satu faktor penting dalam timbulnya penyakit TB paru.

c. Umur

Penyakit TB paru paling sering ditemukan pada usia muda atau usia produktif antara 15-50 tahun. Pada usia lanjut lebih dari 55 tahun akan sangat

rentan terpapar penyakit TB paru dikarenakan sistem imunologis menurun, sehingga sangat rentan terhadap berbagai penyakit termasuk penyakit TB paru.

c. Jenis kelamin

Penyakit TB paru cenderung lebih tinggi kasusnya terdapat pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan perempuan. Menurut WHO, sedikitnya dalam periode setahun ada sekitar 1 juta perempuan yang meninggal akibat TB paru. Hal di atas menunjukkan bahwa kematian wanita tidak hanya disebabkan oleh kegagalan persalinan namun juga disebabkan oleh penyakit TB paru. Pada jenis kelamin laki-laki penyakit ini lebih beresiko tinggi di karenakan dari faktor pola hidup seperti merokok dan minum alkohol sehingga dapat menurunkan sistem pertahanan tubuh.

2.1.5 Diagnostik TB Paru

Dalam upaya pengendalian TB paru secara Nasional, maka diagnosis TB paru pada orang dewasa segera di tegakkan dengan pemeriksaan bakteriologis secara mikroskopis langsung, biakan dan tes cepat. Apabila pemeriksaan secara bakteriologis hasilnya negatif, maka penegakan diagnosis TB paru dapat dilakukan secara klinis menggunakan hasil pemeriksaan klinis dan penunjang. Pada sarana terbatas penegakan diagnosis secara klinis dilakukan setelah pemberian terapi antibiotika spektrum luas (Non OAT dan Non kuinolon) yang tidak memberikan perbaikan klinis (KemenKesRI, 2014).

2.1.6 Pengobatan TB Paru

Tujuan pengobatan TB paru adalah untuk menyembuhkan klien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Depkes RI, 2006). Jenis, sifat dan dosis OAT menurut Depkes RI (2006) terangkum dalam tabel 2.1.

Tabel 2.1 Jenis, sifat dan dosis OAT klien TB paru

Jenis OAT	Sifat	Dosis yang direkomendasikan (mg/kg)	
		Harian	3 kali seminggu
Isoniazid	Bakterisid	5 (4-6)	10 (8-12)
Rifampicin	Bakterisid	10 (8-12)	10 (8-12)
Pyrazinamide	Bakterisid	25 (20-30)	35 (30-40)
Streptomycin	Bakterisid	15 (12-18)	15 (12-18)
Ethambutol	Bakteriositik	15 15-20)	30 20-35)

Panduan OAT di Indonesia adalah WHO dan IUATLD (*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*) merekomendasikan panduan OAT standar, yaitu:

a. Pengobatan TB paru diberikan dalam 2 tahapan, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

1) Tahap intensif (awal)

Klien memperoleh obat setiap hari dan perlu pengawasan secara langsung untuk mengetahui klien menelan obat serta mencegah terjadinya resistensi terhadap obat. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar pasien TB

paru BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan (Depkes RI, 2008).

2) Tahap lanjutan

Pada tahap lanjutan pasien mendapatkan jenis obat lebih sedikit, 3 kali dalam seminggu selama 4 bulan. Tahap lanjutan penting untuk membunuh bakteri persisten sehingga mencegah kekambuhan (Depkes RI, 2008).

b. Pemantauan dan Hasil Pengobatan TB paru

Pemantauan hasil pengobatan TB paru pada orang dewasa dilaksanakan dengan pemeriksaan ulang dahak secara mikroskopis. Pemeriksaan dahak secara mikroskopis lebih baik dibanding dengan pemeriksaan radiologis dalam memantau keberhasilan pengobatan. Untuk memantau keberhasilan dalam masa pengobatan dapat dilakukan pemeriksaan spesimen sebanyak dua kali (sewaktu dan pagi). Hasil pemeriksaan dinyatakan negatif bila kedua spesimen tersebut negatif. Bila salah satu spesimen positif atau keduanya positif maka hasil pemeriksaan ulang dahak tersebut dinyatakan positif (KemenKes RI, 2014).

2.1.7 Dampak TB paru

(Smeltzer dan Bare, 2002) menyatakan penyakit TB paru menimbulkan dua dampak yaitu dampak dari penyakit TB paru dan dampak dari pengobatannya. Penyakit TB paru menimbulkan dampak secara fisik yaitu berupa gangguan kenyamanan seperti nyeri dada, kelelahan, anoreksia, dan

mengalami kesulitan bernafas. Smith (2005) mengungkapkan bahwa dampak penyakit TB paru bagi penderita tidak dapat melaksanakan kegiatan aktivitas fisik sehari-hari dan rata-rata klien penyakit TB paru akan kehilangan waktu kerja produktifnya selama 3-4 bulan. Dampak yang lebih berbahaya jika penyakit TB paru tidak segera diobati adalah kesakitan jangka panjang, kecacatan, dan kematian. Dampak psikologis akibat penyakit TB paru dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Prasetyo (2006) menyatakan bahwa akan menimbulkan stres, kekecewaan, bingung, penyesalan, dan meningkatnya emosi pada klien. Penelitian yang dilakukan juga oleh Amelda, Ida, dan Ridwan (2012) menyebutkan bahwa penyakit TB paru dapat menimbulkan dampak psikososial, seperti halnya dipandang rendah oleh lingkungan sekitar.

Penyakit TB paru tidak hanya menimbulkan dampak bagi kesehatan klien sendiri tapi juga pada anggota keluarga dan masyarakat disekitarnya. Dampak yang ditimbulkan pada keluarga berupa penularan dari bakteri TB paru pada anggota keluarga, selain itu klien tidak bebas berinteraksi dengan anggota keluarga lainnya karena resiko menularkan penyakit tersebut. Dampak yang dapat ditimbulkan pada masyarakat biasanya klien TB paru berusia produktif yaitu 15-54 tahun, sehingga menyebabkan berkurangnya tenaga terampil yang dapat berdampak pada melemahnya kondisi ekonomi serta menambah angka kemiskinan. Hal tersebut mengakibatkan berkurangnya pendapatan tahunan rumah tangga sebesar 20-30% (Smith, 2005).

2.2 Kepatuhan minum obat

2.2.1 Definisi Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan adalah kesesuaian penderita dengan rekomendasi pemberi pelayanan yang berhubungan dengan waktu, dosis, dan frekuensi pengobatan selama jangka waktu pengobatan yang dianjurkan (Kaplan dkk, 1997). Sebaliknya, “ketekunan” mengacu pada tindakan untuk melanjutkan pengobatan untuk jangka waktu yang ditentukan sehingga dapat didefinisikan sebagai total panjang waktu penderita mengambil obat, dibatasi oleh waktu antara dosis pertama dan terakhir (*Agency for Healthcare Research and Quality* dalam Maulidia, 2014).

Tidak patuh, bukan hanya diartikan sebagai tidak minum obat, namun bisa memuntahkan obat atau mengkonsumsi obat dengan dosis yang salah sehingga menimbulkan *Multi Drug Resistance* (MDR). Perbedaan secara signifikan antara patuh dan tidak patuh belum ada, sehingga banyak peneliti yang mendefinisikan patuh sebagai berhasil tidaknya suatu pengobatan dengan melihat hasil, serta melihat proses dari pengobatan itu sendiri. Hal-hal yang dapat meningkatkan faktor ketidakpatuhan bisa disebabkan karna disengaja dan tidak disengaja (Clifford, Barber, & Horne dalam Chambers, 2010). Ketidakpatuhan yang tidak disengaja terlihat pada penderita yang gagal mengingat, atau dalam beberapa kasus membutuhkan pengaturan fisik dan meminum obat yang sudah diresepkan. Ketidakpatuhan yang disengaja

berhubungan dengan keyakinan tentang pengobatan, antara manfaat dan efek samping yang dihasilkan (Maulidia, 2014).

Penderita dikatakan lalai jika tidak datang lebih dari 3 hari sampai 2 bulan dari tanggal perjanjian dan dikatakan *Droup Out* jika lebih dari 2 bulan berturut-turut tidak datang berobat (Depkes RI, 2000). Menurut Cuneo dan Snider (1999) pengobatan yang memerlukan jangka waktu yang panjang akan memberikan pengaruh-pengaruh pada penderita seperti :

- a. Suatu tekanan psikologis bagi seorang penderita tanpa keluhan atau gejala penyakit saat dinyatakan sakit dan harus menjalani pengobatan sekian lama.
- b. Bagi penderita dengan keluhan atau gejala penyakit setelah menjalani pengobatan 1-2 bulan atau lebih, keluhan akan segera berkurang atau hilang sama sekali penderita akan merasa sembuh dan malas untuk meneruskan pengobatan kembali.
- c. Datang ke tempat pengobatan selain waktu yang tersisa juga menurunkan motivasi yang akan semakin menurun dengan lamanya waktu pengobatan.
- d. Pengobatan yang lama merupakan beban dilihat dari segi biaya yang harus dikeluarkan.
- e. Efek samping obat walaupun ringan tetap akan memberikan rasa tidak nyaman terhadap penderita.
- f. Sukar untuk menyadarkan penderita untuk terus minum obat selama jangka waktu yang ditentukan.

Karena jangka waktu pengobatan yang ditetapkan lama maka terdapat beberapa kemungkinan pola kepatuhan penderita yaitu penderita berobat teratur dan memakai obat secara teratur, penderita tidak berobat secara teratur (*defaulting*) atau penderita sama sekali tidak patuh dalam pengobatan yaitu putus berobat atau *droup out* (Depkes RI, 2006). Oleh karena itu menurut Cramer (2001) kepatuhan penderita dapat dibedakan menjadi :

a. Kepatuhan penuh (*Total compliance*)

Pada keadaan ini penderita tidak hanya berobat secara teratur sesuai batas waktu yang ditetapkan melainkan juga patuh memakai obat secara teratur sesuai petunjuk.

b. Penderita yang sama sekali tidak patuh (*Non compliance*)

Yaitu penderita yang putus berobat atau tidak menggunakan obat sama sekali.

2.2.2 Variabel Yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan

Beberapa variabel yang berpengaruh terhadap tingkat kepatuhan menurut Suddart dan Brunner (2002) adalah:

1. Variabel demografi seperti usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosio ekonomi dan pendidikan.
2. Variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.
3. Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan terhadap penyakit tersebut.

4. Variabel psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan biaya finansial yang termasuk dalam hal tersebut, ditemukan juga oleh Bart Smet, (1994) dalam psikologi kesehatan.

2.2.3 Kuesioner kepatuhan *Morisky 8-items*

Salah satu metode pengukuran kepatuhan adalah dengan menggunakan kuesioner. Metode ini dinilai cukup sederhana, murah dan mudah dalam pelaksanaannya. Salah satu model kuesioner yang telah tervalidasi untuk menilai kepatuhan terapi jangka panjang adalah *Morisky scale 8-items*. Pada mulanya Morisky mengembangkan beberapa pertanyaan singkat untuk pengukur kepatuhan pengobatan pada pasien hipertensi. Namun saat ini kuesioner *Morisky scale* telah dimodifikasi menjadi delapan pertanyaan dengan modifikasi beberapa pertanyaan sehingga lebih lengkap dalam penilaian kepatuhan. Modifikasi kuesioner Morisky tersebut saat ini telah dapat digunakan untuk pengukuran kepatuhan pengobatan penyakit yang memerlukan terapi jangka panjang (Morisky, *etal*, 2008).

Banyak faktor yang berkaitan dengan kepatuhan terhadap pengobatan TB paru termasuk karakteristik pasien, hubungan antara penyedia layanan kesehatan dan pasien, rejimen pengobatan dan pengaturan perawatan

kesehatan. menurut (WHO, 2003) faktor hambatan untuk kepatuhan terhadap pengobatan Tuberkulosis dapat diklasifikaikan seperti di bawah ini :

1. Faktor sosial ekonomi

Tuberkulosis biasanya menyerang masyarakat dari kalangan ekonomi lemah seperti tunawisma, pengangguran, dan orang miskin. Kurang efektifnya jaringan dukungan sosial dan keadaan hidup yang tidak stabil merupakan faktor tambahan yang menciptakan suatu lingkungan yang tidak menguntungkan untuk menjamin kepatuhan terhadap pengobatan.

2. Faktor yang berkaitan dengan pasien

Suku atau ras, gender, dan usia dapat dikaitkan dengan kepatuhan dalam berbagai pengaturan. Pengetahuan tentang TB paru dan keyakinan dalam kemanjuran obat akan mempengaruhi apakah pasien memilih untuk menyelesaikan perlakuan pengobatan atau tidak. Pada beberapa pasien TB paru, perubahan tingkat mental karena penyalahgunaan obat, depresi dan stress psikologis juga mungkin memainkan peran dalam perilaku kepatuhan mereka.

3. Kompleksitas regimen

Jumlah tablet yang perlu dimbil, serta toksisitas dan efek samping yang timbul karena penggunaan obat dapat menyebabkan pengaruh terhadap kelangsungan pengobatan. Standar WHO untuk regimen pengobatan Tuberkulosis menggunakan empat obat untuk “fase intensif” (2-3 bulan), dan

dua atau tiga obat untuk “fase lanjutan” (6-8 bulan). Obat dapat diambil harian atau “*intermittent*” tiga kali seminggu.

4. Dukungan dari petugas pelayanan kesehatan

Kepuasan pasien dengan pelayanan “signifikan” dari pelayanan kesehatan yang dianggap menjadi faktor penting kepatuhan, tetapi hubungan empatik sulit dalam situasi dimana penyedia kesehatan terlatih terlalu banyak pekerjaan, tidak diawasi atau tidak didukung dalam tugas-tugas mereka, sebagaimana umumnya yang terjadi di negara-negara dengan beban Tuberkulosis yang tinggi.

5. Pola pemberian layanan kesehatan

Organisasi pelayanan klinis, termasuk ketersediaan keahlian, dan fleksibilitas dalam jam operasi, juga mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan. Beberapa dari pengaturan perawatan kesehatan rawat jalan yang bertanggung jawab untuk mengontrol Tuberkulosis diselenggarakan untuk memberikan perawatan bagi pasien dengan penyakit akut, dan staf mungkin tidak memiliki keterampilan yang dibutuhkan untuk mengembangkan pengelolaan rencana jangka panjang pada pasien. Akibatnya, peran pasien dalam manajemen diri tidak difasilitasi.

2.2.4 Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2005) bahwa ketidakpatuhan penderita TB paru saat minum obat secara teratur merupakan tindakan yang nyata dalam bentuk kegiatan yang dapat dipengaruhi oleh faktor dalam diri penderita (faktor internal) maupun dari luar (eksternal). Faktor internal yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, pengetahuan, sikap dan kepercayaan. Sedangkan faktor eksternal yaitu, dukungan keluarga, peran petugas, lama minum obat, efek samping obat, tersedianya obat serta jarak tempat tinggal yang jauh.

2.2.5 Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Niven (2002) bahwa faktor- faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah :

1. Penderita atau Individu

a) Sikap atau motivasi pasien ingin sembuh

Motivasi atau sikap yang paling kuat adalah dalam diri individu sendiri. Motivasi individu ingin tetap mempertahankan kesehatannya dengan perilaku penderita dalam mengontrol penyakitnya.

b) Keyakinan

Keyakinan merupakan dimensi spiritual yang dapat menjalani kehidupan. Penderita yang berpegang teguh terhadap keyakinannya akan memiliki

jiwa yang tabah dan tidak mudah putus asa serta dapat menerima keadaannya, demikian juga cara perilaku akan lebih baik.

2. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan bagian dari penderita yang paling dekat dan tidak dapat dipisahkan. Penderita akan merasa senang dan tentram apabila mendapat perhatian dan dukungan dari keluarganya. Kerna dengan dukungan tersebut klien akan mendapatkan kepercayaan dirinya untuk menghadapi dan mengelola penyakitnya dengan lebih baik.

3. Dukungan sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga lain merupakan faktor- faktor penting dalam kepatuhan terhadap program- program medis. Dukungan sosial juga dapat mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu serta mengurangi ketidaktaatan.

4. Dukungan petugas kesehatan

Dukungan petugas kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan. Dukungan tersebut berguna pada klien menghadapi bahwa perilaku sehat merupakan hal yang penting. Begitu juga mereka dapat mempengaruhi perilaku klien dengan menyampaikan antusias mereka terhadap tindakan tertentu dari klien yang telah mampu beradaptasi dengan program pengobatannya.

2.3 Terapi Suportif Kelompok

2.3.1 Definisi Terapi Suportif Kelompok

Terapi suportif adalah psikoterapi yang ditujukan kepada klien secara individu maupun kelompok. Menurut (Grant-Iramu dalam Hunt, 2004) menyatakan bahwa kelompok suportif merupakan kumpulan individu yang berencana, mengatur, dan berespon secara langsung terhadap masalah dan tekanan yang dihadapi. Menurut Videbeck (2008) terapi suportif kelompok merupakan suatu terapi dengan teknik dan proses kelompok untuk membantu anggota kelompok mempelajari perilaku mereka bersama dengan orang lain. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa terapi suportif kelompok adalah proses kelompok yang digunakan sebagai terapi untuk memecahkan masalah dengan bantuan orang lain yang memiliki masalah yang sama.

Terapi kelompok Suportif merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap issue-issue dan tekanan yang khusus maupun keadaan yang merugikan (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004). Sedangkan menurut Heller, dkk. (1997, dalam Chien, Chan, & Thompson, 2006. Hasil penelitian mengindikasikan *peer support* (dukungan kelompok) berhubungan dengan peningkatan fungsi secara psikologis. Sedangkan dukungan yang bermanfaat adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktifitas berbagi pengalaman (*sharing experiences*), situasi, dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima, mengaplikasikan keterampilan swabantu (*self help*), dan pengembangan pengetahuan.

2.3.2 Tujuan Terapi Suportif Kelompok

Tujuan terapi suportif kelompok adalah mengupayakan anggota kelompok mempelajari perilaku mereka sendiri dan membuat suatu perubahan yang positif melalui interaksi dan komunikasi yang dilakukan dengan anggota kelompok. Anggota kelompok yang memiliki tujuan yang sama diharapkan memberikan kontribusi untuk membantu anggota kelompok yang lain dan dibantu oleh anggota kelompok lainnya. Anggota kelompok terapi suportif diharapkan dapat mempelajari cara baru dalam memandang masalah dan menyelesaikan masalah, selain itu juga membantu anggota kelompok untuk mempelajari keterampilan interpersonal (Videbeck dalam Bachtiyar, 2014).

Teknik dan proses kelompok digunakan terapis untuk membantu anggota kelompok mempelajari perilaku mereka dan orang lain dalam kelompok, serta mempelajari bagaimana perilaku tersebut berkaitan dengan sifat kepribadian inti. Anggota kelompok dalam terapi suportif kelompok juga belajar untuk memiliki tanggung jawab terhadap orang lain dan dapat membantu anggota kelompok untuk mencapai tujuan (Alonso, Videbeck dalam Bachtiyar, 2014).

2.3.3 Pelaksanaan Terapi Suportif Kelompok

Terapi suportif kelompok dilakukan pada kelompok yang beranggotakan 6-12 orang (Ed. Dharma, 1996). Menurut Kartono (2002) terapi kelompok dilaksanakan dalam 75-90 menit dalam setiap sesi. Anggota kelompok akan mendapatkan dukungan dari kelompok untuk tingkah laku paling tepat yang akan dilakukan. Anggota kelompok mungkin mengharapkan dukungan dari terapis, namun dukungan yang diberikan oleh teman-teman dalam satu kelompok akan memiliki pengaruh yang lebih besar terhadap peningkatan kepatuhan minum obat klien TB paru (Semiun, 2006). Menurut (Semiun, 2006) Format kelompok yang dipakai dalam terapi ini memberikan peluang bagi anggota kelompok untuk memahami bagaimana cara orang lain menghadapi masalah yang serupa, dan anggota lain dalam kelompok serta terapis memberikan dukungan sosial.

Tahapan yang dilakukan pada terapi suportif kelompok ini terdiri dari empat sesi menurut (Stuart & Laraia dalam Dewi, 2011) meliputi, sesi pertama mengidentifikasi sistem pendukung dan masalah. Sesi kedua yaitu bagaimana individu menggunakan sistem pendukung internal, melakukan evaluasi hasil dan hambatannya. Sesi ketiga dilakukan dengan tema bagaimana individu dapat mengakses berbagai sumber dukungan yang ada di luar, melakukan evaluasi hasil dan hambatannya. Sesi keempat melakukan evaluasi terhadap penggunaan sumber pendukung dari dalam maupun dari luar individu.

2.3.4 Indikasi Terapi Suportif Kelompok

Terapi suportif kelompok dapat juga dilakukan pada semua kelompok klien dengan diagnosa psikiatri dan diagnosa medis (Stuart, 2009). Videbeck (2008) menyatakan bahwa terapi suportif kelompok dapat juga diberikan pada kelompok penderita kanker, stroke, penderita AIDS, anggota keluarga pada individu yang melakukan percobaan bunuh diri. Terapi suportif kelompok efektif juga untuk berbagai gangguan kejiwaan dan kondisi medis termasuk skizofrenia, depresi, PTSD, penyalahgunaan zat, gangguan kepribadian dan kecemasan (Battaglia, 2007).

2.3.5 Manfaat Terapi Suportif Kelompok

Manfaat yang didapatkan oleh anggota kelompok selama mengikuti terapi suportif kelompok menurut Yalom (dalam Videbeck, 2008) yaitu anggota kelompok memperoleh informasi baru, mendapatkan inspirasi dan harapan, berinteraksi dengan orang lain, anggota kelompok merasa diterima dan rasa memiliki, anggota kelompok menyadari bahwa ia tidak sendirian dan terdapat orang lain yang memiliki masalah sama, mengutamakan kepentingan orang lain.

2.3.6 Karakteristik Terapi Suportif Kelompok

Karakteristik anggota terapi yang diadaptasi dari (Dewi & Ingram dalam Bachtiyar, 2014) yaitu:

- a. Kelompok kecil berjumlah 10-12 orang, namun dapat juga dilakukan dengan jumlah anggota kelompok 6-8 orang
- b. Anggota kelompok bersifat homogen (adanya kesamaan karakteristik usia, masalah kesehatan)
- c. Anggota kelompok terapi berpartisipasi penuh dan mempunyai otonomi
- d. Keanggotaan terapi suportif kelompok dilakukan dengan sukarela dan non politik
- e. Anggota kelompok terapi suportif kelompok saling membantu dan dapat melakukan pertemuan di luar sesi terapi.

2.3.7 Prinsip Terapi Suportif Kelompok

Prinsip terapi suportif kelompok yang harus diperhatikan dalam memberikan terapi kelompok (Chien, Chan, & Thompson dalam Dewi, 2011) adalah:

- a. Menunjukkan hubungan saling percaya antar terapis dan anggota kelompok terapi.
- b. Mencari alternatif pemecahan masalah
- c. Mendiskusikan hal yang tabu menjadi topik pembicaraan (berdiskusi hal yang internal secara psikologis)
- d. Adanya sistem pendukung di lingkungannya
- e. Melakukan pemecahan masalah individu
- f. Mempertahankan hubungan saling percaya dengan menjaga kerahasiaan informasi anggota kelompok terapi

2.3.8 Hasil Terapi Suportif Kelompok

Hasil terapeutik yang diperoleh anggota kelompok selama mengikuti terapi suportif kelompok menurut (Yalom & Videbeck dalam Bachtiyar, 2014) yaitu anggota kelompok memperoleh informasi baru, mendapatkan inspirasi dan harapan, berinteraksi dengan orang lain, anggota kelompok merasa diterima dan rasa memiliki, anggota kelompok menyadari bahwa ia tidak sendirian dan terdapat orang lain yang memiliki masalah yang sama, mengutamakan kepentingan orang lain.

Kelebihan dari terapi kelompok dibandingkan terapi individu yaitu terapi kelompok dapat menghemat waktu terapis, sehingga sekali terapi dapat membantu beberapa orang klien, anggota kelompok terapi mendapatkan perasaan aman dan dukungan ketika melihat orang lain dengan permasalahan yang sama, serta anggota kelompok terapi dapat mempelajari sikap dan reaksi orang lain melalui interaksi dengan beberapa orang, bukan hanya dengan terapis (Dharma. (Ed.), 1996).

2.4 Pengaruh Terapi Suportif Kelompok terhadap kepatuhan minum obat

Klien TB Paru

Ketidakpatuhan penderita TB dalam minum obat menyebabkan angka kesembuhan penderita rendah, angka kematian tinggi dan kekambuhan meningkat serta yang lebih fatal adalah terjadinya resisten kuman terhadap beberapa obat anti

tuberkulosis atau multi drug resisten, sehingga penyakit TB paru sangat sulit disembuhkan.

Apabila panduan obat yang digunakan tidak adekuat (jenis, dosis, dan jangka waktu pengobatan), kuman akan berkembang menjadi kuman kebal obat. Untuk itu, diperlukan pengawasan langsung agar menjamin kepatuhan pasien minum obat (Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, 2002). Menurut Smet (1994), Faktor-faktor yang memengaruhi kepatuhan berobat adalah ciri kesakitan dan ciri pengobatan, komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan, persepsi dan penghargaan pasien, ciri individual, dan dukungan keluarga.

Terapi suportif kelompok dapat membantu anggota kelompok yang memiliki masalah yang sama untuk berbagi pengalaman dan berbagi informasi untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapi (Semiun, 2006). Terapi suportif kelompok juga merupakan terapi yang tepat untuk menangani masalah kepatuhan minum obat.

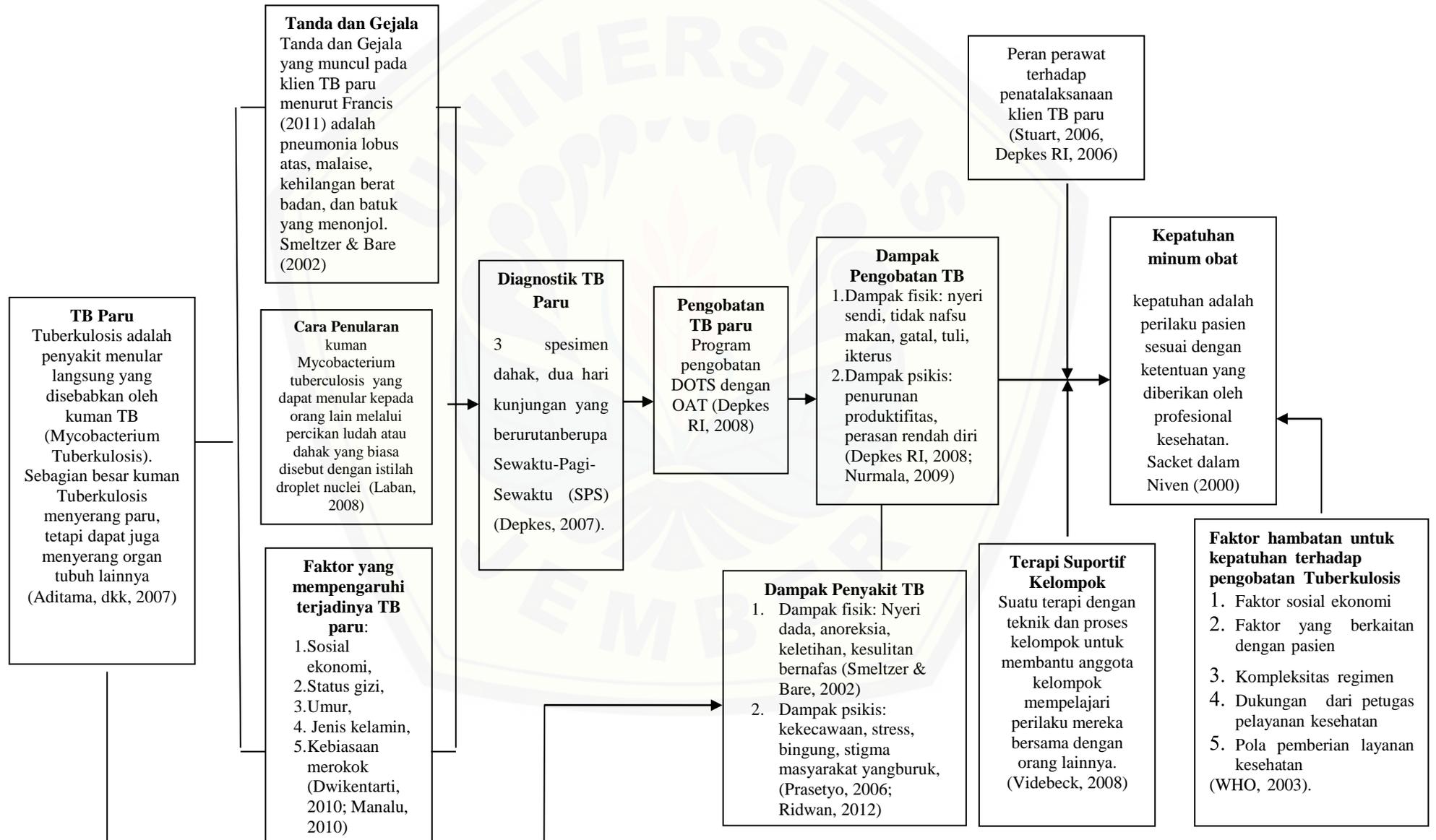
2.5 Peran Perawat dalam Penatalaksanaan TB Paru

Perawat memberikan perawatan asuhan meliputi intervensi yang berhubungan dengan pencegahan primer, sekunder, tersier (Stuart, 2006). Perawat harus dapat menginterpretasikan informasi biologis dan kemungkinan pengobatan fisik dan psikologis yang efektif bagi pengguna layanan, sehingga memperkuat peran perawat.

TB paru merupakan penyakit infeksi yang sangat menular dan harus disembuhkan dengan pengobatan selama 6 bulan (Depkes RI, 2006). Klien TB

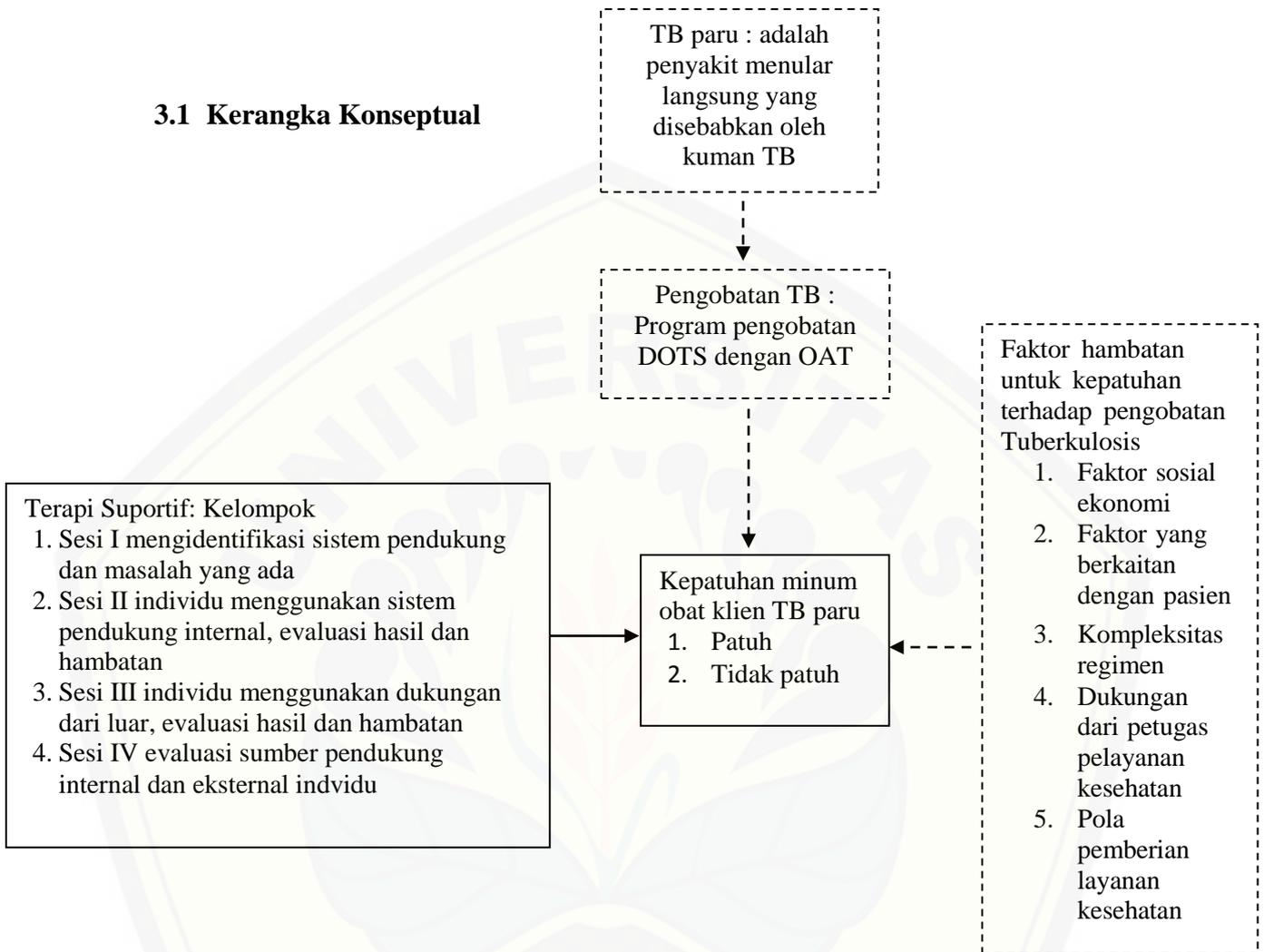
paru yang menjalani proses pengobatan DOTS mengalami beberapa efek samping dari pengobatan baik secara fisik, seperti ikterus, lemah, mual, dan muntah, namun juga efek samping secara psikologis seperti, penurunan produktifitas, kerugian sosial akibat stigma masyarakat tentang penyakit TB paru (Depkes RI, 2006). Peran perawat dalam mengatasi kasus TB paru sesuai dengan uraian di atas adalah menentukan kemungkinan penatalaksanaan yang tepat bagi klien TB paru, khususnya pada masalah kepatuhan minum obatnya. Perawat dapat berperan sebagai terapis pada klien TB paru yang mengalami masalah psikologis yang tidak mendukung keberhasilan proses pengobatan. Peran perawat sebagai terapis adalah memberikan terapi suportif kelompok sesuai dengan nilai dalam intervensi keperawatan yang berhubungan dengan dukungan interpersonal (Nancy, 1996).

2.6 Kerangka Teori



BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

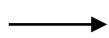
Keterangan:



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti



: Berpengaruh diteliti

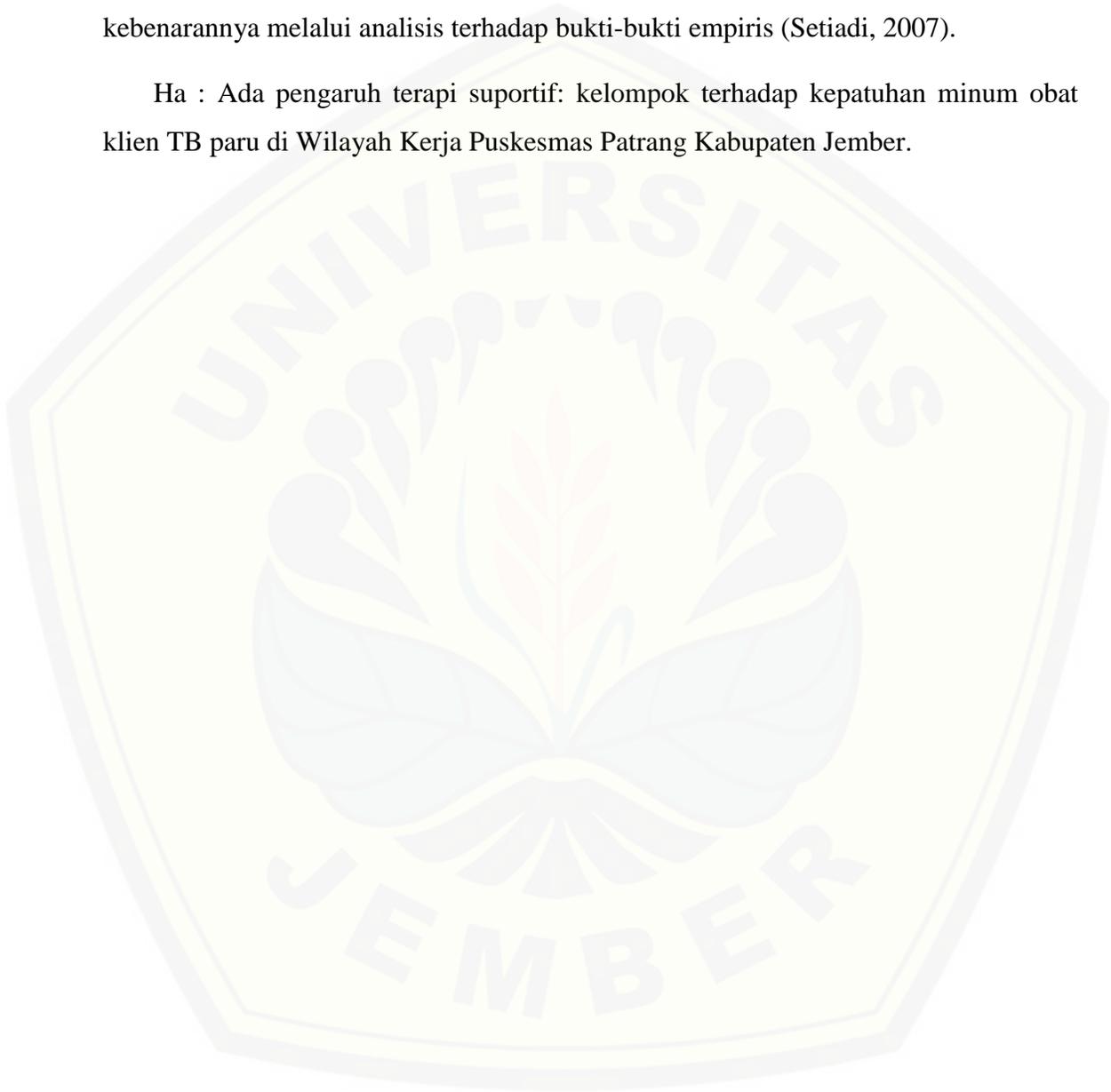


: Berpengaruh Tidak diteliti

3.2 Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah kesimpulan teoritis yang masih harus dibuktikan kebenarannya melalui analisis terhadap bukti-bukti empiris (Setiadi, 2007).

Ha : Ada pengaruh terapi suportif: kelompok terhadap kepatuhan minum obat klien TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

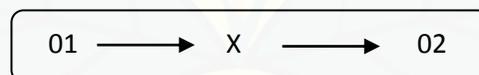


BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Rancangan penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah penelitian *Pre eksperimental* dengan desain penelitian *one group pretest and posttest* (Setiadi, 2007). Pada rancangan penelitian ini hanya terdapat satu kelompok sampel yaitu klien TB paru. Sampel penelitian akan dikaji tingkat kepatuhan minum obat terlebih dahulu (*pretest*) kemudian diberikan perlakuan berupa Terapi Suportif Kelompok. Setelah diberikan Terapi Suportif Kelompok, peneliti mengkaji kembali tingkat kepatuhan minum obat dari sampel tersebut (*posttest*).

Rancangan penelitian dapat digambarkan seperti dibawah ini.



Gambar 4.1 Pola *one group pre test-post test design*

Keterangan:

- 01 : *pre test* (mengobservasi kepatuhan minum obat sebelum dilakukan perlakuan).
- X : perlakuan (memberikan pelatihan terapi suportif kelompok).
- 02 : *post test* (mengobservasi kepatuhan minum obat setelah dilakukan perlakuan).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan subjek dalam pengamatan penelitian yang diteliti (setiadi, 2007). Populasi penelitian adalah kumpulan individu dengan ciri khas tertentu yang telah ditetapkan sesuai tujuan (Nazir, 2009). Populasi penelitian ini adalah sebagian klien TB paru yang berada di Puskesmas Patrang Kabupaten Jember pada bulan Maret- Juni tahun 2016. Jumlah populasi pasien TB paru tahun 2016 yang tercatat di Puskesmas Patrang adalah 54 orang.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian dari jumlah populasi yang nilai atau karakteristiknya dapat di ukur dan dipakai untuk menduga karakteristik dari populasi (Notoatmodjo dalam Setiadi, 2007). Maka peneliti menggunakan penghitungan jumlah sampel menurut Sugiyono (2011) yaitu jumlah sampel untuk penelitian eksperimen sekitar 10 sampai 20 responden. Maka jumlah sampel untuk penelitian ini adalah sejumlah 20 responden.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *Non probability sampling*. *Non probability sampling* adalah teknik yang tidak memberi kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel (Setiadi, 2007). Pendekatan teknik *Non probability sampling* ini dengan *Purposive sampling*.

Purposive sampling adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai yang di kehendaki peneliti. (Sastroasmoro & Ismail dalam Setiadi, 2007).

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau, sehingga subjek dapat dijadikan sampel (Setiadi, 2011).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Klien TB paru BTA positif yang sedang dalam masa pengobatan > 2 bulan di Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
- 2) Usia 18-55 tahun
- 3) Mampu berkomunikasi dengan baik
- 4) Bersedia menjadi responden penelitian dengan mengisi lembar *informed consent*.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi menurut (Setiadi, 2011). Merupakan karakteristik yang tidak boleh ada dalam sampel atau subjek penelitian, jika sampel memiliki karakteristik tersebut maka sampel harus dikeluarkan menjadi subjek penelitian. Kriteria eksklusi dari penelitian, antara lain:

- 1) Klien TB paru memenuhi kriteria inklusi namun tidak bersedia menjadi responden penelitian;
- 2) Klien tidak dapat mengikuti seluruh sesi terapi suportif: kelompok.

4.3 Tempat Penelitian

Lokasi penelitian ini akan dilaksanakan di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember berdasarkan data yang diperoleh merupakan salah satu wilayah yang memiliki insidensi penyakit TB paru tertinggi di Kecamatan Patrang.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Januari tahun 2016 sampai dengan bulan Juni tahun 2016. Waktu penelitian ini dihitung mulai dari penyusunan proposal hingga penyusunan laporan dan publikasi peneliti.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel tersebut (setiadi, 2007). Variabel independen penelitian adalah terapi suportif kelompok, sedangkan variabel dependen dari penelitian ini adalah kepatuhan minum obat klien TB paru. Definisi operasional penelitian dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.2 Definisi operasional

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Hasil
Variabel independen: Terapi suportif Kelompok	Terapi kelompok yang mampu memberikan dorongan bagi klien TB paru untuk sembuh dari penyakit atau keluar dari masalah yang dihadapi dengan meningkatkan koping serta kepatuhan minum obat anggota kelompok berdasarkan pengalaman anggota kelompok lain dan dari terapis sebagai fasilitator	SOP, SAP dan Materi Terapi Suportif Kelompok		-	-
Variabel dependen: Kepatuhan minum obat klien TB paru	Pencapaian harapan klien TB paru menuruti aturan minum obat secara teratur selama 6 bulan dan pemeriksaan rutin.	Kepatuhan minum obat meningkat	Kuesioner kepatuhan minum obat <i>Morisky Medication Adherence Scale</i> (MMAS) yang telah teruji validitas dan realibilitas oleh Maulidia (2014)	Interval	Skor dalam rentang 0 - 8

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

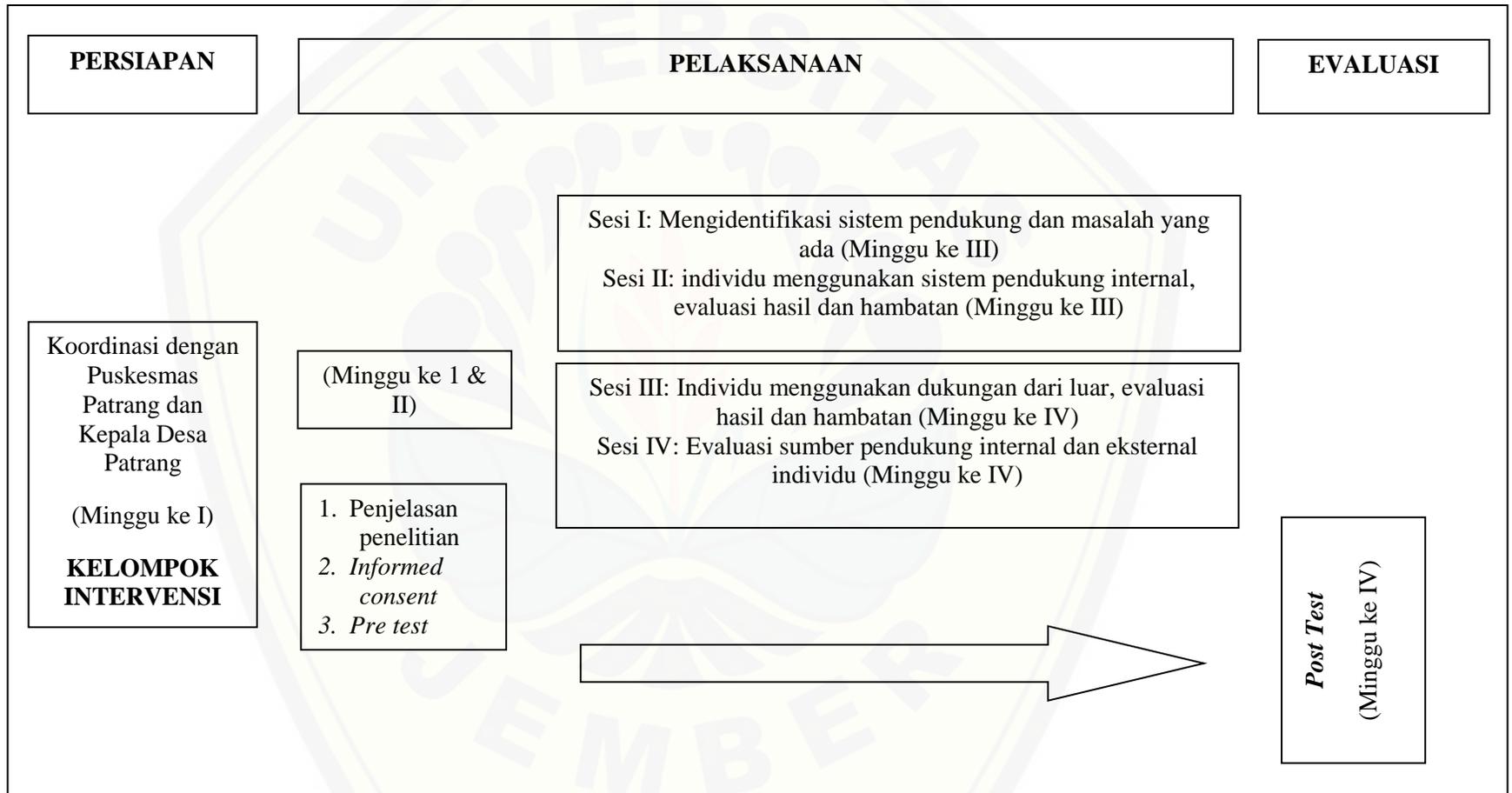
Sumber data dari penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh peneliti secara langsung dari subjek penelitian (Budiman, 2008). Data primer dari penelitian ini adalah data wawancara dengan kuesioner yang dilakukan peneliti pada klien TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember.

Data sekunder adalah data yang didapatkan peneliti secara tidak langsung, data tersebut diperoleh dari instansi terkait, majalah ilmiah, dan hasil penelitian orang lain (Budiman, 2008). Data sekunder penelitian ini didapatkan dari beberapa instansi terkait, seperti Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas Patrang.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Nazir (2009) mengemukakan bahwa pengumpulan data adalah proses yang sistematis untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti. Teknik pengumpulan data yang akan dilakukan oleh peneliti terdiri dari tiga proses yaitu *pretest*, *intervensi*, dan *posttest* pada kelompok. Tahapan *intervensi* dilakukan peneliti sebanyak 2 kali pertemuan dengan alokasi waktu 90 menit.

Gambar 4.3 Gambaran rencana pelaksanaan penelitian



Tahapan yang dilakukan peneliti dalam melakukan *pretest*, intervensi, dan *posttest*. Berikut adalah penjelasan dari rangkaian kegiatan sesuai gambar 4.2.

a. Tahap Pertama: Persiapan

Tahapan ini dilakukan setelah peneliti melakukan koordinasi pada pihak Puskesmas Patrang terkait ijin penelitian dan ijin pada kepala dusun setempat serta sekaligus meminta bantuan sebagai penunjuk arah, peneliti berada di puskesmas patrang untuk pengambilan data persetujuan menjadi responden saat responden mengambil obat dan mendatangi masing-masing responden penelitian. Peneliti melakukan *pretest* dengan memberikan kuesioner *Morinsky Medication Adherence Scale* (MMAS) yang terdiri dari 8 pernyataan dan sekaligus kontrak waktu untuk pelaksanaan terapi suportif : kelompok pada saat kunjungan rumah.

b. Tahap Kedua: Pelaksanaan

Peneliti melakukan intervensi tahap pertama dengan menggabungkan sesi pertama dan sesi kedua pada satu kali pertemuan. Pada sesi pertama ini peneliti melakukan intervensi dengan memberikan penjelasan singkat tentang TB paru dan pengobatannya. Peneliti membantu klien TB paru untuk mengidentifikasi masalah yang di hadapi selama masa sakit, pengobatan, sampai sekarang. Peneliti juga membantu klien TB paru untuk mengidentifikasi sistem pendukung yang ada pada klien TB paru. Pada sesi kedua peneliti membantu klien mengidentifikasi bagaimana klien TB paru menggunakan sistem

pendukung internal (dalam diri klien) dan terapi suportif: kelompok pada sesi ini dilakukan dengan model diskusi antara klien TB paru dan peneliti sebagai fasilitator.

c. Tahap Ketiga: Evaluasi

Tahap ketiga dilakukan dengan dua sesi terapi suportif kelompok dengan metode diskusi antar klien dengan peneliti sebagai fasilitator dengan tema sistem pendukung eksternal (dari lingkungan keluarga, masyarakat dan petugas kesehatan) untuk mengatasi masalah yang dihadapi selama menjalani program pengobatan TB paru. Peneliti menunjuk beberapa klien untuk mengungkapkan pengalamannya. Peneliti melakukan evaluasi atas proses yang dilakukan dengan klien TB paru, setelah itu peneliti melakukan sesi keempat dengan mengevaluasi sumber pendukung internal dan eksternal yang telah dilakukan oleh individu saat ini, dan mengevaluasi proses diskusi yang telah dijalani. Peneliti juga akan menanyakan keuntungan yang telah didapat setelah mengikuti proses terapi. Pertemuan terakhir peneliti ini, peneliti meminta anggota terapi untuk mengisi lembar *posttest* pada kelompok intervensi setelah selesainya terapi suportif kelompok yang kedua. Peneliti membantu klien TB paru jika ada pertanyaan yang kurang jelas, dan waktu yang diberikan untuk mengisi kuesioner maksimal 10 menit.

4.6.3 Alat Pengumpul Data

Peneliti menggunakan lembar kuesioner sebagai alat pengumpul data. Lembar kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner karakteristik umum responden dan kuesioner penilaian kepatuhan minum obat klien TB paru untuk menilai variabel kepatuhan minum obat klien TB paru sebelum dan setelah dilakukan terapi suportif kelompok.

Tahapan yang dilakukan peneliti dalam melakukan *pretest* dan *posttest* yaitu:

a. Tahap *pretest*

Tahapan ini dilakukan di waktu yang berbeda untuk kelompok intervensi dengan sekali pengukuran menggunakan kuisisioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) untuk mengukur kepatuhan minum obat. Kontrak waktu dilakukan pada kelompok untuk memulai intervensi terapi suportif kelompok.

b. Tahap intervensi

Tahapan ini dilaksanakan dalam 4 topik bahasan yaitu sesi pertama mengidentifikasi sistem pendukung dan masalah yang ada, sesi kedua individu menggunakan sistem pendukung internal, sesi ketiga individu menggunakan dukungan dari luar, sesi keempat mengevaluasi sumber pendukung internal dan eksternal individu dan masing-masing sesi akan dilakukan evaluasi proses dan hambatannya.

c. Tahap *posttest*

Tahap ini dilakukan setelah terapi suportif kelompok telah selesai dilaksanakan.

Instrumen kepatuhan dengan memberikan pernyataan dari kuesioner baku *Morinsky Medication Adherence Scale* (MMAS) yang terdiri dari 8 pernyataan yang sudah dialih bahasakan ke dalam bahasa Indonesia. Penentuan jawaban kuesioner menggunakan skala *Guttman*; dimana yaitu jawaban responden hanya terbatas pada dua jawaban, ya atau tidak. Nilai tertinggi 8 dan terendah 0. Variabel kepatuhan mengadopsi dari interpretasi kuesioner asli oleh Morinsky yang dimodifikasi yakni dengan 2 kategori, dimana 2 sebagai *cut of point*. Semakin sedikit total nilai yang dijumlah menandakan kepatuhan yang baik.

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas digunakan untuk memenuhi syarat alat ukur tersebut harus reliabel dan valid. Pelaksanaan uji validitas dan uji reliabilitas alat ukur diharapkan memperoleh distribusi nilai hasil pengukuran mendekati normal (Notoatmodjo dalam Fiandini, 2010). Sehingga alat ukur tersebut dapat digunakan dalam penelitian.

a. Uji Validitas

Uji validitas adalah ukuran sebuah instrumen dikatakan valid jika instrumen itu mampu mengukur yang seharusnya diukur menurut situasi dan kondisi tertentu (Setiadi, 2007). Semua instrumen penelitian dilakukan uji validitas menggunakan *Person Product Moment* (r). Dasar pengambilan

keputusan adalah valid jika r hitung $>$ r tabel dan tidak valid jika r hitung $<$ r tabel. Taraf signifikan yang digunakan adalah 5% (Riwidikdo dalam Fiandini, 2010).

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan setelah pertanyaan dinyatakan valid dengan menggunakan *cronbach alpha*. Hasil uji reliabilitas, kuesioner atau alat ukur dinyatakan reliabel jika nilai *cronbach alpha* lebih dari r tabel (Setiadi, 2007).

Alat ukur dalam penelitian ini yaitu kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) telah teruji validasi dan realibilitas oleh (Maulidia, 2012), sehingga peneliti tidak perlu melakukan uji validitas dan reabilitas kembali. Hasil uji pada instrumen kepatuhan didapatkan nilai K-R20 0,844 dengan validitas soal, terdapat 1 pertanyaan yang tidak valid pada nomor 5 dengan nilai negatif. Sehingga dilakukan perubahan redaksi menjadi kalimat positif dan dilakukan uji ulang pada 20 responden didapatkan nilai K-R20 0,78 dengan 2 pertanyaan tidak valid. Kemudian untuk memperkuat hasil validasi dilakukan uji ulang pada penelitian sebenarnya dan didapatkan nilai K-R20 0,8 dengan validitas seluruh pertanyaan valid. Pada reliabilitas kepatuhan menggunakan *software computer* dengan rumus K-R20 dengan nilai akhir $>0,7$.

4.7 Pengolahan Data dan Analisa Data

4.7.1 *Editing*

Pemeriksaan ulang yang dilakukan peneliti terhadap data yang telah dikumpulkan dengan melihat kelengkapan jawaban dari responden dan keterbacaan tulisan (Setiadi, 2007). Proses ini bertujuan untuk memperbaiki kualitas data yang telah dikumpulkan dan menghilangkan keraguan dari data (Nazir, 2009). Proses *editing* akan dilakukan peneliti dengan memeriksa kelengkapan data yang telah dikumpulkan;

4.7.2 *Coding*

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden kedalam kategori (Setiadi, 2007). Peneliti mengkode masing-masing jawaban sesuai dengan kode jawaban yang sudah ditetapkan. Pemberian koding dilakukan pada data karakteristik responden

Jawaban kuesioner memiliki kategori kepatuhan :

a. Karakteristik responden

1) Jenis kelamin

1 : Laki- laki

2 : wanita

2) Pendidikan

1 : tidak sekolah/ SD

2 : SMP

3 : SMA

4 : Akademik/ PT

3) Status pernikahan

0 : belum menikah

1 : menikah

2 : janda/ duda

4.7.3 *Processing/Entry*

Peneliti melakukan proses memasukkan data ke dalam tabel dilakukan dengan program SPSS (*Statistical Product and Service Solution*) yang ada di dalam komputer (Notoatmodjo, 2012). Peneliti memasukkan data yang di peroleh selama peneliti yaitu karakteristik responden dan variabel penelitian dari responden yang di beri kode kategori.

4.7.4 *Cleaning*

Proses pembersihan data yang telah terkumpul dengan cara memeriksakan data dari kedua variabel apakah telah tepat (Setiadi, 2007). Proses ini akan dilakukan peneliti untuk memeriksa ulang data yang belum di *entry*. Proses *cleaning* dalam penelitian ini dengan cara memeriksa kembali data dari responden yang telah di masukkan pada program SPSS oleh peneliti seperti hasil kuesioner, karakteristik responden.

4.7.5 Teknik Analisa Data

Analisa univariat adalah gambaran dari satu variabel penelitian (Patricia & Arthur, 2002). Analisa univariat akan dibagi menjadi dua yaitu untuk jenis data kategorik akan dilakukan analisa dengan distribusi frekuensi dan proporsi pada variabel jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan, dan status pernikahan, sedangkan analisa univariat untuk data numerik akan dilakukan dengan menghitung *mean*, *median*, dan *modus* dari data usia dan kepatuhan minum obat. Analisa bivariat adalah analisa pada data yang lebih kompleks dan biasanya lebih dari satu variabel (Patricia & Arthur, 2002). Analisa data bivariat yang digunakan adalah uji t *dependent* dilakukan untuk menguji pengaruh terapi suportif kelompok terhadap perubahan variabel kepatuhan minum obat. Alasan menggunakan uji t *dependent* adalah jenis data yang digunakan adalah skala numerik dengan tujuan mengukur perbedaan *mean* antara kedua kelompok secara statistik.

4.8 Etika Penelitian

Guna menghindari efek samping yang akan terjadi dari penelitian yang belum dapat diprediksi maka sebuah penelitian memerlukan sebuah etik untuk memberikan perlindungan pada responden (Potter dan Perry, 2005). Adapun pertimbangan etis yang dapat menjadi masalah diantaranya:

4.8.1 *Informed Consent*

Lembar persetujuan diedarkan sebelum penelitian dilaksanakan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang akan terjadi saat pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti maka harus mendatangi lembar persetujuan tersebut, jika tidak peneliti harus menghormati hak-hak responden (Notoatmodjo, 2012). Hal ini bertujuan untuk menghormati harkat dan martabat manusia yang memiliki kebebasan dalam menentukan pilihan untuk memberi informasi atau tidak. Peneliti memberikan lembar persetujuan kepada responden sebagai persyaratan bahwa responden bersedia untuk mengikuti penelitian. Peneliti juga harus mempertahankan keanoniman dan kerahasiaan responden (Potter & Perry, 2005);

4.8.2 Kerahasiaan

Suatu tindakan menjaga dan menjamin informasi yang telah diberikan oleh responden. Peneliti menggunakan *coding* sebagai ganti dari identitas responden, responden tidak akan diketahui oleh orang lain untuk mengidentifikasi responden selain peneliti dan data hanya dipaparkan sesuai dengan tujuan penelitian;

4.8.3 Keadilan

Semua informasi yang telah dikumpulkan dari subjek dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian. Peneliti menggunakan *coding* sebagai pengganti identitas responden, peneliti menggunakan kode untuk memunculkan identitas

responden. Prinsip keadilan perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan dan kehati-hatian;

4.8.4 Asas Kemanfaatan

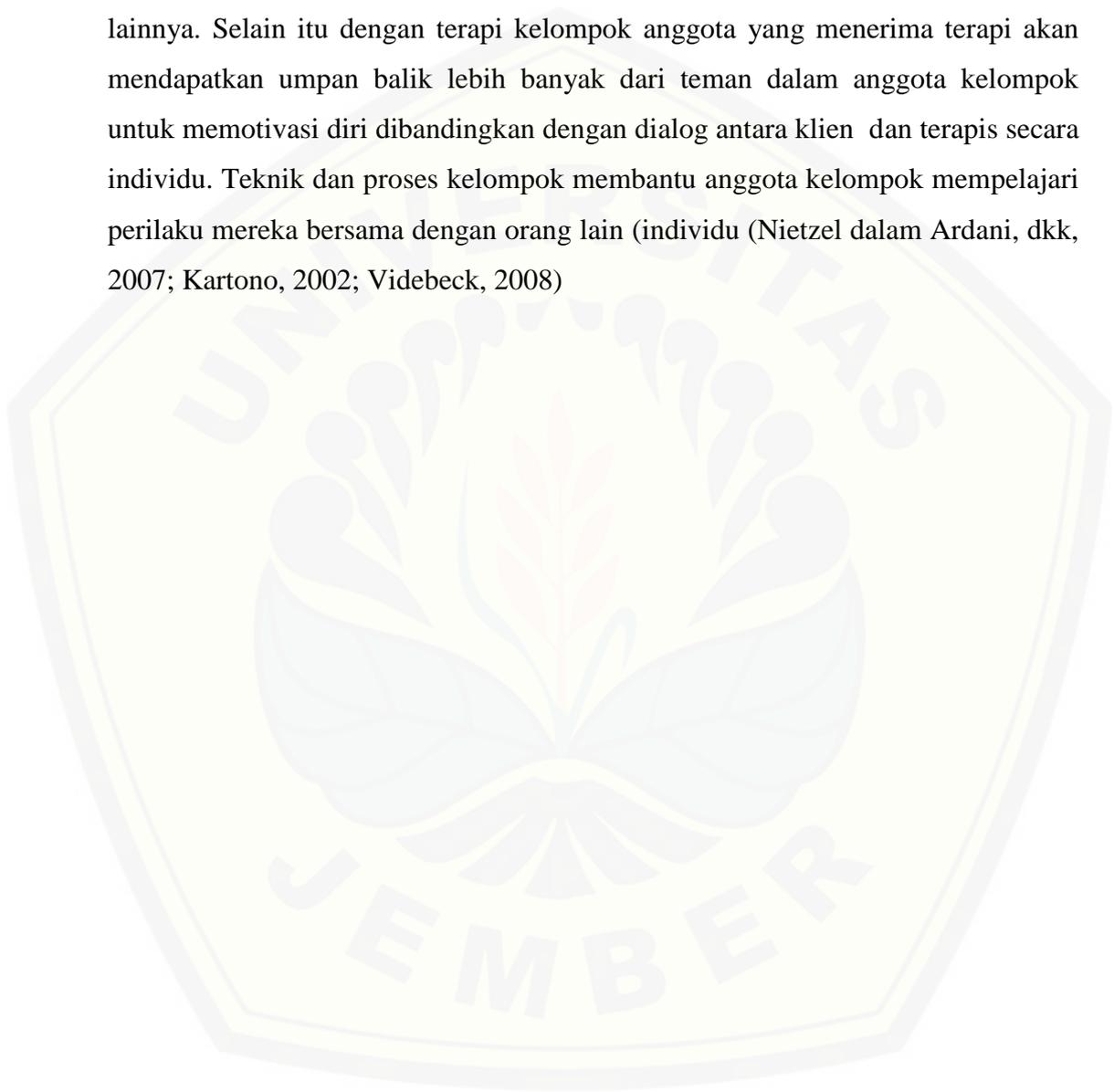
Peneliti diharapkan memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya dan subjek penelitian pada khususnya. Peneliti meminimalisir dampak merugikan selama proses penelitian. Responden mendapatkan hasil dengan tingkat kepatuhan yang baik setelah di berikan terapi suportif kelompok;

4.8.5 Anonimitas

Peneliti memberikan hak terhadap responden untuk memberikan nama inisial selama penelitian. Identitas responden dalam proses editing akan dirubah menjadi kode nomor responden yang hanya diketahui oleh peneliti. Kerahasiaan pada penelitian saat ini dilakukan oleh peneliti dengan cara penggunaan *anonymity* untuk mendokumentasikan responden (identitas klien TB paru) dalam pendokumentasian hasil penelitian.

BAB 4. PENUTUP

Terapi suportif kelompok lebih unggul dibandingkan terapi suportif lainnya. Selain itu dengan terapi kelompok anggota yang menerima terapi akan mendapatkan umpan balik lebih banyak dari teman dalam anggota kelompok untuk memotivasi diri dibandingkan dengan dialog antara klien dan terapis secara individu. Teknik dan proses kelompok membantu anggota kelompok mempelajari perilaku mereka bersama dengan orang lain (individu (Nietzel dalam Ardani, dkk, 2007; Kartono, 2002; Videbeck, 2008)



DAFTAR PUSTAKA

Bachtiyar, Bafidz Arifahmi. 2014. *Pengaruh Terapi Suportif: Kelompok Terhadap Perubahan Harga Diri Klien TB paru di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember*. Jember : Universitas Jember.

Dewi, Erti Ikhtiarini. 2011. *Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Beban dan Tingkat Ansietas keluarga dalam Merawat Anak Tunagrahita di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Banyumas*. Diakses 14 februari 2016.
<http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&ved=0CG0QFjAH&url=http%3A%2F%2Flontar.ui.ac.id%2Ffile%3Ffile%3Ddigital%2F20303465-T%252030831-Pengaruh%2520efek-full%2520text.pdf&ei=plBEUsK3GI-HrAfhwIGYBQ&usq=AFQjCNEvhn68HLgOov3XYPYSIM9CluipnA&sig2=FeO2mZ4vPpnewJ0dAa6Xxg>

Ingram, I.M. 1993. *Psikiatri Catatan Kuliah*. Jakarta: EGC

Nancy. 1996. *Mental Health Nursing in The Community*. Missouri: Mosby

Videbeck, Sheila. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC

		JUDUL SOP: Terapi Suportif Kelompok pada Penderita TB Paru			
PSIK UNIVERSITAS JEMBER		NO DOKUMEN:	NO REVISI :	HALAMAN :	
		TANGGAL TERBIT:		DITETAPKAN OLEH :	
				Ya	Tidak
1	PENGERTIAN	Terapi suportif kelompok adalah terapi dengan teknik dan proses kelompok untuk membantu anggota kelompok mempelajari perilaku mereka bersama dengan orang lain (Videbeck, 2008).			
2	TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyembuhkan klien dari gangguan psikologis seperti Kepatuhan minum obat rendah. 2. Membantu individu menggunakan sumber koping yang ada dengan baik 			
3	INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 3. Individu yang mengalami gangguan psikologis seperti Kepatuhan minum obat rendah. 			
4	KONTRAINDIKASI	Individu yang sedang rawat inap di klinik atau rumah sakit			
5	PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meja dan kursi 2. Alat tulis 3. Kertas/buku 4. Alat peraga seperti gambar terkait materi 			
6	METODE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi 2. Tanya jawab 3. <i>Role play</i> 4. Demonstrasi dan re-demonstrasi 			
6	PERSIAPAN ANGGOTA TERAPI	Pengukuran dilakukan dengan memperhatikan <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang dalam keadaan yang nyaman dan 			

	DAN LINGKUNGAN	<p>tenang</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Individu dan terapis duduk dalam formasi lingkaran 		
7	PERSIAPAN TERAPI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat kontrak dengan anggota terapi suportif kelompok 2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan 		
8.	TAHAP ORIENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam pada anggota kelompok 2. Jelaskan tujuan setiap dilaksanakan sesi terapi 3. Evaluasi perasaan individu pada hari ini 4. Kontrak waktu yang dibutuhkan untuk terapi adalah 30-60 menit, jika anggota kelompok ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis 5. Beri kesempatan klien bertanya 		
9	TAHAP KERJA	<p>SESI I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meminta kepada seluruh anggota kelompok untuk menjelaskan apa yang mereka ketahui TB paru, meliputi definisi, penyebab, tanda dan gejala, pengobatan, dan sumber coping yang dapat digunakan. 2. Memberikan pujian atas kemampuan individu dalam menyampaikan pendapatnya. 3. Menanyakan pada seluruh anggota terapis mengenai apa yang biasa dirasakan selama pengobatan TB paru. 4. Memberikan pujian atas kemampuan anggota terapi dalam menyampaikan pendapatnya. 5. Mendiskusikan hambatan dalam melakukan pengobatan. 6. Mendiskusikan sumber pendukung yang 		

		ada.		
		<p>SESI 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan kemampuan positif sistem pendukung yang ada dalam diri individu 2. Meminta anggota terapi untuk melakukan <i>role play</i> penggunaan sistem pendukung yang ada dalam dirinya. 3. Memberikan pujian atas kemampuan anggota terapi dalam melakukan <i>role play</i>. 4. Meminta anggota terapi membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada dalam dirinya. 5. Memberikan motivasi pada anggota terapi untuk menggunakannya (sistem pendukung yang ada dalam dirinya). 6. Meminta individu memantau dan menilai hasil penggunaannya (sistem pendukung yang ada dalam dirinya). 7. Mendiskusikan hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam diri masing-masing anggota terapi. 		
		<p>SESI 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan kemampuan positif sistem pendukung yang ada di luar individu: keluarga, kelompok dalam masyarakat, pelayanan di masyarakat, dan pelayanan spesialis. 2. Meminta individu untuk melakukan <i>role play</i> penggunaan sistem pendukung yang ada di luar diri masing-masing anggota terapi. 3. Memberikan pujian atas kemampuan anggota terapi melakukan <i>role play</i>. 		

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Meminta anggota terapi membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada di luar diri anggota terapi. 5. Memberikan motivasi pada anggota terapi untuk menggunakannya (sistem pendukung yang ada di luar dirinya). 6. Meminta individu memantau dan menilai hasil penggunaannya (sistem pendukung yang ada di luar individu). 7. Mendiskusikan hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar individu. 		
		<p>SESI 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada seluruh anggota terapi tentang pengalaman yang dipelajari berkaitan dengan penggunaan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar individu dan meminta mengevaluasinya. 2. Memberikan pujian atas kemampuan anggota terapi dalam menyampaikan pendapatnya dan <i>reinforcement</i> atas pengalamannya menggunakan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar dirinya sendiri. 3. Mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga. 4. Mendiskusikan upaya yang perlu dilakukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam maupun di luar diri masing-masing 		

		<p>anggota terapi.</p> <p>5. Mendiskusikan rencana kelanjutan dari perawatan setelah program terapi.</p>		
10	TERMINASI/ EVALUASI	<p>SESI 1</p> <p>1. Evaluasi Subjektif</p> <p>a. Menanyakan kepada anggota terapi perasaannya setelah mengikuti terapi.</p> <p>b. Terapis memberikan pujian kepada kelompok.</p> <p>2. Evaluasi objektif</p> <p>a. Menanyakan masalah yang dihadapi selama melakukan pengobatan.</p> <p>b. Menanyakan sumber pendukung yang dapat digunakan.</p> <p>3. Rencana tindak lanjut</p> <p>a. Memotivasi seluruh anggota terapi untuk mengenal masalah, dan hambatan selama pengobatan.</p> <p>b. Memotivasi seluruh anggota terapi untuk mengidentifikasi sumber pendukung yang ada.</p> <p>4. Kontrak yang akan datang</p> <p>a. Bersama anggota terapi menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.</p> <p>b. Bersama anggota terapi menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.</p>		
		<p>SESI 2</p> <p>1. Evaluasi Subjektif : menanyakan kepada anggota terapi perasaannya setelah mengikuti terapi.</p>		

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Evaluasi objektif: menanyakan kepada kelompok untuk mengungkapkan kembali kemampuan positif yang dimiliki sumber pendukung yang ada dalam dirinya sendiri. 3. Rencana tindak lanjut <ol style="list-style-type: none"> a. Mengajukan kepada anggota terapi untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sumber pendukung yang ada dalam dirinya. b. Mengajukan kepada anggota terapi untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sebagai sumber pendukung. 4. Kontrak yang akan datang <ol style="list-style-type: none"> a. Bersama kelompok menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya. b. Bersama kelompok menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang. 		
		<p>SESI 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Subjektif: menanyakan kepada anggota terapi perasaannya setelah mengikuti terapi. 2. Evaluasi objektif: menanyakan kepada kelompok untuk mengungkapkan kembali kemampuan positif yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar dirinya sendiri. 3. Rencana tindak lanjut <ol style="list-style-type: none"> a. Mengajukan kepada anggota terapi untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar dirinya sendiri. b. Mengajukan kepada anggota terapi untuk menggunakan kemampuan yang 		

		<p>dimiliki sebagai sumber pendukung di luar dirinya sendiri.</p> <p>4. Kontrak yang akan datang</p> <p>a. Bersama kelompok menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.</p> <p>b. Bersama kelompok menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.</p>		
		<p>SESI 4</p> <p>1. Evaluasi Subjektif: menanyakan kepada anggota terapi perasaannya setelah mengikuti terapi</p> <p>2. Evaluasi objektif: menanyakan kepada seluruh anggota terapi untuk mengungkapkan kembali kemampuannya dalam memilih tindakan untuk mengatasi hambatan selama pengobatan.</p> <p>3. Rencana tindak lanjut: menganjurkan kembali kepada anggota terapi untuk mengingat dan mempraktikkan kemampuan positif sistem pendukung baik yang di dalam maupun di luar dirinya sendiri.</p> <p>4. Kontrak yang akan datang: menyampaikan pada seluruh anggota terapi bahwa sesi pertemuan sudah selesai. Bila individu masih mempunyai masalah dapat menghubungi perawat yang ada di Puskesmas.</p>		
11	DOKUMENTASI	Catat hasil dan perkembangan anggota terapi pada lembar evaluasi		

Sumber : Pengaruh Terapi Suportif: Kelompok Terhadap Perubahan Harga Diri Klien TB paru (Bachtiyar, 2014).



LAMPIRAN

H.1 Hasil Analisis Kuesioner sebelum (*Pretest*) dilakukan terapi suportif kelompok

Statistics

		p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8
N	Valid	20	20	20	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		.55	.75	.80	.30	.55	.85	.80	.40
Median		1.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00
Mode		1	1	1	0	1	1	1	0
Std. Deviation		.510	.444	.410	.470	.510	.366	.410	.503
Variance		.261	.197	.168	.221	.261	.134	.168	.253
Range		1	1	1	1	1	1	1	1
Minimum		0	0	0	0	0	0	0	0
Maximum		1	1	1	1	1	1	1	1
Sum		11	15	16	6	11	17	16	8
Percentiles	25	.00	.25	1.00	.00	.00	1.00	1.00	.00
	50	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00
	75	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

H.2 Hasil Analisis Kuesioner setelah (*Posttest*) dilakukan terapi suportif kelompok

Statistics

		p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8
N	Valid	20	20	20	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		.45	.80	.25	.00	1.00	.15	.20	.00
Std. Error of Mean		.114	.092	.099	.000	.000	.082	.092	.000
Median		.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	.00	.00

Mode	0	1	0	0	1	0	0	0
Std. Deviation	.510	.410	.444	.000	.000	.366	.410	.000
Variance	.261	.168	.197	.000	.000	.134	.168	.000
Range	1	1	1	0	0	1	1	0
Minimum	0	0	0	0	1	0	0	0
Maximum	1	1	1	0	1	1	1	0
Percentiles	25	.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	.00
	50	.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	.00
	75	1.00	1.00	.75	.00	1.00	.00	.00

LAMPIRAN I. TABULASI DATA

I.1 Karakteristik Responden

Statistics

		jenis kelamin	status pernikahan	pendidikan terakhir	penghasilan
N	Valid	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0
Mean		1.3500	1.9000	2.7500	1.4500
Median		1.0000	2.0000	2.5000	1.0000
Mode		1.00	2.00	2.00	1.00
Std. Deviation		.48936	.30779	1.11803	.51042
Minimum		1.00	1.00	1.00	1.00
Maximum		2.00	2.00	5.00	2.00
Percentiles	25	1.0000	2.0000	2.0000	1.0000
	50	1.0000	2.0000	2.5000	1.0000
	75	2.0000	2.0000	4.0000	2.0000

Statistics

usia

N	Valid	20
	Missing	0
Mean		40.0500
Median		43.0000
Mode		45.00
Std. Deviation		7.14124
Minimum		23.00
Maximum		50.00
Percentiles	25	33.0000
	50	43.0000
	75	45.0000

Statistics

lama pengobatan

N	Valid	20
	Missing	0
Mean		3.5000
Median		3.0000
Mode		3.00
Std. Deviation		1.05131
Minimum		2.00
Maximum		6.00
Percentiles	25	3.0000
	50	3.0000
	75	4.0000

jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
laki-laki	13	65.0	65.0	65.0
Valid perempuan	7	35.0	35.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

status pernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
belum menikah	2	10.0	10.0	10.0
Valid menikah	18	90.0	90.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

pendidikan terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak tamat SD/Tidak sekolah	2	10.0	10.0	10.0
Valid lulus SD/MI	8	40.0	40.0	50.0
Lulus SMP/Mts	4	20.0	20.0	70.0
Valid lulus SMA/MA/SMK	5	25.0	25.0	95.0
Lulusan Perguruan Tinggi (DI,DII,SI)	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

penghasilan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
< Rp 1.629.000	11	55.0	55.0	55.0
Valid >Rp 1.629.000	9	45.0	45.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Hasil penelitian perbedaan kepatuhan minum obat sebelum dan sesudah pelatihan terapi suportif kelompok dengan menggunakan uji T-*dependen*.

Statistics

		Posttotal	Pretotal
N	Valid	20	20
	Missing	0	0
Mean		2.85	5.00
Std. Error of Mean		.244	.324
Median		3.00	5.00
Mode		2 ^a	5
Std. Deviation		1.089	1.451
Minimum		1	2
Maximum		5	7

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pretotal	.150	20	.200*	.933	20	.176
posttotal	.182	20	.080	.924	20	.117

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	pretotal	5.00	20	1.451	.324
	posttotal	2.85	20	1.089	.244

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	pretotal & posttotal	20	.666	.001

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 pretotal – posttotal	2.150	1.089	.244	1.640	2.660	8.826	19	.000



LAMPIRAN J. DOKUMENTASI



a. Proses Kegiatan Pelatihan terapi suportif Kelompok di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember



b. Proses Kegiatan Pelatihan terapi suportif Kelompok di wilayah kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember

J. SURAT REKOMENDASI



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 1517/UN25.1.14/LT/2016 Jember, 26 April 2016
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : M. Tutus Prasetyo
N I M : 122310101071
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Pengaruh Terapi Suportif Kelompok terhadap Kepatuhan Minum Obat Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.


Ketua,
Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818
 e-Mail : penelitian.lemlit@unej.ac.id

Nomor : **714** /UN25.3.1/LT/2016 10 Mei 2016
 Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Kepala
 Badan Kesatuan Bangsa, dan Politik
 Pemerintah Kabupaten Jember
 di -

JEMBER

Memperhatikan surat pengantar dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor : 1517/UN25.1.14/LT/2016 tanggal 26 April 2016, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : M. Tutus Prasetyo/122310101071
 Fakultas / Jurusan : PSIK/Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Alamat / HP : Jl. Baturaden No. 24 Mastrip Jember/Hp. 082132438371
 Judul Penelitian : Pengaruh Terapi Suportif: Kelompok Terhadap Kepatuhan Minum Obat Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
 Lokasi Penelitian : Puskesmas Patrang Kabupaten Jember
 Lama Penelitian : Dua bulan (10 Mei 2016 – 10 Juli 2016)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.

a.n Ketua
 Sekretaris

 Dr. Zainuri, M.Si
 NIP.196403251989021001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Dekan PSIK
 Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

K e p a d a

Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/763/314/2016

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 26 April 2016 Nomor : 1517/UN25.1.14/SP/2016 perihal Ijin Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : M. Tutus Prasetyo 122310101071
 Instansi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi berjudul :
 "Pengaruh Terapi Suportif Kelompok terhadap Kepatuhan Minum Obat Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas patrang Kabupaten Jember".
 Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas patrang Kabupaten Jember
 Tanggal : 29-04-2016 s/d 29-05-2016

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 29-04-2016

Ah. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Kajian Strategis & Politik


 Drs. SLAMET WUJOKO, M.Si.
 Rembina
 NIP. 19631212 198606 1004

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember
 2. Ybs.



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

JL.Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 29 April 2016

Nomor : 440 / 17023 / 414 / 2016
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth.Sdr.Plt. Kepala Puskesmas Patrang
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/763/314/2016, Tanggal 29 April 2016, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : M. Tulus Prasetyo
NIM : 122310101071
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Mengadakan Penelitian Berjudul "Pengaruh Terapi Supportif Kelompok Terhadap Kepatuhan Minum Obat Klien TB Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember"
Waktu Pelaksanaan : 29 April 2016 s/d 29 Mei 2016

Selubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

REKOMENDASI SELESAI PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Murtaqib,S.Kp.,M.Kep

NIP : 197408132001121002

Sebagai Dosen Pembimbing Utama (DPU)mahasiswa:

Nama : M Tutus Prasetyo

NIM : 122310101071

Menyatakan bahwa mahasiswa yang bersangkutan telah selesai melaksanakan penelitian yang berjudul "Pengaruh Terapi Suportif: Kelompok Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Klien TB paru di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember" pada 9 Mei -11 Juni 2016. Demikian rekomendasi ini dibuat agar digunakan semestinya.

Jember, 21 Juni 2016



Murtaqib,S.Kp.,M.Kep
NIP. 19740813 200112 1 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

PERNYATAAN UJI KOMPETENSI PENGGUNAAN SOP

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : *Ms. Emi Wuri Wuryaningling, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J*
NIP : *19850511 200812 2005*

sebagai penguji KOMPETENSI penggunaan SOP

Telah melakukan uji penggunaan SOP *Rmp. Supatif Kelompok*, yang dilakukan oleh:

Nama : *M. Tulus Prasetyo*
NIM : *12230101071*

Yang mengadakan penelitian dengan judul

*Pengaruh Terapi Supatif Kelompok Terhadap
Kepatuhan Minum Obat Klien TB Paru di Wilayah Kerja
Puskesmas Binang Kabupaten Jember*

Setelah dilakukan uji kemampuan penggunaan SOP *Terapi Supatif Kelompok*, maka dinyatakan memenuhi syarat untuk menggunakan SOP tersebut dalam proses penelitian. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Jember, *25 April* 2016

Penguji SOP

[Signature]
Ms. Emi Wuri Wuryaningling, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J
(19850511 200812 2005)

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
 PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
 UNIVERSITAS JEMBER

→ NAMA : Mohammad Tulus Prasetyo
 NIM : 122310101071
 DPU : Murtaqib, S.Kp.,M.Kep.
 DPA : Ns.Baskoro Setioputro, M.Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
23 Februari 2016	- konsul judul dan BAB I.	- ACC judul - Perbaiki BAB I.	 Murtaqib, S.Kp., M.Kep.
24/3-16.	- memperbaiki BAB I sampai BAB IV menggunakan SOP.	Perbaiki lagi BAB I - IV	
28/3-16.	Perbaiki etiket label untuk data sekunder.	Perbaiki le: & LB khusus data Tertty manly & loker Nevetika	

20/5 16		acc uti di provinsi sumpro	J.
21 Juni 2016		Perorangan Hare dan Perorangan Tint kaidat Pemisah.	J.
22/6 2016		Perorangan hare dan Perorangan lebih banyak dahi? & di kelompok	J.
		Perorangan Sada Oke! Makam & lepagri & Bendel	J. 20 Maret 2016

		<i>Ade uti d padanika Sidiang</i>	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
 PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
 UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Mohammad Tutus Prasetyo
 NIM : 122310101071
 DPU : Murtaqib, S.Kp.,M.Kep.
 →DPA : Ns.Baskoro Setioputro, M.Kep.

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
19 februari 2016	- konsul judul dan latar belakang	- Memperbaiki judul - Memperkuat isi dari bab 1 dan latar belakang.	 Murtaqib, S.Kp., M.Kep
22 februari 2016	- Judul - Bab ?	- Perbaiki judul - Perbaiki alur pikir	 Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep
23 februari 2016	- Bab I - Judul.	- Acc judul - Perbaiki bab I - Kerjakan Bab II	 Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep

<p>25 Februari 2016</p>	<p>Bab I Bab II</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki bab II - Lengkapi bab III - konsul 28/2 - Stupen 	
<p>29 Februari 2016</p>	<p>Bab I, II, III</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki bab I - Bedakan Cara Terapi seperti - Perbaiki kerangka Teori & konsep - Lengkapi Bab II - konsul Rabu 2/3-07 	
<p>3 Maret 2016</p>	<p>Bab. I II III IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tambah Ref. ke pa tuhan. - Perbaiki bab IV - Stupen - konsul Selasa 8/3 - 07.00 	
<p>15 Maret 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki SOP - SAP - modul 	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki SOP - konsul Kamis 17/3 - 07.00 	

29 Maret 2016.		- Perbaiki Bab N., Keseluruhan - konsul Babu. 30/3 - 07.00	
30 Maret 2016.		- Perbaiki bab <u>N</u> - konsul komis, 31/3 - 07.00	
5 April 2016		Acc sempro	
12 Juni 2016		Perbaiki Pembahasan	

20 Juni 2016	Perbaiki pembahasan	
22 Juni 2016	Perbaiki pembahasan	
23 Juni 2016	Perbaiki pembahasan	
	ACC Sidang.	

