



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN TINGKAT  
KEPUTUSASAAN TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT  
PASIE N TUBERKULOSIS PARU FASE LANJUTAN  
DI KECAMATAN UMBULSARI JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh:

**Tria Yudinia  
NIM 142010101047**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN TINGKAT  
KEPUTUSASAAN TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT  
PASIEEN TUBERKULOSIS PARU FASE LANJUTAN  
DI KECAMATAN UMBULSARI JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk  
meraih gelar Sarjana Kedokteran (S1) pada Fakultas Kedokteran  
Universitas Jember

Oleh:

**Tria Yudinia**  
**NIM 142010101047**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT yang telah memberi limpahan rahmat serta hidayah-Nya, serta Nabi Muhammad SAW dan Rasul-Nya yang selalu menjadi panutan dalam setiap langkah;
2. Kedua orang tua dan kakak serta adik tercinta, Ibu Sri Wahyuni, Bapak Edi Nurtjahja, Fitriana Yudita, Vini Yudianti, dan Anisa Yudianti;
3. Semua guru – guru sejak taman kanak – kanak hingga perguruan tinggi yang telah memberi ilmu serta bimbingannya;
4. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

**MOTTO**

“Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.”

(Terjemahan Surat Al-Insyirah ayat 5)<sup>\*)</sup>



---

<sup>\*)</sup> Departemen Agama Republik Indonesia. 2011. *Al-Quran dan Terjemahannya*. Bandung: CV Diponegoro.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tria Yudinia

NIM : 142010101047

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dan Tingkat Kepatuhan terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru Fase Lanjutan di Kecamatan Umbulsari Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan institusi manapun, serta 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 adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 24 Januari 2018

Yang menyatakan,

Tria Yudinia  
NIM 142010101047

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN TINGKAT  
KEPUTUSASAAN TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT  
PASIEN TUBERKULOSIS PARU FASE LANJUTAN  
DI KECAMATAN UMBULSARI JEMBER**

Oleh

Tria Yudinia  
NIM 142010101047

Pembimbing

Dosen Pembimbing I : dr. Yohanes Sudarmanto, M.Med.Ed

Dosen Pembimbing II : dr. Ulfa Elfiah, M. Kes., Sp. BP-RE

**PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dan Tingkat Keputusasaan terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru Fase Lanjutan di Kecamatan Umbulsari Jember” telah diuji dan disahkan pada:

hari,tanggal : Rabu, 24 Januari 2018

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

**Tim Penguji:**

Penguji I,

dr. Alif Mardijana, Sp.KJ  
19581105 198702 2 001

Penguji III,

dr. Yohanes Sudarmanto, M.Med.Ed  
NIP 19840119 200912 1 007

Penguji II,

dr. Enny Suswati, M.Kes  
19700214 199903 2 001

Penguji IV,

dr. Ulfa Elfiah, M. Kes., Sp. BP-RE  
NIP 1970719 200112 2 001

Mengesahkan,  
Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

dr. Enny Suswati, M.Kes  
NIP 19700214 199903 2 001

## RINGKASAN

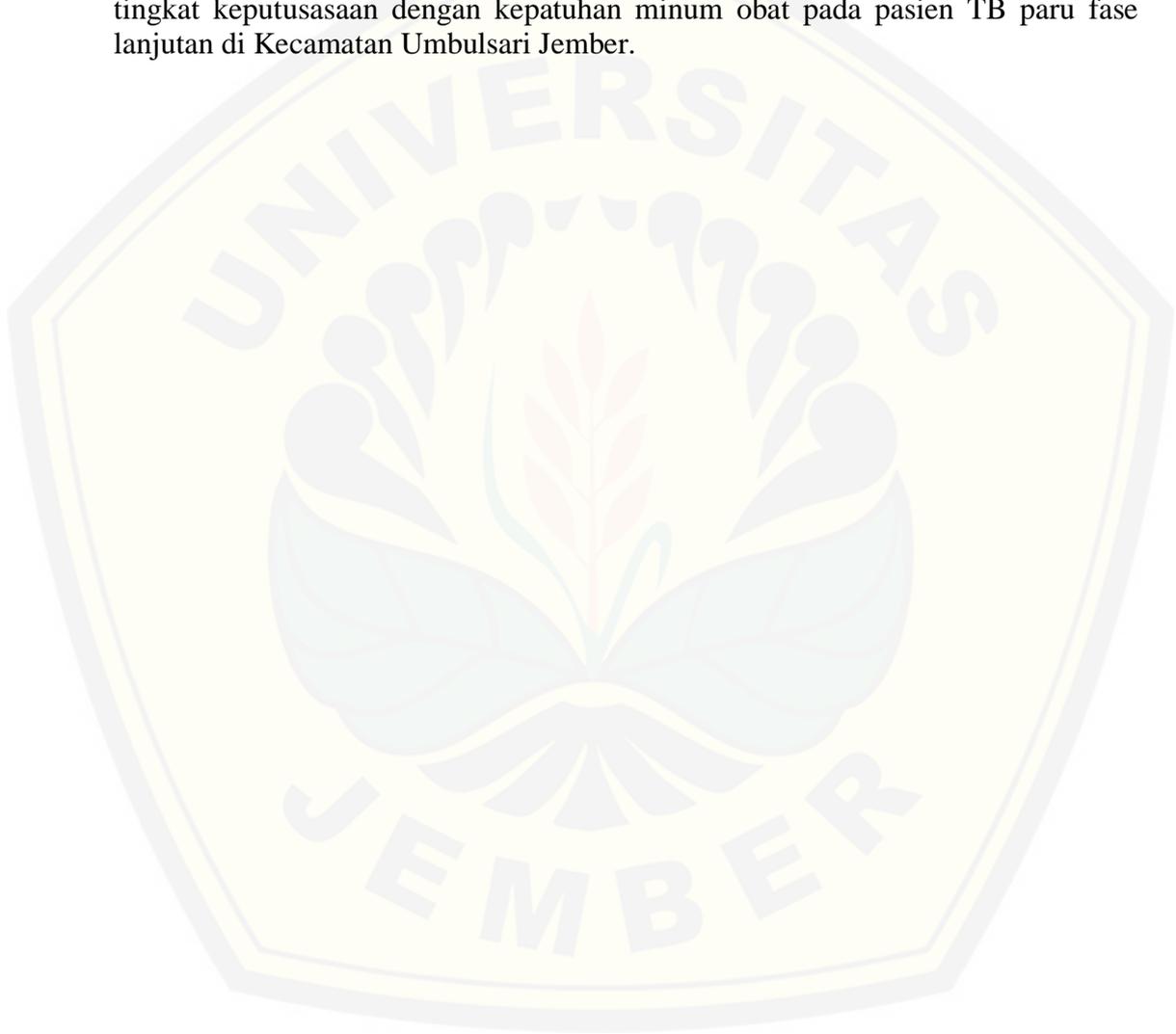
**Hubungan Dukungan Keluarga dan Tingkat Kepetuisasaan terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru Fase Lanjutan di Kecamatan Umbulsari Jember;** Tria Yudinia; 142010101047; 2018: 72 halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit kronik menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* (Setiati dkk, 2014). Bakteri ini dapat menyerang berbagai organ tubuh, namun 80% bakteri ini menyerang organ paru (Alwi dkk, 2014). Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), terdapat 10,4 juta penduduk dunia menderita TB pada tahun 2015 dan diperkirakan jumlahnya terus bertambah hingga kini (WHO, 2017). Indonesia sendiri menduduki peringkat kedua setelah India dengan penderita TB terbesar di dunia (WHO, 2017).

Tingginya angka kejadian TB paru di dunia sering terjadi karena kepatuhan pasien dalam pengobatan yang rendah (Stapledon dan Viney, 2010). Padahal, kepatuhan pasien dalam mengonsumsi OAT merupakan salah satu indikator penting dalam keberhasilan pengobatan TB paru. Mengingat kepatuhan minum obat pada penderita TB paru merupakan suatu hal yang sangat penting, maka dukungan keluarga sangat diperlukan, salah satunya untuk menghindarkan penderita dari keputusasaan selama menjalani pengobatan. Rasa putus asa itu dapat hadir akibat lamanya proses pengobatan yang harus dijalani penderita TB paru hingga ia merasa tidak sembuh-sembuh atau bahkan tidak akan sembuh (Ardi, 2011). Dalam hal ini, dukungan keluarga dapat menekan tingkat keputusasaan pasien dan menumbuhkan motivasi untuk menjalani pengobatannya secara teratur hingga tuntas (Farmani, 2015). Oleh karena itu, tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan tingkat keputusasaan terhadap kepatuhan minum obat pasien TB paru fase lanjutan, khususnya di Kecamatan Umbulsari Jember yang memiliki angka kejadian TB tertinggi di Kabupaten Jember per periode Januari – Juni 2017.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini diambil berdasarkan kriteria inklusi: (1) Pasien dengan diagnosis TB paru BTA positif usia  $\geq 17$  tahun yang tengah menjalani pengobatan TB fase lanjutan minimal 21 hari sesuai data rekam medik Puskesmas Umbulsari dan Puskesmas Paleran, (2) Pasien bersedia menjadi subjek penelitian, dan (3) Pasien dengan keadaan *compos mentis* (sadar penuh) serta kriteria eksklusi: (1) Pasien TB ekstraparu, (2) Pasien TB paru dengan HIV, dan (3) Pasien MDR-TB. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *total sampling* dan dilakukan pada bulan November - Desember 2017. Analisis data menggunakan uji *Lambda* dan uji *Spearman* dengan nilai signifikansi  $p < 0,05$ . *Software* yang digunakan dalam pengolahan data adalah *SPSS Statistics* versi 16.0.

Pada penelitian ini jumlah sampel yang didapatkan adalah 21 orang. 76,2% dari total sampel memiliki keluarga yang supportif, 57,1% dari total sampel memiliki tingkat keputusan yang normal, dan 61,9% dari total sampel memiliki kepatuhan minum obat yang tinggi. Setelah dianalisis, hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat dan hubungan antara tingkat keputusan dengan kepatuhan minum obat, didapatkan nilai signifikansi berturut-turut adalah  $p = 0,653$  dan  $p = 0,107$ . Hal ini menandakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat serta juga tidak ditemui adanya hubungan yang signifikan antara tingkat keputusan dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Jember.



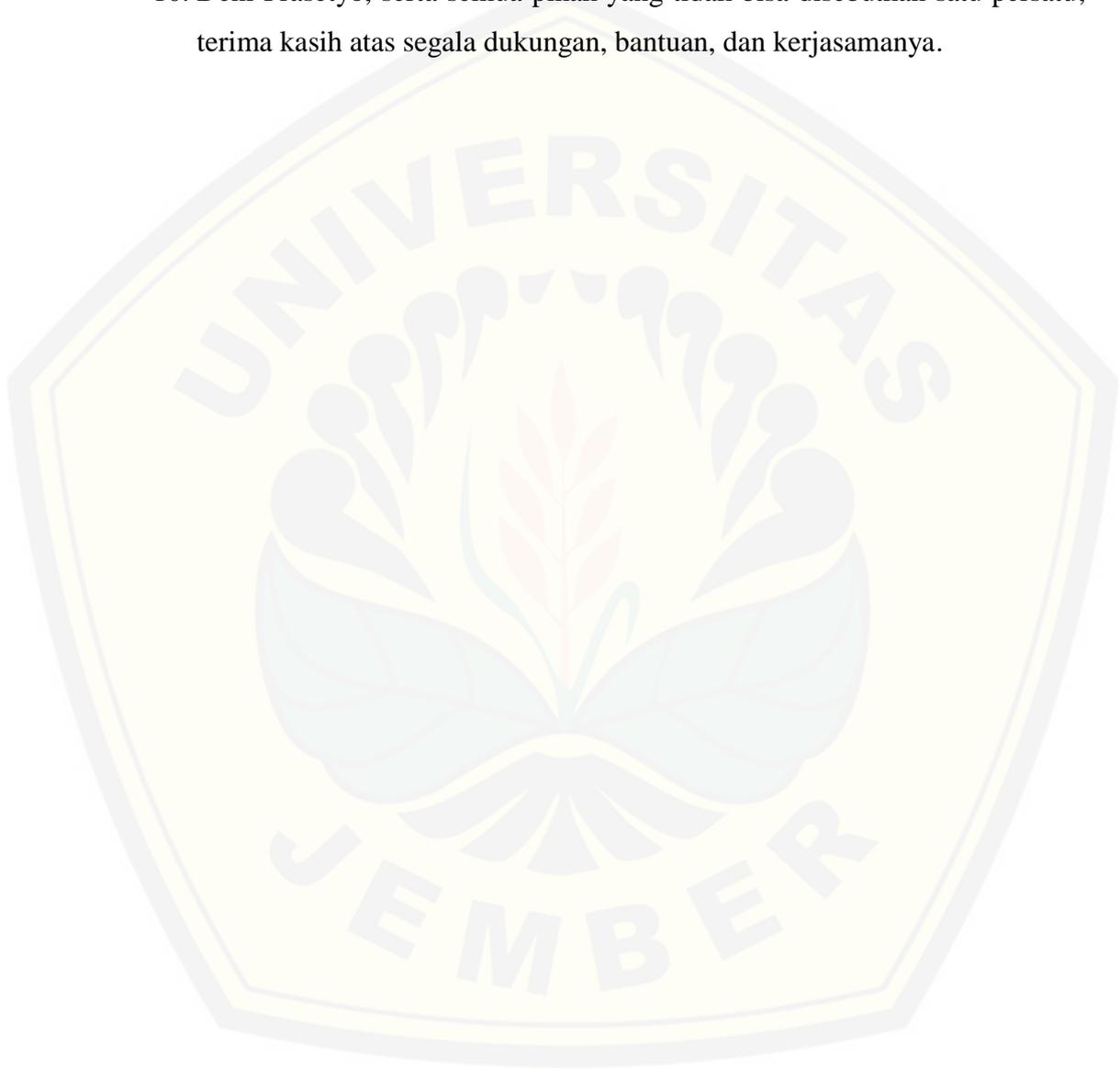
## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dan Tingkat Kepatuhan terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru Fase Lanjutan di Kecamatan Umbulsari Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata (S1) pada Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. dr. Enny Suswati, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan selama menempuh pendidikan kedokteran di Universitas Jember;
2. dr. Yohanes Sudarmanto, M.Med.Ed selaku Dosen Pembimbing Utama dan dr. Ulfa Elfiah, M. Kes., Sp. BP-RE selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah banyak membantu dan meluangkan waktu, pikiran, serta perhatiannya untuk membimbing penulisan skripsi ini sejak awal hingga akhir;
3. dr. Alif Mardijana, Sp. KJ dan dr. Enny Suswati, M. Kes selaku dosen penguji yang telah banyak memberi kritik dan masukan yang membangun untuk skripsi ini;
4. dr. Yunita Armiyanti, M.Kes selaku koordinator KTI yang telah menyetujui penyusunan skripsi ini;
5. Kedua orang tua dan kakak serta adik tercinta, Ibu Sri Wahyuni, Bapak Edi Nurtjahja, Fitriana Yudita, Vini Yudianti, dan Anisa Yudiani;
6. Pihak Puskesmas Umbulsari dan Puskesmas Paleran beserta seluruh kader yang telah banyak membantu selama penelitian ini berlangsung;
7. Para sahabat yang selalu ada, Erfika Arifanti, Amalia Istiqomah, Emeraldal Anggraeni, Yantrid Lisa Sabila, Mira Wardina, Lirih Diana, Mirza Nuring, Rendra Kurniawan, Ludy Albarrico, Buyung Waskito, dan Bayu Pramudita;

8. Teman-teman seperjuangan, Elita Ismi, Ema Fawziyah, Nathania Putri, Esty Dwi, Nourma Sabila, dan Fairuza Nafila;
9. Keluarga besar Elixir 2014 atas bantuan, kerjasama, dan kebersamaannya selama menempuh pendidikan di bangku perkuliahan;
10. Deni Prasetyo, serta semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terima kasih atas segala dukungan, bantuan, dan kerjasamanya.



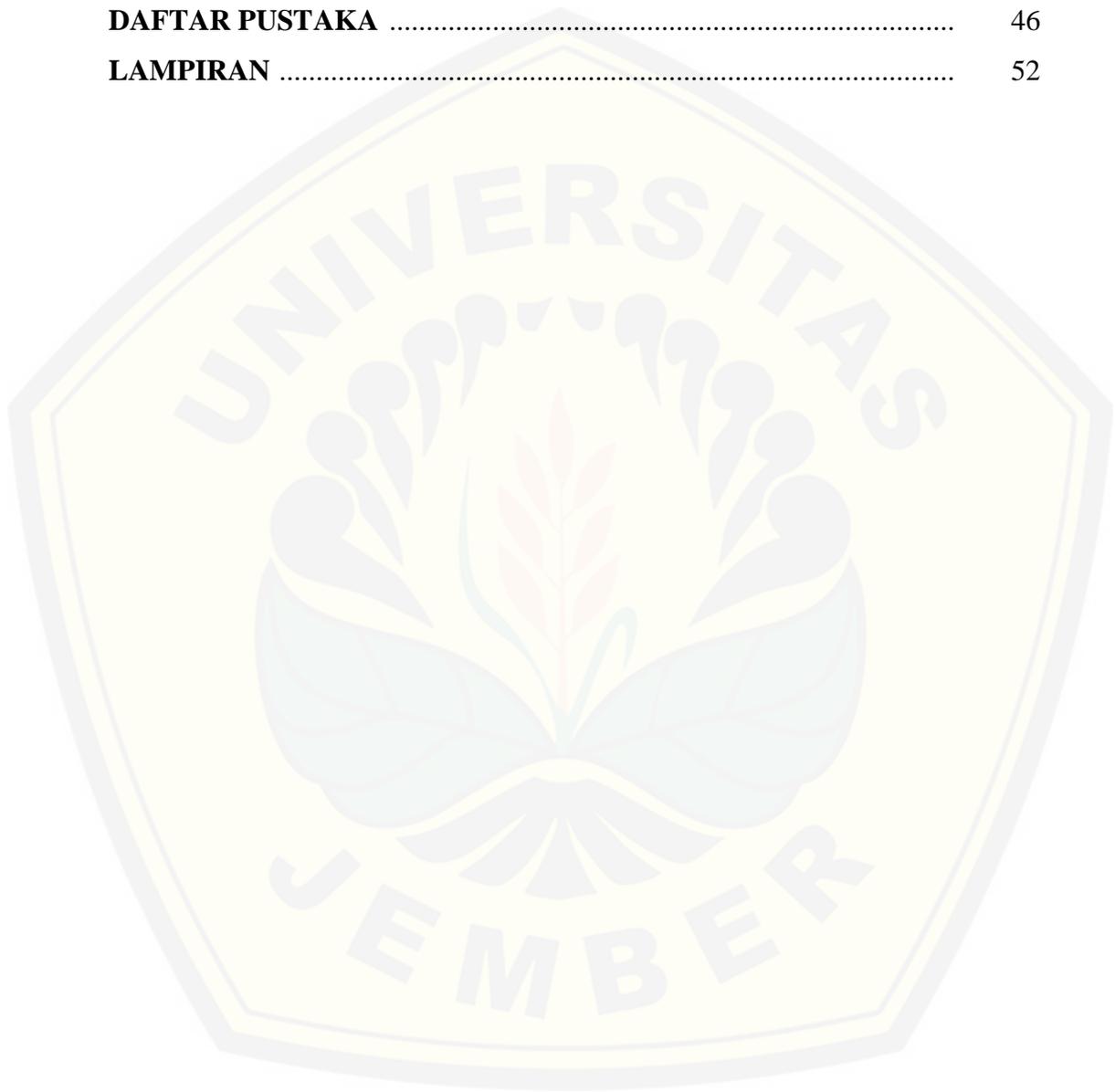
**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>RINGKASAN</b> .....	viii
<b>PRAKATA</b> .....	x
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvi
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xviii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	4
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	5
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	6
<b>2.1 Tuberkulosis</b> .....	6
2.1.1 Definisi dan Etiologi Tuberkulosis .....	6
2.1.2 Epidemiologi Tuberkulosis .....	6
2.1.3 Cara Penularan Tuberkulosis .....	8
2.1.4 Gejala Klinis Tuberkulosis .....	8

2.1.5	Diagnosis Tuberkulosis .....	9
<b>2.2</b>	<b>Obat Anti Tuberkulosis .....</b>	<b>10</b>
2.2.1	Pengobatan Tuberkulosis Paru .....	10
2.2.2	Panduan Standar untuk Pasien dengan Kasus Baru .....	11
<b>2.3</b>	<b>Dukungan Keluarga .....</b>	<b>12</b>
2.3.1	Definisi Dukungan Keluarga .....	12
2.3.2	Bentuk Dukungan Keluarga .....	14
2.3.3	Pengukuran Dukungan Keluarga .....	15
<b>2.4</b>	<b>Keputusan .....</b>	<b>16</b>
2.4.1	Definisi Keputusan .....	16
2.4.2	Gejala Keputusan .....	16
2.4.3	Pengukuran Keputusan .....	17
<b>2.5</b>	<b>Kepatuhan .....</b>	<b>18</b>
2.5.1	Definisi Kepatuhan .....	18
2.5.2	Kepatuhan dalam Pengobatan Tuberkulosis .....	19
2.5.3	Pengukuran Kepatuhan .....	20
<b>2.6</b>	<b>Kerangka Teori .....</b>	<b>22</b>
<b>2.7</b>	<b>Kerangka Konseptual .....</b>	<b>23</b>
<b>2.8</b>	<b>Hipotesis .....</b>	<b>23</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1</b>	<b>Jenis Penelitian .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2</b>	<b>Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>24</b>
3.2.1	Populasi .....	24
3.2.2	Sampel .....	24
<b>3.3</b>	<b>Teknik Pengambilan Sampel .....</b>	<b>25</b>
<b>3.4</b>	<b>Jumlah Sampel .....</b>	<b>25</b>
<b>3.5</b>	<b>Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>25</b>
3.5.1	Tempat Penelitian .....	25
3.5.2	Waktu Penelitian .....	25
<b>3.6</b>	<b>Variabel Penelitian .....</b>	<b>25</b>
3.6.1	Variabel Bebas .....	25

3.6.2 Variabel Terikat .....	25
<b>3.7 Definisi Operasional dan Skala Pengukurannya .....</b>	<b>26</b>
<b>3.8 Rancangan Penelitian .....</b>	<b>26</b>
<b>3.9 Instrumen Penelitian .....</b>	<b>27</b>
3.9.1 Lembar Penjelasan kepada Sampel .....	27
3.9.2 Lembar Persetujuan .....	27
3.9.3 Lembar Identitas Sampel .....	28
3.9.4 Kuesioner <i>Morisky Medication Adherence Scale</i> ...	28
3.9.5 Kuesioner Dukungan Keluarga .....	28
3.9.6 Kuesioner <i>Beck Hopelessness Scale</i> .....	29
<b>3.10 Prosedur Penelitian .....</b>	<b>30</b>
3.10.1 Uji Kelayakan .....	30
3.10.2 Teknik Pengambilan dan Pengumpulan Data .....	30
3.10.3 Pengolahan Data .....	31
<b>3.11 Analisis Data .....</b>	<b>31</b>
<b>3.12 Alur Penelitian .....</b>	<b>33</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>34</b>
<b>4.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>34</b>
4.1.1 Karakteristik Sampel Penelitian.....	34
4.1.2 Distribusi Sampel Berdasarkan Dukungan Keluarga. Tingkat Keputusan, dan Kepatuhan Minum Obat .....	35
4.1.3 Tabulasi Kepatuhan Minum Obat Berdasarkan Dukungan Keluarga dan Tingkat Keputusan .....	36
4.1.4 Analisis Bivariat Uji Korelasi <i>Lambda</i> antara Dukungan Keluarga dan Kepatuhan Minum Obat ..	37
4.1.5 Analisis Bivariat Uji Korelasi <i>Spearman</i> Tingkat Keputusan dan Kepatuhan Minum Obat .....	37
<b>4.2 Pembahasan .....</b>	<b>38</b>
<b>4.3 Keterbatasan Penelitian.....</b>	<b>43</b>

<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>44</b>
<b>5.1 Kesimpulan .....</b>	<b>44</b>
<b>5.2 Saran Penelitian.....</b>	<b>44</b>
 <b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>46</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>52</b>

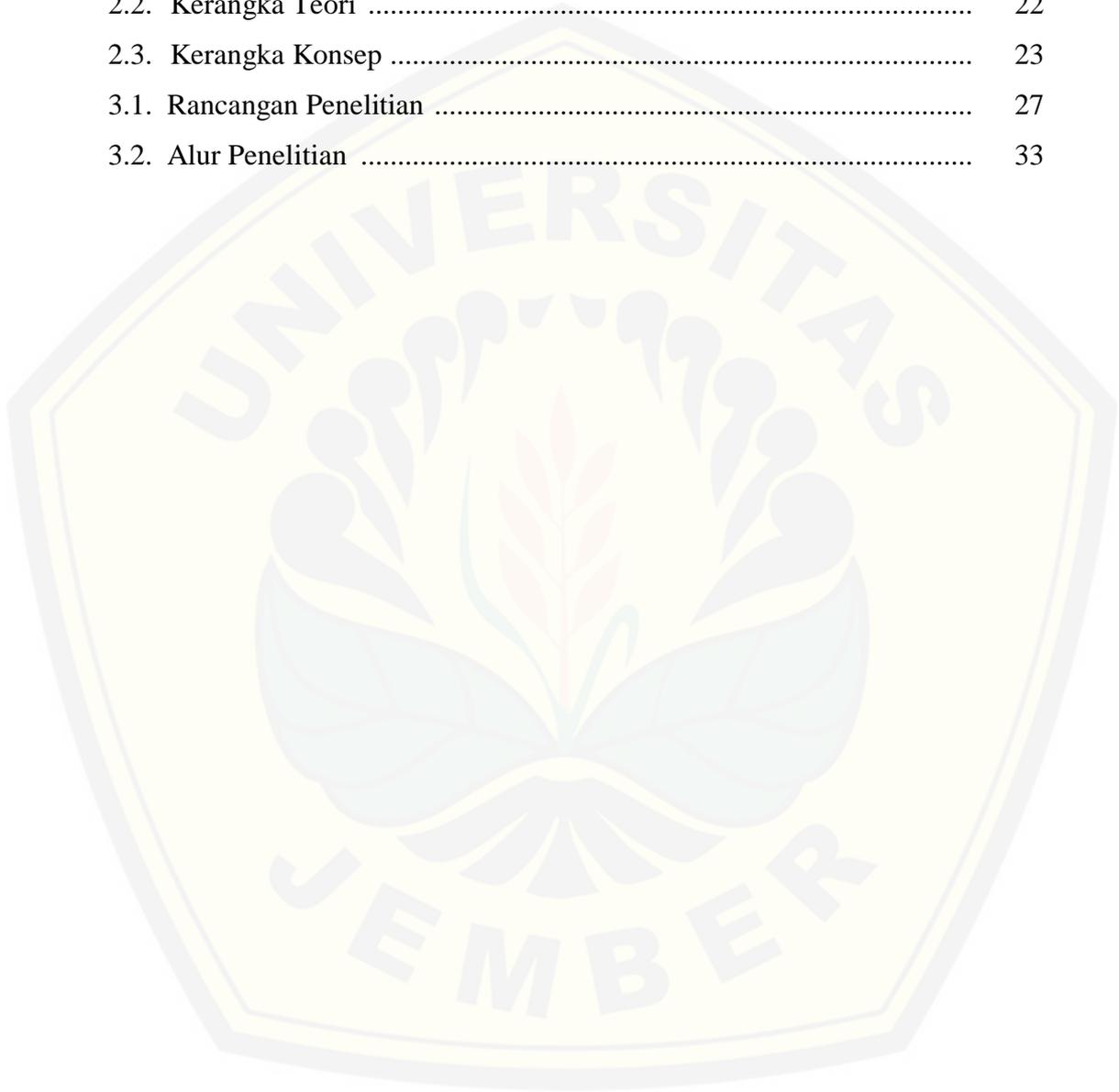


**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2.1 Data Jumlah Kasus Baru TB Paru BTA Positif Jember 2017 .....	7
2.2 Dosis Rekomendasi OAT Lini Pertama untuk Dewasa .....	11
2.3 Panduan Obat Standart Pasien TB Kasus Baru .....	12
3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran .....	26
3.2 Skala Pilihan Jawaban Kuesioner Dukungan Keluarga .....	29
4.1 Distribusi Karakteristik Sampel Penelitian.....	33
4.2 Distribusi Sampel Berdasarkan Dukungan Keluarga, Tingkat Keputusan, dan Kepatuhan Minum Obat .....	36
4.3 Tabulasi Kepatuhan Minum Obat Berdasarkan Dukungan Keluarga dan Tingkat Keputusan.....	37
4.4 Uji Korelasi <i>Lambda</i> antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat .....	37
4.5 Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Tingkat Keputusan dengan Kepatuhan Minum Obat .....	37

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1. Hubungan Penyakit Fisik dengan Keputusan .....	17
2.2. Kerangka Teori .....	22
2.3. Kerangka Konsep .....	23
3.1. Rancangan Penelitian .....	27
3.2. Alur Penelitian .....	33



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 3.1 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel .....	52
Lampiran 3.2 Lembar Persetujuan (untuk Peneliti) .....	53
Lampiran 3.3 Lembar Persetujuan (untuk Responden) .....	54
Lampiran 3.4 Identitas Sampel .....	55
Lampiran 3.5 Kuesioner Dukungan Keluarga .....	56
Lampiran 3.6 Kuesioner <i>Beck Hopelessness Scale</i> .....	60
Lampiran 3.7 Kuesioner <i>Morisky Medication Adherence Scale</i> .....	62
Lampiran 3.8 Surat Persetujuan Etik Penelitian .....	63
Lampiran 3.9 Surat Rekomendasi Penelitian dari BAKESBANGPOL ....	64
Lampiran 3.10 Surat Perizinan Penelitian dari Dinas Kesehatan .....	65
Lampiran 4.1 Dokumentasi Penelitian.....	66
Lampiran 4.2 Tabel Tabulasi Sampel Penelitian .....	68
Lampiran 4.3 Hasil Analisis Univariat Karakteristik Sampel Penelitian ...	69
Lampiran 4.4 Hasil Analisis Univariat Karakteristik Sampel Berdasarkan Dukungan Keluarga, Tingkat Keputusasaan, dan Kepatuhan Minum Obat .....	71
Lampiran 4.5 Hasil Analisis Univariat Kepatuhan Minum Obat Berdasarkan Dukungan Keluarga dan Tingkat Keputusasaan .....	72
Lampiran 4.6 Hasil Analisis Bivariat Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat .....	73
Lampiran 4.7 Hasil Analisis Bivariat Tingkat Keputusasaan dengan Kepatuhan Minum Obat .....	74
Lampiran 4.8 Daftar Kader TB Wilayah Kecamatan Umbulsari Jember .	75
Lampiran 4.9 Daftar PMO Pasien TB Wilayah Umbulsari Jember .....	76

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit kronik menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* (Setiati dkk, 2014). Bakteri ini dapat menyerang berbagai organ tubuh, namun 80% bakteri ini menyerang organ paru (Alwi dkk, 2014). Sampai saat ini, TB paru masih menjadi masalah kesehatan di berbagai negara di dunia (Depkes, 2011). Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2013 terdapat 8,6 penduduk dunia menderita TB paru (Infodatin Kemenkes RI, 2016). Jumlah ini bertambah menjadi 10,4 juta penduduk pada tahun 2015, dan diperkirakan terus bertambah hingga kini (WHO, 2017).

Dibandingkan dengan negara-negara lainnya, Indonesia memiliki jumlah penderita TB paru yang tinggi. *World Health Organization* merilis bahwa pada tahun 2015, Indonesia menduduki peringkat kedua setelah India dengan penderita TB terbesar di dunia (WHO, 2017). Penyakit TB paru sendiri menjadi penyebab kematian nomor tiga di Indonesia setelah penyakit jantung dan saluran pernafasan pada semua kelompok usia, bahkan menjadi penyebab kematian nomor satu dalam kelompok penyakit infeksi (Depkes RI, 2011). Kelompok usia produktif (15-50 tahun) menjadi penyumbang jumlah penderita TB terbanyak di Indonesia, sehingga baik secara langsung maupun tidak langsung, penyakit ini akan mempengaruhi tingkat produktivitas penderita TB paru, seperti menjadi hambatan dalam mengenyam pendidikan maupun pekerjaan (Depkes RI, 2011).

Menurut data Kementerian Kesehatan RI, pada tahun 2014 jumlah penderita TB di Indonesia berjumlah 324.539 kasus dan mengalami peningkatan pada tahun 2015 menjadi sejumlah 330.910. Provinsi dengan peringkat tiga tertinggi penderita TB Paru di Indonesia adalah Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Kasus TB di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia (Kemenkes RI, 2015). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mencatat bahwa pada tahun 2015, Jember menduduki posisi dua (sejumlah 3.128 kasus)

setelah Surabaya (sejumlah 4.739 kasus) sebagai kota/kabupaten penyumbang penderita TB paru terbanyak di Jawa Timur (Dinkes Jatim, 2015).

Pemerintah Indonesia telah melakukan upaya-upaya untuk menurunkan jumlah penderita TB dan mencegah penularan penyakit tersebut melalui program Pengendalian TB Nasional. Penggunaan DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*) masih menjadi strategi utama dalam penanggulangan TB paru di Indonesia (Kemenkes RI, 2013). Faktanya, meski pemerintah telah berupaya untuk memudahkan para penderita TB paru mendapatkan pengobatan dengan menyediakan fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau oleh masyarakat dan pemberian obat anti TB (OAT) secara gratis, tetap saja ada sebagian pasien yang tidak menyelesaikan pengobatannya secara tuntas. Hal ini terjadi karena lamanya jangka waktu pengobatan (selama 6 bulan atau lebih) sehingga pasien merasa malas dan bosan serta efek samping obat yang membuat pasien merasa tidak nyaman (Hayati, 2011). Selain itu, adanya persepsi dalam diri pasien bahwa dirinya telah sehat setelah melewati 2-3 bulan pengobatan akibat gejala penyakit TB yang sebelumnya dirasakan mulai menghilang turut menjadi penyebab tidak tuntasnya pengobatan pasien TB (WHO, 2003). Ada tidaknya dukungan dari keluarga juga menjadi salah satu hal yang dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan (Hayati, 2011). Padahal, kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi OAT merupakan salah satu indikator penting dalam keberhasilan pengobatan TB paru. Tingginya angka kejadian TB paru di seluruh dunia sering terjadi karena kepatuhan pasien dalam pengobatan yang rendah (Stapledon dan Viney, 2010).

Mengingat kepatuhan minum obat pada pasien TB paru merupakan suatu hal yang sangat penting, maka dukungan keluarga sangat diperlukan khususnya untuk menghindarkan pasien dari keputusasaan selama menjalani pengobatan. Rasa putus asa itu dapat hadir akibat lamanya proses pengobatan yang harus dijalani sehingga ia merasa tidak sembuh-sembuh atau bahkan tidak akan sembuh (Ardi, 2011). Selama proses tersebut, ia akan kehilangan harapan-harapan akan masa depannya dan merasa tidak lagi berguna. Bahkan, dalam kondisi ekstrim, keputusasaan ini akan bermanifestasi dalam bentuk tingkah laku yang patologis,

seperti timbulnya *mental illness*, depresi berat, dan termasuk keinginan untuk bunuh diri (Farran dkk, 1995). Studi lain menyebutkan bahwa seseorang dengan penyakit kronis memiliki risiko tiga kali lebih besar untuk bunuh diri dibanding orang tanpa penyakit kronis (Ferro dkk, 2017). Dalam hal ini, dukungan keluarga sangat penting untuk membangun psikologis pasien TB paru agar tidak merasa rendah diri, sendirian, dan kesepian dalam menghadapi penyakit yang dideritanya. Hal ini akan menumbuhkan motivasi dalam diri pasien untuk menjalani pengobatannya secara teratur hingga tuntas (Farmani, 2015). Selain itu, kehadiran keluarga di sisinya juga akan menumbuhkan kembali harapan pada diri pasien bahwa ia akan sembuh sehingga menekan tingkat keputusasaannya (Caninsti, 2012). Menurut Farran dkk (1995), dengan dukungan positif dari orang-orang di sekitarnya, orang yang putus asa akan lebih mampu mengatasi keputusasaan tersebut dengan cara menghadirkan harapan dalam dirinya ketika menghadapi situasi sulit.

Kabupaten Jember yang merupakan salah satu wilayah dengan angka penderita TB paru yang tinggi di Jawa Timur, memiliki 3.128 pasien TB paru pada tahun 2015. Jumlah tersebut menjadikan Jember sebagai kota dengan angka penderita TB paru tertinggi kedua Jawa Timur setelah Surabaya. Dari jumlah tersebut, pasien yang melaksanakan pengobatan secara teratur baru mencapai 92%, sementara sisanya merupakan pasien yang tidak melaksanakan pengobatan secara teratur (Dinkes Jatim, 2015). Hal ini perlu menjadi perhatian sebab pasien TB paru yang tidak menuntaskan pengobatannya akan menjadi sumber penularan penyakit yang potensial, terutama mereka dengan TB paru BTA positif (Kemenkes, 2011). Menurut hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, ditemukan bahwa hingga Juni 2017, Kecamatan Umbulsari menduduki peringkat pertama sebagai kecamatan dengan jumlah insidensi tuberkulosis tertinggi se-Kabupaten Jember. Di Kecamatan Umbulsari sendiri terdapat dua puskesmas, antara lain Puskesmas Umbulsari dan Puskesmas Palaran.

Berdasarkan hal tersebut, maka penulis ingin meneliti hubungan antara dukungan keluarga dan tingkat kepatuhan dengan kepatuhan minum obat pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah pada penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Apakah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember?
2. Apakah terdapat hubungan antara tingkat kepatuhan dengan kepatuhan minum obat pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dan kepatuhan terhadap kepatuhan minum obat pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember, khususnya di Puskesmas Umbulsari dan Puskesmas Paleran.

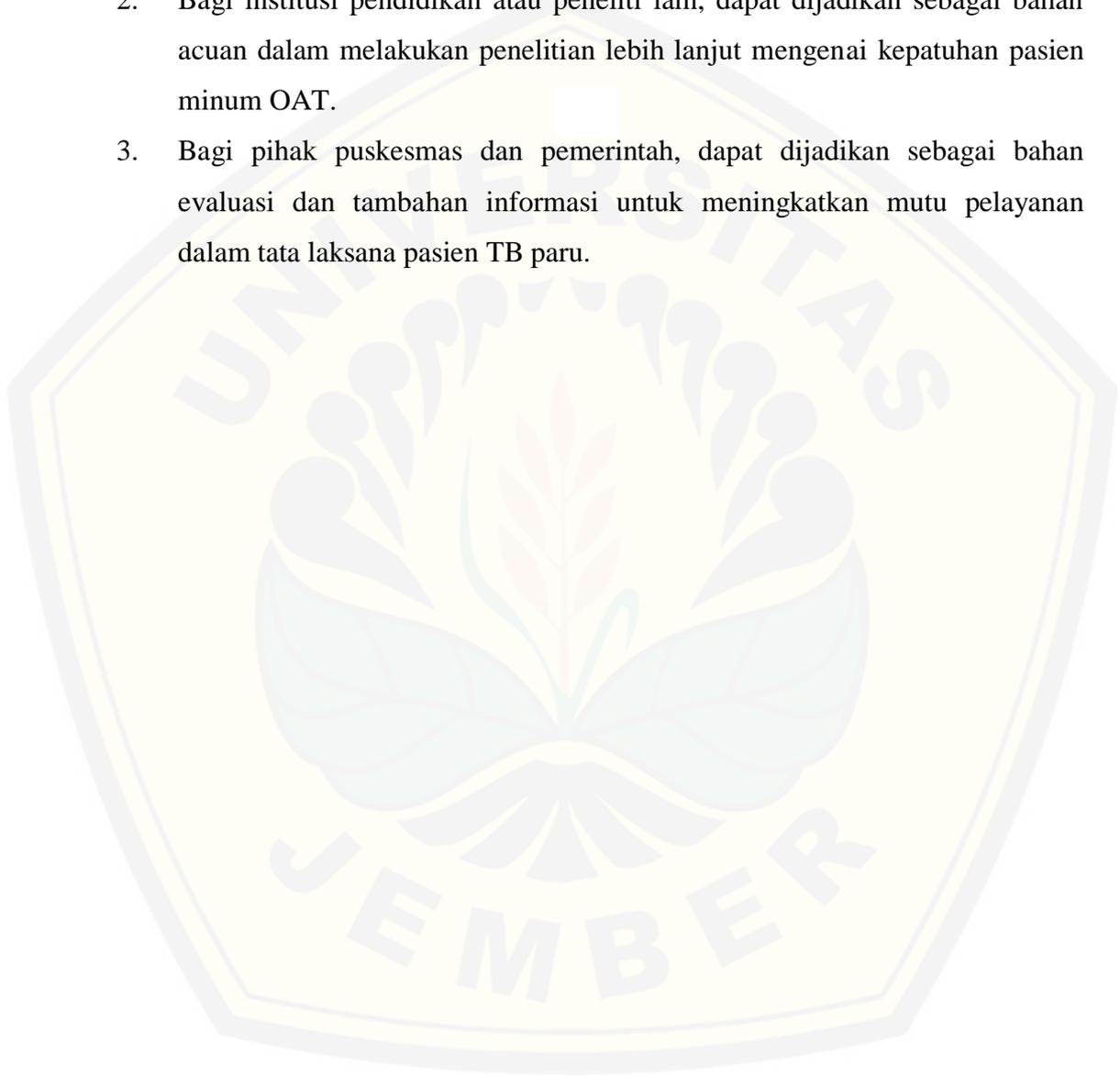
### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk sebagai berikut.

1. Mengetahui dukungan keluarga yang dimiliki pasien TB Paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember.
2. Mengetahui tingkat kepatuhan pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember.
3. Mengetahui tingkat kepatuhan minum OAT pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember.

#### 1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi pasien dan keluarga pasien, dapat menyadarkan pentingnya dukungan keluarga, terutama dalam menekan rasa keputusasaan pasien dalam kepatuhan minum OAT yang akan turut mempengaruhi kesembuhan pasien.
2. Bagi institusi pendidikan atau peneliti lain, dapat dijadikan sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian lebih lanjut mengenai kepatuhan pasien minum OAT.
3. Bagi pihak puskesmas dan pemerintah, dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi dan tambahan informasi untuk meningkatkan mutu pelayanan dalam tata laksana pasien TB paru.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Tuberkulosis

#### 2.1.1. Definisi dan Etiologi Tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (Setiati dkk, 2014). Kuman ini merupakan kuman batang aerob yang bersifat tahan asam (dikenal sebagai ‘bakteri tahan asam’ atau BTA). Sifat aerob inilah yang menyebabkan bakteri ini lebih menyukai tinggal di jaringan yang tinggi kandungan oksigen (Tanto dkk, 2014).

Secara khas, infeksi ini ditandai oleh pembentukan granuloma hingga menimbulkan nekrosis jaringan (Brunner & Suddhart, 2002). Mengingat sifatnya sebagai bakteri aerob, paru menjadi lokasi yang paling sering bagi bakteri ini untuk menetap dan berkembang biak (Tanto dkk, 2014). Bakteri ini terutama menyerang parenkim paru, meski dapat juga menyerang bagian tubuh lainnya termasuk meninges, ginjal, tulang, dan jaringan limfe (Brunner dan Suddhart, 2002).

#### 2.1.2. Epidemiologi Tuberkulosis

Sampai saat ini, TB paru masih menjadi masalah kesehatan di berbagai negara di dunia (Depkes, 2011). Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2013 terdapat 8,6 penduduk dunia menderita TB paru (Infodatin Kemenkes RI, 2016). Jumlah ini bertambah menjadi 10,4 juta penduduk pada tahun 2015, dan diperkirakan terus bertambah hingga kini (WHO, 2017).

Dibandingkan dengan negara-negara lainnya, Indonesia memiliki jumlah penderita TB paru yang tinggi. Bahkan, pada tahun 2015, WHO merilis bahwa Indonesia menduduki peringkat kedua setelah India dengan penderita TB terbesar di dunia (WHO, 2017). Penyakit TB paru merupakan penyebab kematian nomor tiga di Indonesia setelah penyakit jantung dan saluran pernafasan pada semua kelompok usia, bahkan menjadi penyebab kematian nomor satu dalam kelompok penyakit infeksi (Depkes RI, 2011). Pada tahun 2015 ditemukan jumlah kasus TB

sebanyak 330.910 kasus. Jumlah ini meningkat bila dibandingkan jumlah kasus TB yang ditemukan pada tahun 2014 yaitu sebesar 324.539 kasus. Provinsi dengan peringkat tiga tertinggi penderita TB Paru di Indonesia adalah Jawa Barat, Jawa Timur, dan Jawa Tengah. Kasus tuberkulosis di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia (Kemenkes RI, 2015). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mencatat bahwa pada tahun 2015, Jember menduduki posisi dua (sejumlah 3.128 kasus) setelah Surabaya (sejumlah 4.739 kasus) sebagai kota/kabupaten penyumbang penderita TB paru terbanyak di Jawa Timur (Dinkes Jatim, 2015).

Kabupaten Jember memiliki angka penderita TB paru yang cukup tinggi, dengan 3.128 pasien TB paru pada tahun 2015. Jumlah tersebut menjadikan Kota Jember sebagai kota terbanyak kedua penderita TB paru di Jawa Timur setelah Kota Surabaya (Dinkes Jatim, 2015).

Menurut data hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, ditemukan bahwa hingga Juni 2017, Kecamatan Umbulsari menduduki peringkat pertama sebagai kecamatan dengan jumlah insidensi TB tertinggi se-Kabupaten Jember (Tabel 2.1). Pada Kecamatan Umbulsari sendiri terdapat dua puskesmas, antara lain Puskesmas Umbulsari dan Puskesmas Paleran.

Tabel 2.1. Data jumlah penemuan kasus baru TB paru BTA positif di 3 kecamatan tertinggi Kabupaten Jember periode Januari - Juni 2017

No.	Kecamatan	Puskesmas	Jumlah TB Paru BTA positif	Total
1.	Umbulsari	Umbulsari	51	79
		Paleran	28	
2.	Sumpalsari	Sumpalsari	57	65
		Gladak Pakem	8	
3.	Ambulu	Ambulu	17	55
		Sabrang	10	
		Andongsari	28	

### 2.1.3 Cara Penularan Tuberkulosis

Sumber penularan TB paru adalah penderita TB dengan BTA positif. Penularan penyakit ini sebagian besar melalui inhalasi basil yang terdapat dalam *droplet nuclei* (percikan dahak) yang kemudian tersebar di udara ketika penderita TB paru BTA positif batuk dan bersin (Kemenkes, 2011). Maka dari itu, lingkungan hidup yang sangat padat dan pemukiman di wilayah perkotaan akan mempermudah proses penularan. Hal ini sangat berperan atas peningkatan jumlah kasus TB (Alwi I dkk, 2014).

### 2.1.4 Gejala Klinis Tuberkulosis

Keluhan yang dirasakan pasien TB dapat bermacam-macam atau malah banyak pasien yang ditemukan TB paru tanpa keluhan sama sekali dalam pemeriksaan kesehatan. Menurut Alwi I dkk (2014), keluhan yang terbanyak adalah:

- a. Demam yang menyerupai demam influenza. Biasanya *subfebris* meski kadang suhu badan dapat mencapai 40-41°C. Serangan demam pertama biasanya sembuh, kemudian dapat timbul kembali. Begitu seterusnya hingga pasien merasa tidak pernah terbebas dari serangan demam influenza. Keadaan ini sangat dipengaruhi oleh imunitas pasien dan berat ringannya infeksi kuman TB yang masuk.
- b. Batuk yang terjadi akibat adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non-produktif) yang kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). Keadaan yang lebih lanjut adalah berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah.
- c. Sesak napas yang biasanya baru ditemukan pada penyakit TB yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.
- d. Nyeri dada. Gejala ini termasuk jarang ditemukan. Nyeri ini timbul bila infiltrasi radang mencapai pleura sehingga menimbulkan pleuritis.
- e. *Malaise*. Gejala *malaise* yang sering ditemukan berupa anoreksia, berat badan yang terus menurun, sakit kepala, meriang, nyeri otot, keringat malam, dan

lain-lain. Gejala-gejala ini semakin lama semakin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur

#### 2.1.5 Diagnosis Tuberkulosis

Menurut *American Thoracic Society* diagnosis pasti TB paru melalui ditemukannya *M. tuberculosis* dalam sputum atau jaringan paru secara biakan. Sayangnya tidak semua pasien memberikan sediaan atau biakan sputum yang positif. Hal ini dapat diakibatkan oleh pasien yang tidak bisa membatukkan sputumnya dengan baik.

Di Indonesia tidak mudah menetapkan diagnosis TB paru dengan metode di atas karena terbatasnya fasilitas laboratorium untuk pemeriksaan biakan. Sebenarnya dengan menemukan kuman BTA dalam sediaan sputum secara mikroskopik biasa sudah cukup untuk memastikan diagnosis TB paru. Di lapangan, hanya 30-70% dari seluruh kasus TB paru yang dapat didiagnosis secara bakteriologis (Kemenkes, 2013).

WHO tahun 1991 memberikan kriteria pasien TB paru adalah sebagai berikut.

- a. Pasien dengan sputum BTA positif:
  - 1) ditemukannya BTA sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan sputum pasien secara mikroskopis,
  - 2) didapatkan satu sediaan sputum positif disertai kelainan radiologis yang sesuai dengan gambaran TB aktif,
  - 3) didapatkan satu sediaan sputum positif disertai biakan positif.
- b. Pasien dengan sputum BTA negatif:
  - 1) pasien yang pada 2 kali pemeriksaan sputumnya secara mikroskopis tidak ditemukan BTA tapi memiliki gambaran radiologis sesuai dengan TB aktif,
  - 2) pasien yang pada pemeriksaan sputumnya secara mikroskopis tidak ditemukan BTA sama sekali, tetapi biakannya positif.

Di luar pembagian di atas, pasien digolongkan lagi berdasarkan riwayat penyakitnya, yakni:

- a. Kasus baru, yakni pasien yang tidak pernah mendapat obat anti TB (OAT) lebih dari 1 bulan.
- b. Kasus kambuh, yakni pasien yang pernah dinyatakan sembuh dari TB, tetapi kemudian timbul lagi TB aktifnya.
- c. Kasus gagal (*smear positive failure*), yakni:
  - 1) Pasien yang sputum BTA-nya tetap positif setelah mendapat OAT lebih dari 5 bulan, atau
  - 2) Pasien yang menghentikan pengobatannya setelah mendapat OAT 1-5 bulan dan sputum BTA-nya masih positif.
- d. Kasus kronik, yakni pasien yang sputum BTA-nya tetap positif lengkap yang disupervisi dengan baik.

## 2.2. Obat Anti Tuberkulosis

### 2.2.1. Pengobatan Tuberkulosis Paru

Dalam buku pedoman tata laksana TB (Kemenkes, 2013), tujuan pengobatan TB di Indonesia antara lain sebagai berikut.

- a. Menyembuhkan, mempertahankan kualitas hidup dan produktivitas pasien
- b. Mencegah kematian akibat TB aktif atau efek lanjutan
- c. Mencegah kekambuhan TB
- d. Mengurangi penularan TB kepada orang lain
- e. Mencegah perkembangan dan penularan resistensi obat.

*World Health Organization* merekomendasikan obat kombinasi dosis tetap (KDT) untuk mengurangi risiko terjadinya TB resisten obat akibat monoterapi. Dengan KDT pasien tidak dapat memilih obat yang diminum, tetapi jumlah butir obat yang harus diminum lebih sedikit sehingga dapat meningkatkan ketaatan pasien, dan kesalahan resep oleh dokter dapat diperkecil karena berdasarkan berat badan. Dosis harian KDT di Indonesia distandarisasi menjadi empat kelompok berat badan 30-37 kgBB, 38-54 kgBB, 55-70 kgBB, dan lebih dari 70 kgBB.

Berikut ini adalah dosis rekomendasi obat anti tuberkulosis (TBC) lini pertama untuk dewasa yang dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2. Dosis rekomendasi OAT lini pertama untuk dewasa

OAT	Dosis rekomendasi			
	Harian		3 kali per minggu	
	Dosis (mg/kgBB)	Maksimum (mg)	Dosis (mg/kgBB)	Maksimum (mg)
Isoniazid	5 (4-6)	300	10 (8-12)	900
Rifampisin	10 (8-12)	600	10 (8-12)	600
Pirazinamid	25 (20-30)	-	35 (30-40)	-
Etambutol	15 (15-20)	-	30 (25-35)	-
Streptomisin*	15 (12-18)		15 (12-18)	1000

\*Pasien berusia di atas 60 tahun tidak dapat mentoleransi lebih dari 500-700 mg/hari, beberapa pedoman merekomendasikan dosis 10 mg/kgBB pada pasien kelompok usia ini. Pasien dengan berat badan di bawah 50 kg tidak dapat mentoleransi lebih dari 500-750 mg/hari.

### 2.2.2. Panduan Obat Standar untuk Pasien dengan Kasus Baru

Semua pasien TB yang belum pernah diobati harus diberi paduan obat yang telah disepakati secara internasional. Fase inisial terdiri atas isoniazid, rifampisin, pirazinamid, dan etambutol selama 2 bulan. Fase lanjutan terdiri atas isoniazid dan rifampisin yang diberikan selama 4 bulan selanjutnya. (Setiati S dkk, 2014).

Pasien TB paru kasus baru diasumsikan peka terhadap OAT kecuali pasien yang tinggal di daerah dengan prevalensi resisten isoniazid yang tinggi dan ada riwayat kontak dengan pasien TB resisten obat. Pasien seperti ini cenderung memiliki pola resistensi obat yang sama dengan kasus sumber. Pada kasus ini sebaiknya dilakukan uji resistensi obat sejak awal pengobatan dan sementara menunggu hasil uji resistensi obat kasus sumber sebaiknya dimulai. Paduan obat standar pasien TB kasus baru (dengan asumsi atau diketahui peka OAT) dapat dilihat pada Tabel 2.3 (Kemenkes, 2013).

Tabel 2.3. Paduan obat standar pasien TB kasus baru  
(dengan asumsi atau diketahui peka OAT)

<b>Fase intensif</b>	<b>Fase lanjutan</b>
RHZE 2 bulan	RH 4 bulan

WHO sejatinya merekomendasikan pengobatan dengan paduan harian sepanjang periode pengobatan OAT (2RHZE/4RH) pada pasien dengan TB paru kasus baru. Namun WHO juga memberikan alternatif lain dengan paduan 2RHZE/4R<sub>3</sub>H<sub>3</sub> yang harus disertai pengawasan ketat secara langsung oleh pengawas minum obat (PMO). Program OAT yang diterapkan oleh pemerintah Indonesia sendiri adalah paduan 2RHZE/4R<sub>3</sub>H<sub>3</sub> dengan pengawasan langsung oleh PMO.

## 2.3 Dukungan Keluarga

### 2.3.1 Definisi Dukungan Keluarga

Keluarga didefinisikan sebagai dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan, dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam perannya masing-masing untuk menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010). Sementara itu, menurut Friedman (2010), dukungan keluarga didefinisikan sebagai sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga dianggap sebagai orang yang bersifat mendukung dan selalu siap memberikan pertolongan serta bantuan jika diperlukan.

Menurut Friedman (2010) terdapat 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, antara lain sebagai berikut.

- a. Mengenal masalah kesehatan setiap anggota keluarganya. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan. Tanpa kesehatan, segala sesuatu tidak akan berarti dan justru terkadang, seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Merupakan hal yang wajib utamanya bagi orang tua untuk mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami

setiap anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang terjadi pada anggota keluarga adalah tanggung jawab keluarga sehingga apabila menyadari adanya perubahan tersebut, perlu segera mendapat perhatian khusus berupa dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

- b. Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi anggota keluarga. Tugas ini merupakan upaya utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai keadaan keluarganya, dengan mempertimbangkan siapa di antara keluarga tersebut yang mampu untuk memutuskan dan menentukan tindakan kesehatan yang akan diambil. Tindakan kesehatan yang dilakukan diharapkan tepat agar masalah kesehatan berkurang atau bahkan teratasi. Jika keluarga memiliki keterbatasan dalam mengambil keputusan yang tepat, ia dapat meminta bantuan kepada orang lain di lingkungan sekitar keluarga.
- c. Memberikan keperawatan pada anggota keluarga yang sakit atau yang tidak mampu membantu dirinya sendiri karena cacat atau faktor usia. Hal ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
- d. Mempertahankan suasana rumah yang kondusif bagi kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung anggota keluarga yang sakit. Dengan kata lain perlu adanya kecocokan yang baik antara kebutuhan keluarga dan asupan sumber lingkungan bagi pemeliharaan kesehatan anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik yang positif antara keluarga dan lembaga kesehatan yang ada. Hubungan positif ini akan memberi pengaruh yang baik pula pada persepsi keluarga mengenai fasilitas kesehatan di sekitarnya.

### 2.3.2 Bentuk Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010), beberapa bentuk dukungan keluarga antara lain:

#### a. Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan sebagai strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi *stressor*. Dukungan ini juga dapat berupa ekspresi penilaian yang positif terhadap kondisi individu yang bersangkutan. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang, dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain seperti misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan jenis ini dapat membantu meningkatkan strategi koping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

#### b. Dukungan Instrumental

Pada dukungan jenis ini, keluarga berperan sebagai sumber penyedia dukungan jasmani seperti bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata. Dukungan ini paling efektif dan dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu.

#### c. Dukungan Informasi

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh anggota keluarga. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya, dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan *stressor*. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

#### d. Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas, dan kehilangan harga diri. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan sumber semangat. Dukungan emosional dapat

memberikan individu perasaan nyaman dan merasa dicintai saat mengalami depresi. Semangat, empati, rasa percaya, dan perhatian yang diberikan akan membuat individu yang menerimanya merasa berharga.

### 2.3.3 Pengukuran Dukungan Keluarga

Pengukuran dukungan keluarga dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya. Untuk jenis penelitian kualitatif, peneliti dapat mengukur dukungan keluarga melalui wawancara secara mendalam maupun melalui diskusi kelompok terfokus dengan responden. Untuk jenis penelitian kuantitatif, peneliti dapat mengukur dukungan keluarga melalui wawancara tertutup atau wawancara terbuka dengan menggunakan instrumen (alat pengukur/pengumpul data) kuesioner (Notoatmodjo, 2010).

Sejatinya, untuk mengukur dukungan keluarga dapat menggunakan kuesioner *Family APGAR Scale*. Kuesioner ini terdiri dari 5 pertanyaan yang mencakup 5 fungsi keluarga meliputi: *adaptation* (adaptasi), *partnership* (kemitraan), *growth* (pertumbuhan), *affection* (kasih sayang), dan *resolve* (penyelesaian masalah). Namun, peneliti tidak memilih untuk menggunakan kuesioner tersebut sebab merujuk dari penelitian yang dilakukan oleh Smucker dkk (1995) dan Gardner dkk (2001), dikatakan bahwa hasil interpretasi kuesioner ini kurang sesuai untuk menggambarkan adanya disfungsi keluarga.

Pada penelitian ini, peneliti melakukan pengukuran dukungan keluarga secara kuantitatif menggunakan kuesioner yang disusun oleh Kusuma (2011) yang diadaptasi dari Teori Dukungan Keluarga dari House (2000) dalam Bart (2004). Kuesioner ini terdiri atas 18 pertanyaan yang mewakili lima subvariabel fungsi dukungan keluarga menurut House, antara lain dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasi, dukungan penghargaan, dan dukungan jaringan sosial. Kuesioner ini diisi secara langsung oleh pasien TB paru fase lanjutan sebagai penerima dukungan sebab dukungan yang dipersepsi oleh penerima lebih menggambarkan secara nyata dukungan yang diterima (Iskandar, 2008).

## 2.4 Keputusasaan

### 2.4.1 Definisi Keputusasaan

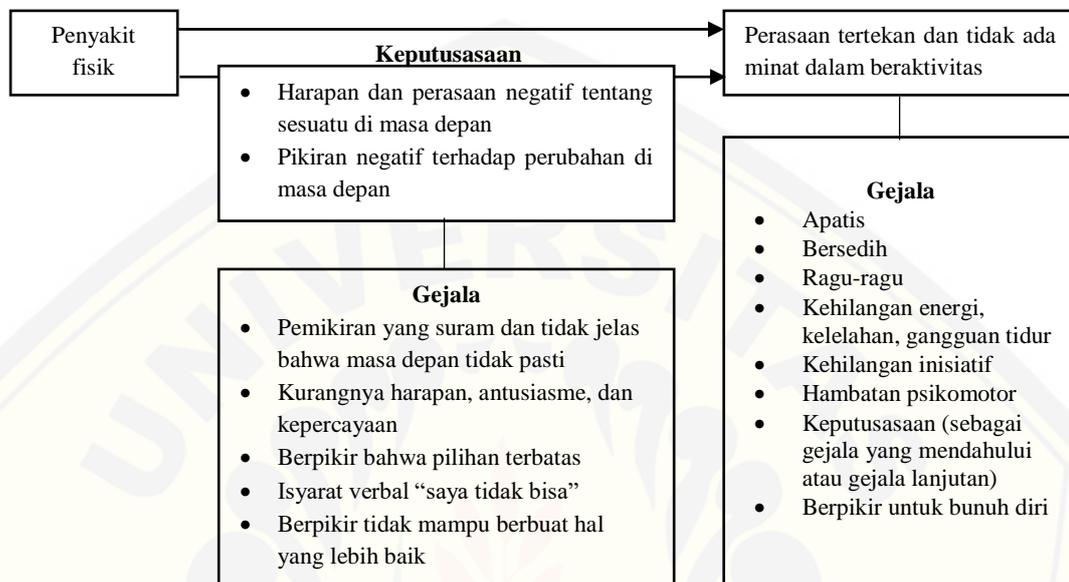
Keputusasaan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak adanya alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dalam menjalani hidupnya (Nanda, 2006). Nietzel dkk (1998) menyatakan bahwa keputusasaan merupakan ketiadaan harapan pada seorang individu untuk mengubah pola kesengsaraan hidupnya di masa mendatang. Individu tersebut menganggap peristiwa hidup negatif adalah suatu hal yang pasti terjadi dan tidak bisa dihindari, sementara peristiwa hidup positif dipandang sebagai suatu hal yang tidak akan terjadi atau dalam arti lain, merupakan suatu hal yang mustahil.

Secara psikologis, keputusasaan berkaitan erat dengan ada tidaknya harapan tentang masa depan. Kylma (2005) menyatakan, jika seseorang berjuang melawan penyakit yang dialami dan berupaya bangkit untuk suatu harapan, maka orang tersebut memiliki harapan. Namun jika orang tersebut berhenti berharap, berfokus pada ketidakmungkinan, dan kehilangan pandangan akan masa depannya serta mempertanyakan kemungkinan harapan tersebut, maka orang tersebut dapat dikatakan mengalami keputusasaan.

### 2.4.2 Gejala Keputusasaan

Dunn (2005) dalam Ardi (2011) berpendapat keputusasaan dapat timbul sebagai respon dari suatu penyakit fisik, utamanya pada penyakit kronis. Menurut Nanda (2009) dalam Ardi (2011), keputusasaan itu timbul karena adanya perasaan tertinggal, kehilangan kepercayaan diri, pembatasan aktivitas yang menimbulkan isolasi, dan *stress* berkepanjangan akibat penyakit yang diderita. Gejala keputusasaan meliputi: pemikiran yang suram, tidak jelas, dan merasa bahwa masa depan adalah sesuatu yang tidak pasti; kurangnya harapan, antusiasme, dan kepercayaan; berpikir bahwa pilihan sangat terbatas; isyarat verbal “saya tidak bisa” dan berpikir tidak mampu lagi untuk berbuat hal yang lebih baik. Menurut Nanda (2009) dalam Ardi (2011), batasan karakteristik keputusasaan meliputi: afek menurun, nafsu makan berkurang, penurunan visualisasi, kurangnya inisiatif, pasif, kurangnya keinginan untuk terlibat dalam perawatan, acuh dalam merespon

pembicara, gangguan pola tidur, menjauh dari pembicaraan, dan adanya isyarat verbal seperti mengeluh “aku tidak bisa”. Hubungan penyakit fisik dengan keputusan beserta gejalanya dapat dilihat pada Gambar 2.1.



Gambar 2.1 Hubungan penyakit fisik dengan keputusan beserta gejalanya (Sumber : Dunn, 2005).

#### 2.4.3 Pengukuran Keputusan

Pengukuran keputusan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya. Untuk jenis penelitian kualitatif, peneliti dapat mengukur keputusan melalui wawancara secara mendalam maupun melalui diskusi kelompok terfokus dengan responden. Untuk jenis penelitian kuantitatif, peneliti dapat mengukur keputusan melalui wawancara tertutup atau wawancara terbuka dengan menggunakan instrumen (alat pengukur/pengumpul data) kuesioner (Notoatmodjo, 2010).

Sejauh ini, terdapat beberapa kuesioner yang dapat digunakan untuk mengukur keputusan berdasarkan pada situasi-situasi klinis, misalnya *Hopelessness Scale for Children* (HSC), *Geriatric Hopelessness Scale* (GHS), dan *Beck Hopelessness Scale* (BHS). HSC digunakan untuk mengukur tingkat keputusan pada anak-anak pasien psikiatri, sedangkan GHS digunakan untuk

mengukur tingkat keputusasaan pada orang-orang tua (dewasa akhir) yang mengalami depresi (Caninsti, 2012).

Pada penelitian ini peneliti melakukan pengukuran tingkat keputusasaan secara kuantitatif menggunakan kuesioner *Beck Hopelessness Scale* (BHS) sebab mempertimbangkan segi usia dari sample yang menjadi objek penelitian. BHS adalah kuesioner yang dikembangkan oleh Dr. Aaron T. Beck yang didesain untuk mengukur tingkat keputusasaan pada orang dewasa usia  $\geq 17$  tahun. Kuesioner ini berisi 20 item pernyataan yang didesain untuk mengukur tingkat keputusasaan seseorang dengan tiga subskala utama: (1) perasaan terhadap masa depan, (2) kehilangan motivasi, dan (3) harapan terhadap masa depan (Beck, 1988).

## **2.5 Kepatuhan**

### **2.5.1 Definisi Kepatuhan**

Kepatuhan didefinisikan sebagai keterlibatan pasien yang bersifat aktif, sukarela, dan kolaboratif dalam menerima perilaku untuk mencapai hasil yang terapeutik. Kepatuhan dimaknai sebagai perilaku seseorang dalam meminum obat, mengikuti anjuran diet dan atau melakukan perubahan gaya hidup yang sesuai dengan rekomendasi dari tenaga kesehatan profesional (WHO, 2003).

Kepatuhan dapat juga didefinisikan sebagai kerelaan individu untuk melakukan sesuatu yang diharapkan atau diminta oleh pemegang otoritas atau kekuasaan yang ditandai dengan tunduk dengan kerelaan, mengalah, membuat suatu keinginan konformitas dengan harapan atau kemauan orang lain sehingga dapat menyesuaikan diri. Jika dilihat dari aspek kesehatan dimaksud individu rela melakukan pengobatan dengan dukungan dari keluarga atau kerabat yang ditentukan oleh otoritas atau kebijakan petugas kesehatan seperti dokter, ahli gizi, maupun ahli medis serta kerelaan dari individu tersebut dalam menjalani pengobatan yang dilakukan. Kesadaran diri, pemahaman, kepribadian menjadi komponen terpenting dalam pembentukan kepatuhan terhadap sistem pengobatan tertentu (Saifunurmazah, 2013).

Sementara itu, yang dimaksud dengan ketidakpatuhan adalah ketika individu tidak melaksanakan sebuah program pengobatan yang disarankan oleh pihak luar, yakni otoritas individu yang kuat, yang menyebabkan individu enggan untuk melaksanakan kepatuhan yang disarankan. *Social pressure* atau tekanan sosial baik dari petugas kesehatan atau keluarga tidak memberikan efek pada perubahan individu dalam melaksanakan pengobatan atau terapi. Ketidakpatuhan dapat mendatangkan beberapa konsekuensi yang harus ditanggung individu. Beberapa konsekuensi yang harus ditanggung individu mungkin tidak dirasakan secara langsung, namun dampak serius akibat sikap tidak patuh mampu memberikan efek dikemudian waktu (Saifunurmazah, 2013).

Tipe-tipe ketidakpatuhan pasien antara lain (*University of South Australia*, 1998) diantaranya sebagai berikut.

- a. Tidak meminum obat sama sekali.
- b. Tidak meminum obat dalam dosis yang tepat (terlalu kecil atau besar).
- c. Meminum obat untuk alasan yang salah.
- d. Jarak waktu meminum obat yang kurang tepat.
- e. Meminum obat lain di saat yang bersamaan sehingga menimbulkan interaksi obat.

### 2.5.2 Kepatuhan dalam Pengobatan Tuberkulosis

Dalam konteks pengendalian TB, kepatuhan terhadap pengobatan dapat didefinisikan sebagai tingkat ketaatan pasien-pasien yang memiliki riwayat pengambilan obat terapeutik terhadap resep pengobatan (WHO, 2003). Kepatuhan rata-rata pasien pada pengobatan jangka panjang terhadap penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50% sedangkan di negara berkembang, jumlah tersebut bahkan lebih rendah (WHO, 2003).

Kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang ditentukan oleh lima dimensi yang saling terkait, yaitu faktor pasien, faktor terapi, faktor sistem kesehatan, faktor lingkungan, dan faktor sosial ekonomi. Semua faktor tersebut saling mempengaruhi dan terkait satu sama lain sehingga tidak ada pengaruh yang lebih dominan dari faktor lainnya (WHO, 2003).

Secara umum, hal-hal yang perlu dipahami dalam meningkatkan tingkat kepatuhan adalah bahwa (WHO, 2003) tertera sebagai berikut:

- a. pasien memerlukan dukungan, bukan disalahkan,
- b. konsekuensi dari ketidakpatuhan terhadap terapi jangka panjang adalah tidak tercapainya tujuan terapi dan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan,
- c. peningkatan kepatuhan pasien dapat meningkatkan keamanan penggunaan obat,
- d. kepatuhan merupakan faktor penentu yang cukup penting dalam mencapai efektifitas suatu sistem kesehatan,
- e. memperbaiki kepatuhan dapat menjadi intervensi terbaik dalam penanganan secara efektif suatu penyakit kronis,
- f. sistem kesehatan harus terus berkembang agar selalu dapat menghadapi berbagai tantangan baru,
- g. diperlukan pendekatan secara multidisiplin dalam menyelesaikan masalah ketidakpatuhan.

### 2.5.3 Pengukuran Kepatuhan

Pengukuran kepatuhan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya. Untuk jenis penelitian kualitatif, peneliti dapat mengukur motivasi diri melalui wawancara secara mendalam maupun melalui diskusi kelompok terfokus dengan responden. Untuk jenis penelitian kuantitatif, peneliti dapat mengukur motivasi melalui wawancara tertutup atau wawancara terbuka dengan menggunakan instrumen (alat pengukur/pengumpul data) kuesioner (Notoatmodjo, 2010).

Sejauh ini, terdapat beberapa kuesioner yang dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan pasien. Kuesioner dibagi menjadi 2 kategori berdasarkan penyakit yang dialami pasien, yaitu mental (seperti *schizophrenia*, *psychosis*, depresi) dan non-mental yang merujuk pada penyakit kronis. Mengingat dalam penelitian ini yang akan diukur adalah kepatuhan dalam pengobatan TB paru, maka kemungkinan kuesioner yang dapat menjadi pertimbangan antara lain *Brief*

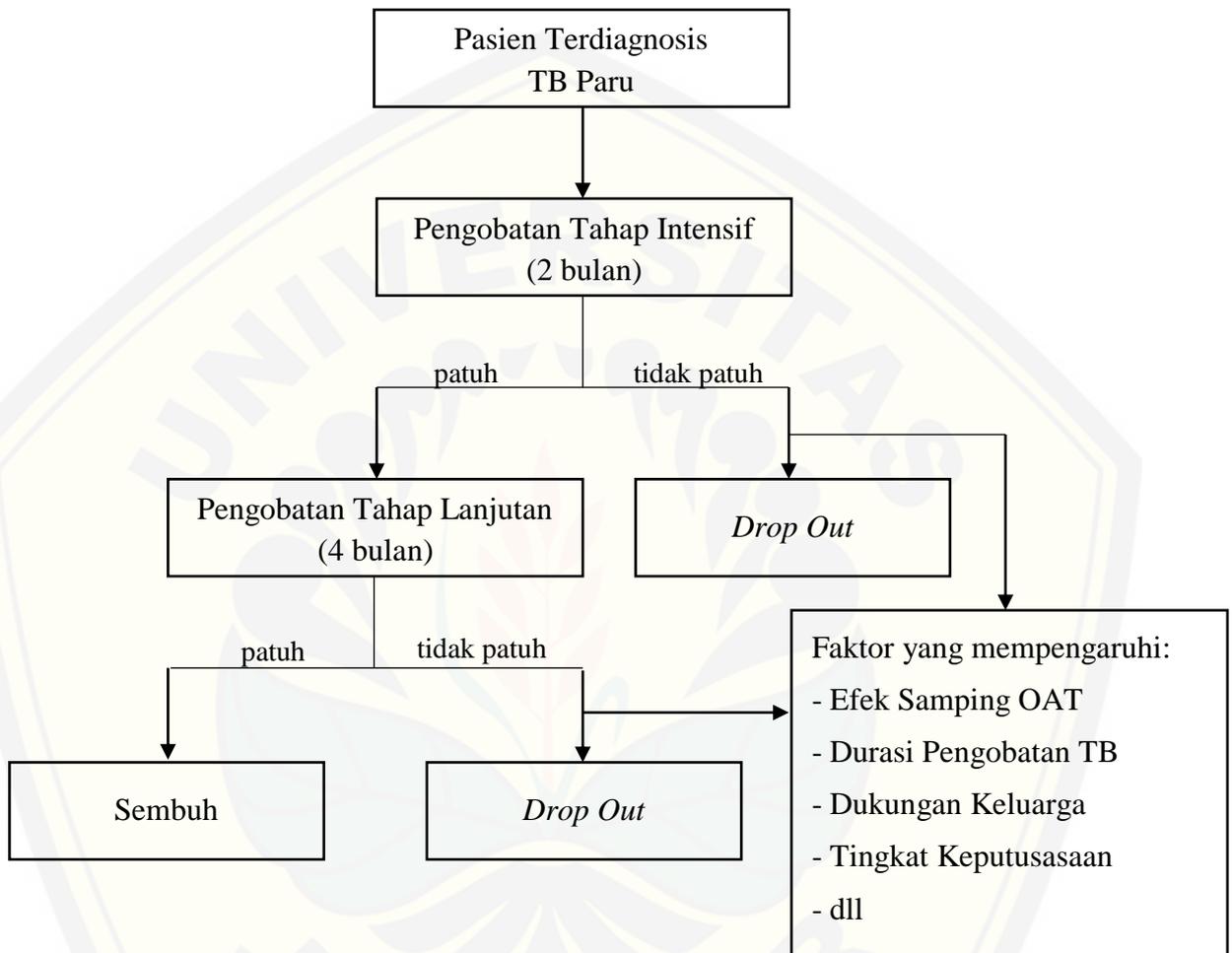
*Medication Questionnaire*, *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ), dan *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) (Lavsa dkk, 2011).

Kuesioner *Brief Medication Questionnaire* merupakan sebuah instrumen berupa kuesioner yang dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan pasien dalam berobat. Kuesioner ini secara spesifik digunakan pada pasien dengan gangguan tekanan darah (Mantovani dkk, 2015). Sementara itu, MAQ (dikenal pula sebagai MMAS-4) merupakan versi awal dari MMAS-8. Kuesioner ini terdiri dari 4 pertanyaan untuk mengukur tingkat kepatuhan berobat seseorang. Bila dibandingkan dengan MMAS-8, MAQ memiliki sifat psikometrik yang lebih rendah (Lam dan Fresco, 2015).

Mempertimbangkan hal-hal di atas, pada penelitian ini peneliti melakukan pengukuran kepatuhan secara kuantitatif menggunakan kuesioner MMAS-8. Kuesioner ini merupakan pengembangan dari MAQ dan telah divalidasi pada 1367 responden dengan  $\alpha$  sebesar 0,83 (Morisky dkk, 2011). Kuesioner tersebut relatif sederhana dan praktis digunakan pada kondisi klinik untuk melihat dan memantau kepatuhan pasien penyakit kronis selama pelaksanaan terapi (Morisky dkk, 2008). Kuesioner ini terdiri dari 8 pertanyaan yang terdiri dari 1 pertanyaan positif, 6 pertanyaan negatif, dan 1 pertanyaan dengan menggunakan skala *likert*. Kuesioner ini telah dilakukan uji validitas dalam Bahasa Indonesia oleh Risya Mulyani tahun 2016 dalam penelitian dengan judul “Kepatuhan Terapi Berbasis Insulin pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Poliklinik Endokrinologi RSUP DR Sardjito Yogyakarta”. Uji validitas dilakukan kepada responden sebanyak 30 orang dengan nilai  $r$  tabel sebesar 0,361. Hasil pengujian didapatkan nilai  $r$  hitung  $> 0,361$  yaitu 0,406-0,693 sehingga butir pertanyaan dalam instrumen dinyatakan valid.

## 2.6. Kerangka Teori

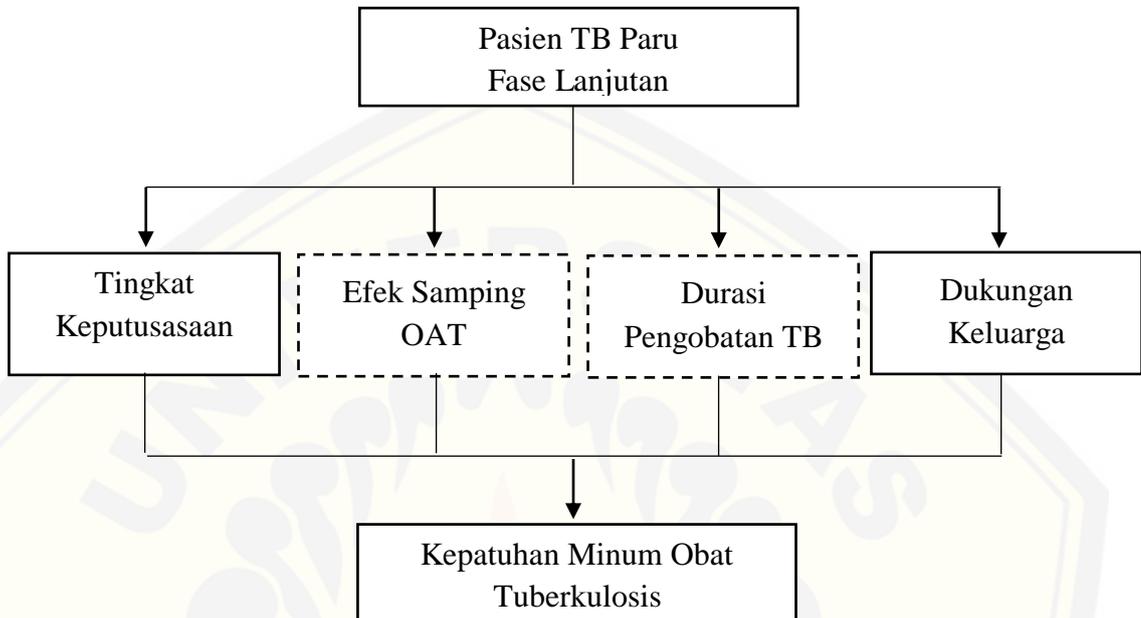
Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan di atas, maka kerangka konseptual dalam penelitian ini dapat dijelaskan melalui Gambar 2.2.



Gambar 2.2. Kerangka teori

## 2.7. Kerangka Konseptual

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan di atas, maka kerangka konseptual dalam penelitian ini dapat dijelaskan melalui Gambar 2.3.



Keterangan :



: Diteliti



: Tidak diteliti

Gambar 2.3. Kerangka konsep penelitian

## 2.8. Hipotesis

Berdasarkan pendahuluan dan tinjauan pustaka yang telah diuraikan, maka hipotesa dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien TB paru fase lanjutan di Puskesmas Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember.
2. Ada hubungan antara keputusan dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB paru fase lanjutan di Puskesmas Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember.

## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional* dan desain kuantitatif. Jenis penelitian ini dilakukan untuk mencari hubungan antara variabel bebas dan terikat. Pengukuran variabel hanya dilakukan satu kali pada saat yang ditentukan (Notoatmodjo, 2010).

### 3.2 Populasi dan Sampel

#### 3.2.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan subjek/objek yang menjadi sasaran dalam penelitian (Notoatmodjo, 2010). Populasi pada penelitian ini adalah pasien yang didiagnosis TB paru dengan BTA positif dan menjalani pengobatan TB fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari.

#### 3.2.2 Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili keseluruhan populasi (Notoatmodjo, 2010). Sampel dalam penelitian ini diambil dari populasi dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut.

##### a. Kriteria inklusi :

- 1) Pasien dengan diagnosis TB paru BTA positif usia  $\geq 17$  tahun yang tengah menjalani pengobatan TB fase lanjutan minimal 21 hari sesuai data rekam medik Puskesmas Umbulsari dan Puskesmas Paleran
- 2) Pasien bersedia menjadi subjek penelitian
- 3) Pasien dengan keadaan *compos mentis* (kesadaran penuh)

##### b. Kriteria eksklusi :

- 1) Pasien TB ekstraparu
- 2) Pasien TB paru dengan HIV
- 3) Pasien MDR-TB

### **3.3 Teknik Pengambilan Sampel**

Metode pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan metode *total sampling*. Metode ini digunakan apabila jumlah populasi dari penelitian relatif kecil (Sugiyono, 2017).

### **3.4 Jumlah Sampel**

Besarnya sampel dalam penelitian ini adalah semua anggota populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

### **3.5 Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.5.1 Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di UPTD layanan kesehatan Puskesmas Umbulsari dan Puskesmas Paleran .

#### **3.5.2 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November sampai dengan bulan Desember 2017.

### **3.6 Variabel Penelitian**

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok. Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi variabel lain. Variabel terikat adalah variabel yang terpengaruh oleh variabel lain (Notoatmodjo, 2012).

#### **3.6.1 Variabel Bebas**

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga dan tingkat keputusasaan pasien TB paru fase lanjutan.

#### **3.6.2 Variabel Terikat**

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kepatuhan minum OAT pasien TB paru fase lanjutan.

### 3.7 Definisi Operasional

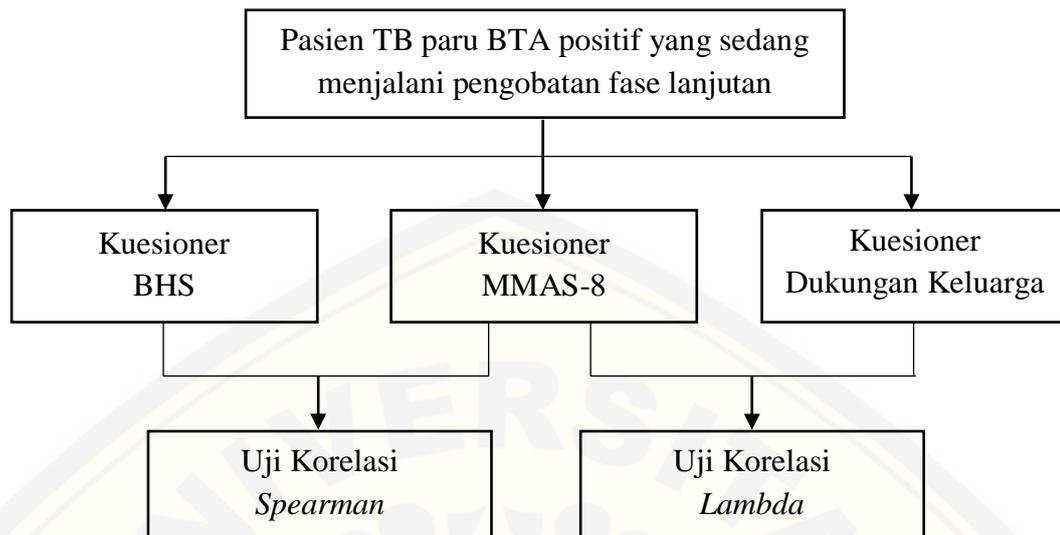
Definisi operasional pada penelitian ini dijelaskan pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

	Dukungan Keluarga	Tingkat Keputusan	Kepatuhan Minum Obat
Definisi	Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya.	Keputusan merupakan keadaan subjektif seorang individu yang melihat keterbatasan atau tidak adanya alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dalam menjalani hidupnya.	Kepatuhan minum OAT merupakan kumpulan perilaku yang dilakukan oleh pasien TB paru untuk mengatur asupan OAT sesuai dengan ketentuan pengobatan yang ditetapkan oleh dokter sesuai dengan panduan pengobatan TB paru di Indonesia.
Instrumen	Kuesioner Dukungan Keluarga yang diadaptasi dengan modifikasi dari penelitian Kusuma (2011).	<i>Beck Hopelessness Scale (BHS) Questionnaire</i>	<i>Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) Questionnaire</i>
Hasil Akhir	Dukungan keluarga supportif dan non-supportif.	Tingkat Keputusan normal, ringan, sedang, dan berat	Kepatuhan rendah, sedang, dan tinggi
Skala Data	Nominal	Ordinal	Ordinal

### 3.8 Rancangan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dalam waktu yang bersamaan. Rancangan penelitian ini dapat dilihat pada Gambar 3.1.



Gambar 3.1. Rancangan penelitian

### 3.9 Instrumen Penelitian

#### 3.9.1 Lembar Penjelasan kepada Sampel

Instrumen ini berisikan informasi yang harus diketahui oleh calon responden, yang meliputi identitas peneliti, tujuan penelitian, prosedur penelitian, kesediaan responden untuk mengikuti maupun menolak menjadi responden, sifat kerahasiaan dokumen, dan informasi tambahan lainnya. Lembar penjelasan kepada sampel dapat dilihat pada Lampiran 3.1.

#### 3.9.2 Lembar Persetujuan

Instrumen ini berisi tentang pernyataan kesediaan sampel untuk menjadi responden dalam penelitian serta berisi penjelasan bahwa selama pengambilan data rahasia informasi akan dijaga dan tidak akan ada kerugian baik material maupun nonmaterial yang akan dialami oleh sampel. Formulir lembar persetujuan dapat dilihat pada Lampiran 3.2 untuk peneliti dan Lampiran 3.3 untuk responden.

### 3.9.3 Lembar Identitas Sampel

Instrumen ini berisi identitas dari responden yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, nomor telepon, pekerjaan, dan status pernikahan. Lembar identitas sampel dapat dilihat pada Lampiran 3.4.

### 3.9.4 *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8)

*Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) adalah suatu instrumen berupa kuesioner yang digunakan untuk menilai kepatuhan terapi. Kuesioner ini tersusun atas delapan pertanyaan. Kategori respon diisi dengan jawaban “ya” atau “tidak” untuk item pertanyaan nomor 1 sampai 7. Pada item pertanyaan nomor 1-4 dan 6-7 nilai 1 bila jawaban “tidak” dan 0 bila jawaban “ya”, sedangkan item pertanyaan nomor 5 dinilai 1 bila jawaban “ya” dan 0 bila jawaban “tidak”. Item pertanyaan nomor 8 dinilai dengan 5 skala likert dengan nilai 1=tidak pernah, 0,75=sesekali, 0,5=kadang-kadang, 0,25=biasanya, dan 0=selalu. Skor totar dari hasil perhitungan kuesioner ini berentang antara 0-8. Selanjutnya, interpretasi kepatuhan penggunaan obat MMAS-8 dikategorikan menjadi 3 tingkatan kepatuhan, yaitu kepatuhan tinggi (nilai = 8), kepatuhan sedang (nilai = 6 - <8), dan kepatuhan rendah (nilai = <6) (Morisky dkk, 2008). Butir-butir pertanyaan kuesioner MMAS-8 dapat dilihat pada Lampiran 3.7.

### 3.9.5 Kuesioner Dukungan Keluarga

Kuesioner dukungan keluarga yang digunakan dalam penelitian ini merupakan adaptasi dengan modifikasi dari instrumen yang disusun oleh Kusuma (2011). Kusuma (2011) mengembangkan kuesioner tersebut dengan mengacu dari Teori Dukungan Keluarga oleh House (2000) dalam Bart (2004). Kuesioner ini terdiri atas 18 pertanyaan yang mewakili 5 subvariabel dukungan keluarga, meliputi: 5 item dukungan emosional (item 1-5), 5 item dukungan instrumental (item 6-10), 3 item dukungan informasi (11-13), 3 item dukungan penghargaan (item 14-16), dan 2 item dukungan jaringan sosial (item 17-18). Setiap pertanyaan memiliki 5 pilihan jawaban yang akan dijelaskan dalam Tabel 3.1 di bawah ini.

Tabel 3.2 Skala pilihan jawaban kuesioner dukungan keluarga

No.	Pilihan Jawaban	Keterangan	Skor
1.	Tidak pernah	Bila tidak menerima dukungan selama masa pengobatan TB	0
2.	Jarang	Bila menerima dukungan 1-3x selama masa pengobatan TB	1
3.	Kadang-kadang	Bila menerima dukungan 4-6x selama masa pengobatan TB	2
4.	Sering	Bila menerima dukungan 7-9x selama masa pengobatan TB	3
5.	Selalu	Bila menerima dukungan $\geq 10x$ selama masa pengobatan TB	4

Skor total dari hasil perhitungan kusioner ini berentang antara 0-72. Interpretasinya dinilai berdasarkan metode perhitungan skala likert, yang diklasifikasikan menjadi dua kategori yaitu keluarga non-supportif dan keluarga supportif. Hasil skor untuk kategori keluarga non-supportif bernilai 0-53, sedangkan hasil skor 54-72 untuk kategori keluarga supportif (Kusuma, 2011). Butir-butir pernyataan kuesioner dukungan keluarga dapat dilihat pada Lampiran 3.5.

### 3.9.6 Beck Hopelessness Scale (BHS)

Kuesioner keputusan yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Beck Hopelessness Scale* (BHS). Kuesioner terdiri atas tiga subskala, yaitu (1) perasaan terhadap masa depan, (2) kehilangan motivasi, dan (3) harapan terhadap masa depan. Kuesioner BHS berisi 20 pernyataan yang terdiri atas 9 pernyataan positif dan 11 pernyataan negatif. Untuk pernyataan positif (nomor 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, dan 19) mendapat skor 0 untuk jawaban “benar” dan skor 1 untuk jawaban “salah”. Sedang untuk pernyataan negatif (no 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, dan 20) mendapat skor 1 untuk jawaban “benar” dan skor 0 untuk jawaban “salah”. Nilai BHS berada pada rentang 0-20 dengan klasifikasi 0-3 adalah normal, 4-8

adalah keputusan ringan, 9-14 adalah keputusan sedang, dan  $\geq 15$  adalah keputusan berat (Ardi, 2011). Butir-butir pertanyaan kuesioner BHS dapat dilihat pada Lampiran 3.6.

### **3.10 Prosedur Penelitian**

#### **3.10.1 Uji Kelayakan**

Penelitian ini menggunakan objek manusia sehingga dalam pelaksanaan penelitian ini harus dilakukan uji kelayakan oleh komisi etik kedokteran. Setelah disetujui oleh komisi etik kedokteran, peneliti melakukan persetujuan penelitian pada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (BAKESBANGPOL), Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, serta Puskesmas Umbulsari dan Puskesmas Paleran.

#### **3.10.2 Teknik Pengambilan dan Pengumpulan Data**

Berikut ini merupakan teknik pengambilan dan pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini.

##### **a. Sumber Data**

Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer terdiri dari tingkat keputusan, dukungan keluarga, dan kepatuhan minum obat yang didapatkan dari pengisian kuesioner. Sedangkan data sekunder diperoleh dari data rekam medis di Puskesmas Umbulsari dan Puskesmas Paleran Kecamatan Umbulsari untuk memilih sampel sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

##### **b. Teknik Pengambilan dan Pengumpulan Data**

Sebelum dilakukan pengambilan data, peneliti memberikan lembar penjelasan kepada calon sampel disertai dengan penjelasan secara langsung kepada calon sampel mengenai prosedur penelitian selama perlakuan. Selanjutnya, calon sampel mengisi lembar persetujuan. Lembar persetujuan ini juga dilengkapi dengan penjelasan bahwa tidak terdapat unsur paksaan yang akan dialami oleh sampel selama masa perlakuan dan sampel dapat menanyakan ketidakjelasan yang terjadi selama perlakuan kepada peneliti sewaktu-waktu. Langkah selanjutnya, sampel diberi pengarahan dan penjelasan oleh peneliti untuk

mengisi kuesioner dukungan keluarga, BHS, dan MMAS-8. Seluruh kegiatan dalam proses pengambilan data ini dilakukan oleh peneliti dengan dibantu oleh satu relawan lain yang telah mendapatkan bimbingan dari dokter.

Pengisian kuesioner dukungan keluarga, BHS, dan MMAS-8 dilakukan dengan teknik pengisian oleh sampel secara langsung di bawah pengawasan peneliti. Setelah data-data primer terkumpul, data tersebut akan dimasukkan ke dalam tabel tabulasi untuk kepentingan pengolahan dan analisis data.

### 3.10.3 Pengolahan data

Setelah data-data primer terkumpul, data dimasukkan ke dalam tabel tabulasi untuk proses pengolahan dan analisis data di antaranya:

#### a. *Cleaning*

Memeriksa kembali lembar kuisisioner yang telah diisi oleh sampel untuk menghindari adanya jawaban ganda atau butir pertanyaan yang belum terjawab.

#### b. *Coding*

Memberikan kode identitas kepada lembar jawaban kuesioner sampel untuk menjaga kerahasiaan identitasnya dan mempermudah proses penelusuran biodata sampel saat diperlukan, serta mempermudah penyimpanan arsip data. Lalu, menetapkan kode untuk *scoring* jawaban responden atau hasil observasi yang telah dilakukan.

#### c. *Scoring*

Tahap ini dilakukan setelah ditetapkan kode jawaban. Sehingga, setiap jawaban responden atau hasil observasi dapat diberikan skor.

#### d. *Entering*

Memasukkan data ke dalam program komputer SPSS versi 16.0.

## 3.11 Analisis Data

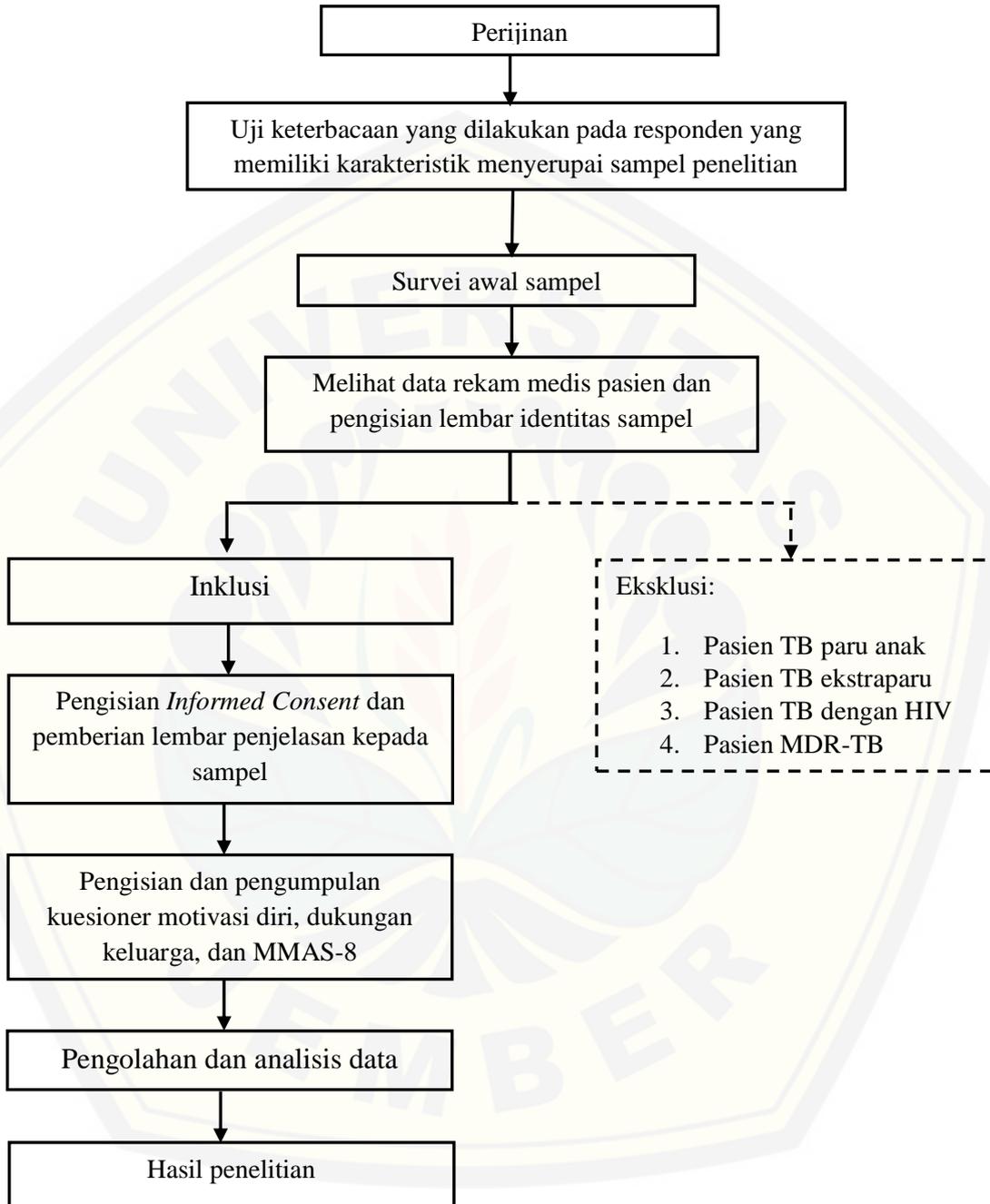
Setelah semua data terkumpul, dilakukan tabulasi data dalam bentuk tabel dan dilakukan pengolahan data dengan menggunakan program SPSS versi 16.0. Pertama dilakukan analisis univariat untuk menjelaskan karakteristik sampel penelitian dan distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti, baik variabel

independen maupun variabel dependen. Kemudian dilakukan analisis bivariat untuk menganalisa hubungan antara dua variabel dengan uji korelasi *Lambda* untuk menguji hipotesis korelasi antara variabel nominal dengan variabel ordinal dan uji *spearman* untuk menguji hipotesis korelasi antar variabel ordinal.



### 3.12 Alur Penelitian

Alur penelitian ini digambarkan pada Gambar 3.2 sebagai berikut.



Keterangan:

- > : alur penelitian  
- - -> : dikeluarkan dari alur penelitian

Gambar 3.2 Alur penelitian

## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan yang telah dijabarkan, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Jember 76,2% memiliki keluarga yang supportif selama pasien menjalani proses pengobatan.
2. Pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Jember 57,1% memiliki tingkat keputusasaan yang normal.
3. Pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Jember 61,9% memiliki kepatuhan minum obat yang tinggi.
4. Tidak terdapat hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember.
5. Tidak terdapat hubungan signifikan antara tingkat keputusasaan dengan kepatuhan minum obat pasien TB paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember.

### 5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian ini, beberapa saran yang dapat diberikan antara lain:

1. Bagi pasien TB paru dan keluarga pasien

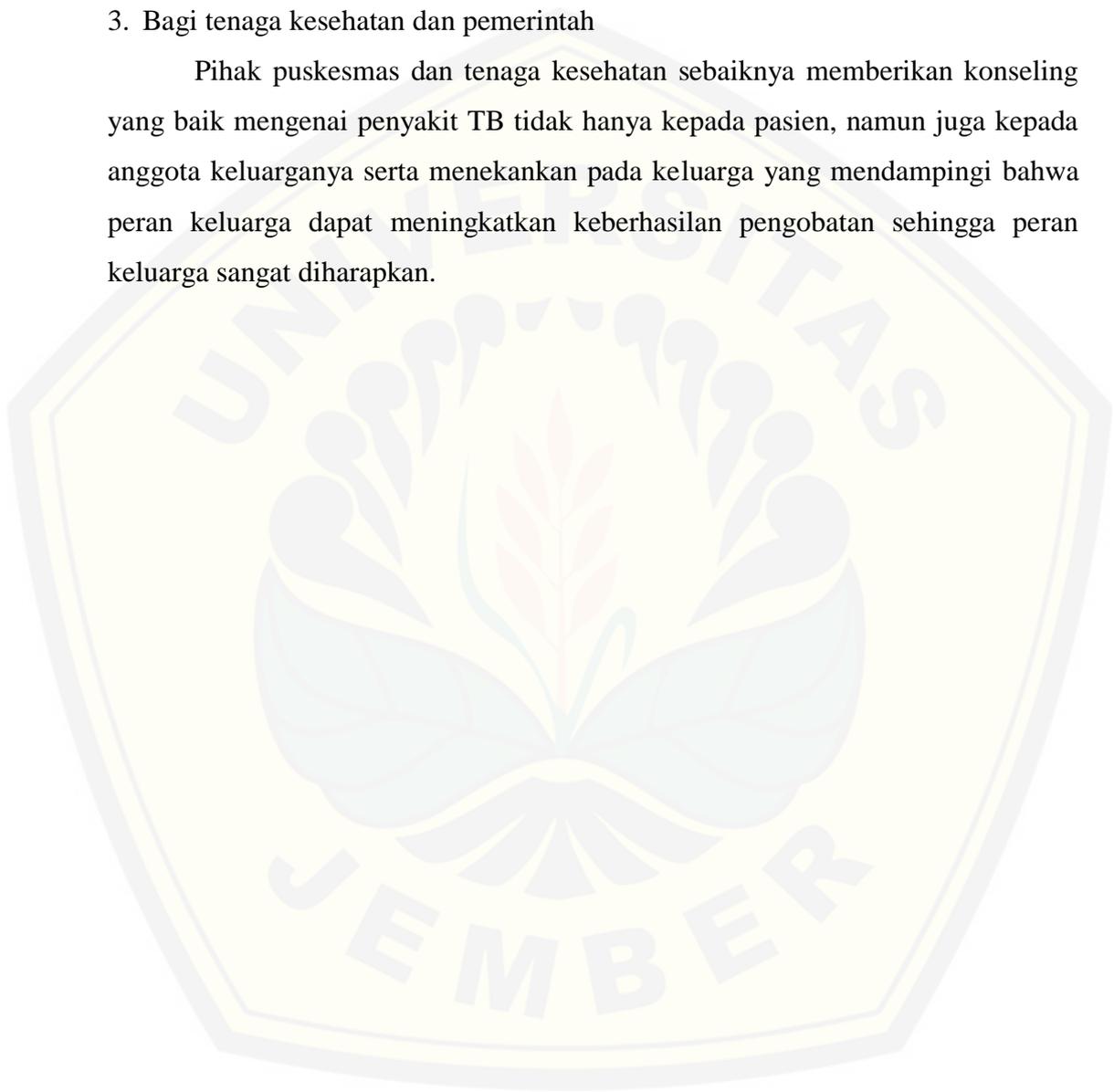
Pasien hendaknya tetap menjaga motivasi dan semangatnya dalam menjalani tahapan-tahapan pengobatan juga meningkatkan perhatiannya pada setiap anjuran-anjuran yang diberikan petugas kesehatan dan melaksanakan anjuran tersebut, seperti tetap patuh dalam mengkonsumsi obat-obatan dan memakai masker. Pihak keluarga juga sebaiknya meningkatkan perhatiannya pada anggota keluarga yang menderita TB paru dan memotivasi anggota keluarga tersebut agar menyelesaikan tahapan sampai tuntas dan mendukung apa-apa saja yang dibutuhkan pasien agar pengobatannya dapat berjalan optimal.

2. Bagi penelitian selanjutnya

Peneliti selanjutnya sebaiknya lebih memperhatikan kemungkinan faktor-faktor pengganggu yang dapat mempengaruhi variabel penelitian dan mempertimbangkan untuk menganalisis kaitan antara faktor-faktor tersebut terhadap variabel yang diteliti.

### 3. Bagi tenaga kesehatan dan pemerintah

Pihak puskesmas dan tenaga kesehatan sebaiknya memberikan konseling yang baik mengenai penyakit TB tidak hanya kepada pasien, namun juga kepada anggota keluarganya serta menekankan pada keluarga yang mendampingi bahwa peran keluarga dapat meningkatkan keberhasilan pengobatan sehingga peran keluarga sangat diharapkan.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Alwi, I., S. Setiati, A.W. Sudoyo, M. Simadibrata, B. Setiyohadi, A. F. Syam. 2014. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid III. Edisi VI. Jakarta: Interna Publishing.
- Ardi, Muhammad. 2011. Analisis Ketidakmampuan Fisik dan Kognitif dengan Keputusan pada Pasien Stroke di Makassar. *Tesis*. Jakarta: Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Avriyani, R.A.A. 2008. Hubungan Kecerdasan Emosional dan Kemandirian pada Usia Dewasa Awal. Skripsi. Yogyakarta: Program Studi Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Sanata Dharma Yogyakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI. 2007. *Riset Kesehatan Dasar*. Desember. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Bart, Smet. 2004. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT. Grasindo.
- Beck, A.T. 1988. *Beck Hopelessness Scale*. Amerika: The Psychological Corporation.
- Brunner dan Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi VIII. Volume III. Jakarta: EGC.
- Caninsti, Riselligia. 2012. Penyusunan Skala Keputusan untuk Pasien Penyakit Kronis: Studi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisis. *Jurnal Psikogenesis*. 1(1).
- Cuevas, R. M. A., N. Al-Sonboli, N. Al-Aghbari, M. A. Yassin, L. E. Cuevas, dan S. J. Theobald. 2014. Barriers to Completing TB Diagnosis in Yemen. *Plos One*. 9:1-8.
- Dani, F. P., Y. Yaunin, dan Edison. 2014. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Depresi pada Usia Tua di Nagari Tanjung Banai Aur Kecamatan Sumpur Kudus Kabupaten Sijunjung Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 3(2): 163-166.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Pedoman Penanggulangan Nasional TBC*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2015. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur*. Surabaya: Dinkes Jatim.

- Farmani, P. I. 2015. Prediktor Ketidakteraturan Minum Obat Tuberkulosis pada Pasien dengan Pengobatan Kategori 1 di Puskesmas Kota Denpasar Tahun 2011-2012. *Tesis*. Bali: Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Udayana.
- Farran, C.J., K.A. Herth, J. Popovich. 1995. Hope and Hopelessness: *Critical Clinical Construct*. Sage Publishing Company. 2(6).
- Ferro, M. A., A. E. Rhodes, M. Kimber, L. Duncan, M. H. Boyle, K. Georgiades, A. Gonzalez, H. L. McMillan. 2017. Suicidal Behavior Among Adolescents and Young Adults with Self-Reported Chronic Illness. *The Canadian Journals of Psychiatry*. 62(12).
- Friedman, M. M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta : EGC.
- Gardner, William., P. A. Nutting, K. J. Kelleher, J. J. Werner, T. Farley, L. Stewart, M. Hartsell, A. J. Orzano. 2001. Does the Family APGAR Effectively Measure Family Functioning. *The Journal of Family Practice*. 50(1).
- Gunarsa, S. D. 2008. *Psikologi Anak: Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Jakarta: PT BPK Gunung Mulia.
- Hamzah, B. U. 2008. *Teori Motivasi dan Pengukurannya Analisis di Bidang Pendidikan*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hayati, A. 2011. Evaluasi Kepatuhan Berobat Penderita Tuberkulosis Paru Tahun 2010-2011 di Puskesmas Kecamatan Pancoran Mas Depok. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Departemen Farmasi Universitas Indonesia.
- Ibrahim, L.M., I. S. Hadejia, P. Nguku, R. Dankoli, N. E. Wazili, M. O. Akhmien. 2014. Factors Associated With Interruption of Treatment Among Pulmonary TB Patients in Plateu Nigeria. *The Pan African Journal*. 17(78).
- Iskandar, T. 2008. Studi Fenomologi Stres dan Dukungan Sosial yang Dipersepsi oleh Pasien HIV/AIDS. *Tesis*. Jakarta: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.

- Karunia, E. 2016. Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Activity of Daily Living Pascastroke. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 4(2): 213-224.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Tata Laksana Tuberkulosis*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. Profil Kesehatan Indonesia 2015. [http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kes\\_n-Indonesia-2015.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kes_n-Indonesia-2015.pdf). [Diakses pada 19 Agustus 2017].
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. InfoDatin: Tuberkulosis. [www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/InfodatinTB](http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/InfodatinTB). [Diakses pada 10 September 2017].
- Kusuma, Henni. 2011. Hubungan antara Depresi dan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien HIV/AIDS yang Menjalani Perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Tesis*. Jakarta: Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia.
- Kylma, J. 2005. Despair and Hopelessness in the Context of HIV – a Metasynthesis on Qualitative Research Finding. *Journal of Clinical Nursing*. 14 : 813-821.
- Lalombo, A. Y., H. Palandeng, dan V. D. Kallo. 2015. Hubungan Kebiasaan Merokok dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Siloam Kecamatan Tamako Kabupaten Kepulauan Sangihe. *E-Journal Keperawatan*. 3(2).
- Lam, W. Y. dan P. Fresco. 2015. Medication Adherence Measures: An Overview. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4619779/> [diakses pada 20 Oktober 2017].
- Lavsa, S.M., Holzworth, A., Ansani, N.T. 2011. Selection of a Validated Scale for Measuring Medication Adherence. *J. Am. Pharm. Assoc.* 51 : 90-94.
- Lingga, L. 2013. *All About Stroke: Hidup Sebelum dan Pascastroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo.

- Mantovani, M. F., A. T. Mattei, J. P. Arthur, E. M. Ulbrich, R. C. Moreira. 2015. The Use of The Brief Medication Questionnaire in Medication Accession of Hypertensives. *Journal of Nursing UFPE Online*. 9(1): 84-90.
- Maramis, A. A dan W. F. Maramis. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 2. Surabaya: Airlangga University Press.
- Morisky, D. E., A. Ang, M. Krousel-wood, dan H. J. Ward. 2008. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J Clin Hypertens*. 10(5): 348-354.
- Morisky D. E. dan M. R. DiMatteo. . Improving the Measurement of Self-reported Medication Nonadherence: Final response. *J Clin Epidemiologi*. 64: 258-263.
- Nanda. 2006. *Panduan Diagnosa Keperawatan Nanda 2005-2006: Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : Prima Medika.
- Nawir, M. 2015. Subordinasi Anak Perempuan dalam Keluarga. *Jurnal Equilibrium Pendidikan Sosiologi*. 3(1): 29-37.
- Nietzel, M.T., M. L. Speltz, E. A. McCauley, D. A. Bernstain. 1998. *Abnormal Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Noviarini, N. A., M. P. Dewi, dan H. Prabowo. 2013. Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup pada Pecandu Narkoba yang Sedang Menjalani Rehabilitasi. *Proceeding PESAT*. 5: 116-122.
- Pasek, M. S. dan I. M. Satyawan. 2013. Hubungan Persepsi dan Tingkat Pengetahuan Penderita TB dengan Kepatuhan Pengobatan di Kecamatan Buleleng. *Jurnal Pendidikan Indonesia*. 2(1): 145-152.
- Pradono, J. dan C. M. Kristanti. 2003. Perokok Pasif Bencana yang Terlupakan. *Bull. Penel. Kesehatan*. 31(4):211-222.
- Prayogo, A. H. E. 2013. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum OAT pada Pasien Tuberkulosis Paru di Puskesmas Pamulang Kota Tangerang Selatan Provinsi Banten Periode Januari 2012 - Januari 2013. *Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

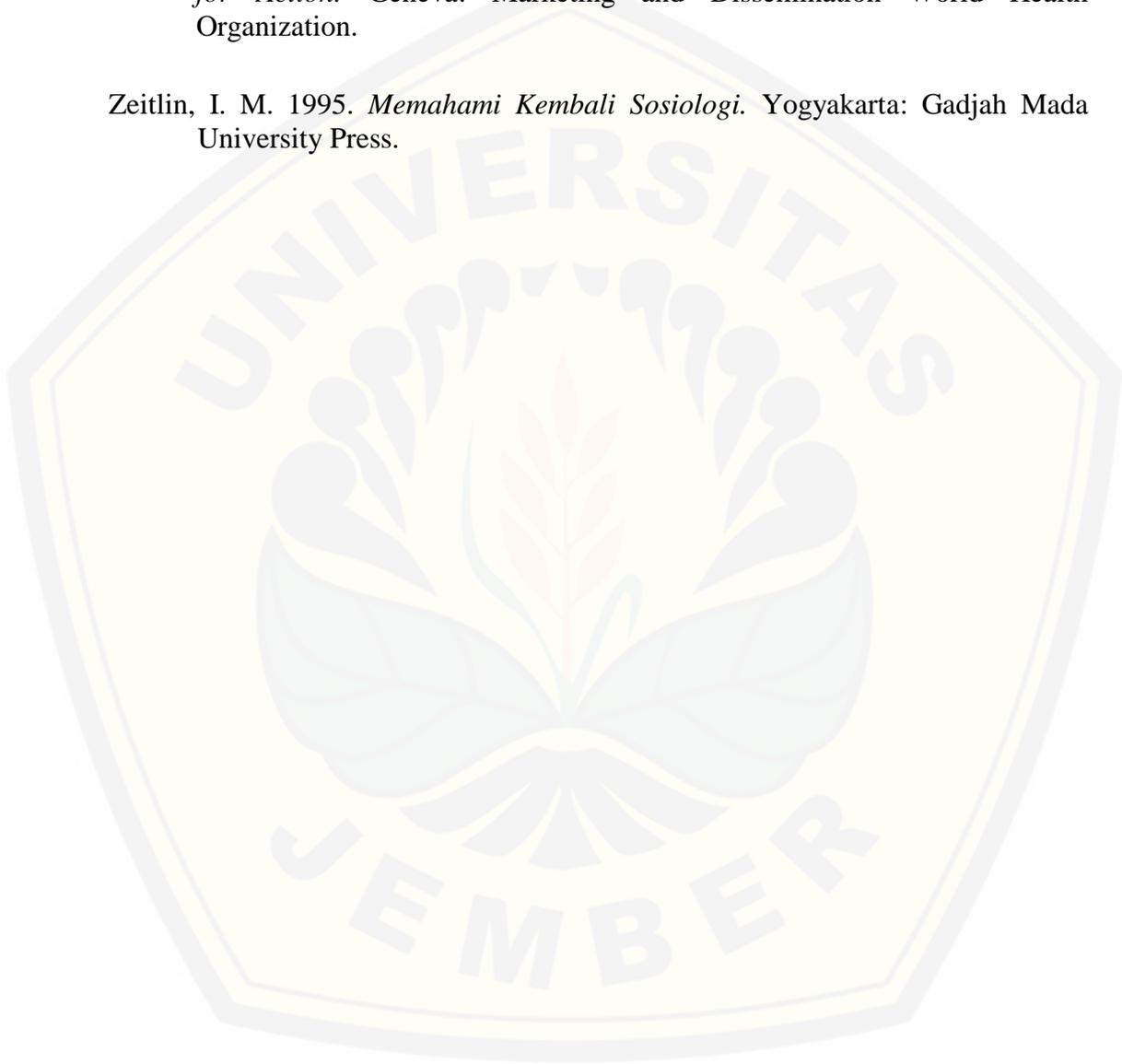
- Sadirman, A. M. 2009. *Interaksi dan Motivasi Belajar Mengajar*. Jakarta: PT Rajawali Pers.
- Saifunurmazah, D. 2013. *Kepatuhan Penderita Diabetes Mellitus dalam Menjalani Terapi Olahraga Diet (Studi Kasus Pada Penderita (DM Tipe 2 di RSUD Dr. Soeselo Slawi. Skripsi*. Semarang: Jurusan Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.
- Sari, R., M. I. Ali, P. Nahariani. 2012. Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi dengan Angka Kejadian TB Paru Bermanfaat di Wilayah Kerja Puskesmas Peterongan Jombang Tahun 2012. *Jurnal Metabolisme*. 2(3):31-38.
- Setiadi. 2008. *Konsep & Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Setiati, S., I. Alwi, A.W. Sudoyo, M. Simadibrata, B. Setiyohadi, A. F. Syam. 2014. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid III. Edisi VI. Jakarta: Interna Publishing.
- Smucker, P.A., R. P. Snaith. 1995. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality Life Outcomes*. 1(29). Lisence Biomed Central Ltd.
- Stapledon, R dan Viney, K. 2010. *Guidelines for Tuberculosis Contact Tracing in Pacific Island Countries and Territories*. New Caledonia: SPC Headquarters.
- Soedarsono, P. 2006. *Proteinuria Pada Penyakit Ginjal Kronik: Mekanisme dan Pengelolaannya*. Jakarta: Divisi Ginjal Hipertensi Departemen Penyakit Dalam FKUI/RS Dr. Ciptomangunkusumo.
- Suryabrata, S. 2004. *Psikologi Pendidikan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Tanto, C., F. Liwang, S. Hanifati. 2014. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi IV. Jakarta : Media Aeskulapius
- Tjiptoherijanto, P., dan B. Soesetyo. 2008. *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta: Rineka.
- Ulfah, M. 2011. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Tuberkulosis (TBC) di Wilayah Kerja Puskesmas Pamulang Kota Tangerang Selatan Tahun 2011. Skripsi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Walgito, B. 2002. *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta: Andi Offset.

WHO. 2017. Tuberculosis.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>. [Diakses pada 20 Mei 2017].

World Health Organization. 2003. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: Marketing and Dissemination World Health Organization.

Zeitlin, I. M. 1995. *Memahami Kembali Sosiologi*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.



## LAMPIRAN

### Lampiran 3.1 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel

#### LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SAMPEL

Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember (Tria Yudinia 142010101047) sedang melakukan penelitian untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan tingkat kepatuhan terhadap kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis paru fase lanjutan di Kecamatan Umbulsari Jember.

Anda termasuk masyarakat umum dalam kriteria inklusi, oleh karena itu peneliti meminta Anda untuk menjadi sukarelawan dalam penelitian yang akan dilakukan. Apabila Anda bersedia ikut serta dalam penelitian ini, Anda akan diminta untuk mengisi dan menandatangani lembar persetujuan dan menjawab beberapa pertanyaan penelitian, kemudian mengikuti prosedur penelitian ini.

Anda bebas menolak untuk ikut serta dalam penelitian ini. Apabila Anda telah memutuskan untuk ikut, Anda juga bebas untuk mengundurkan diri sewaktu-waktu. Apabila Anda tidak mengikuti instruksi yang diberikan oleh peneliti, Anda dapat dikeluarkan setiap saat dari penelitian ini. Semua data penelitian ini akan diperlakukan secara rahasia sehingga tidak memungkinkan bagi orang lain mengetahui identitas Anda. Semua berkas yang mencantumkan identitas Anda hanya digunakan untuk kepentingan pengolahan data dan apabila penelitian ini selesai, data milik responden akan dimusnahkan.

Anda akan diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu Anda membutuhkan penjelasan, Anda dapat menghubungi Tria Yudinia, mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada nomor 089691485657.

**Lampiran 3.2 Formulir Lembar Persetujuan (untuk Peneliti)****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**Untuk Peneliti

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk menjadi subyek penelitian dari :

**Nama : Tria Yudinia**

**Fakultas : Kedokteran Universitas Jember**

**Pembimbing : 1. dr. Yohanes Sudarmanto, M.Med.Ed**

**2. dr. Ulfa Elfiah, M.Kes., Sp.BP-RE**

Dengan judul penelitian “Hubungan Dukungan Keluarga dan Tingkat Kepetuisasaan terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru Fase Lanjutan di Kecamatan Umbulsari Jember”. Semua penjelasan telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila masih memerlukan penjelasan, saya akan mendapat jawaban dari peneliti. Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian secara sukarela dan tanpa unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

No Responden :..... Tanggal/Bulan/Tahun :.....

Tanda Tangan	Tanda Tangan Keluarga
(.....)	(.....)

**Lampiran 3.3 Formulir Lembar Persetujuan (untuk Responden)****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**Untuk Responden

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk menjadi subyek penelitian dari :

**Nama : Tria Yudinia**

**Fakultas : Kedokteran Universitas Jember**

**Pembimbing : 1. dr. Yohanes Sudarmanto, M.Med.Ed**

**2. dr. Ulfa Elfiah, M.Kes., Sp.BP-RE**

Dengan judul penelitian “Hubungan Dukungan Keluarga dan Tingkat Kepetuisasaan terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru Fase Lanjutan di Kecamatan Umbulsari Jember”. Semua penjelasan telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila masih memerlukan penjelasan, saya akan mendapat jawaban dari peneliti. Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian secara sukarela dan tanpa unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini.

No Responden :..... Tanggal/Bulan/Tahun :.....

Tanda Tangan	Tanda Tangan Keluarga
(.....)	(.....)

**Lampiran 3.4 Identitas Sampel**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN TINGKAT  
KEPUTUSASAAN TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN  
TUBERKULOSIS PARU FASE LANJUTAN DI KECAMATAN  
UMBULSARI JEMBER**

No Responden : ..... Tanggal pengisian data : .....

---

Saudara diminta mengisi pertanyaan berikut dengan mengisi kuesioner atau dengan memilih salah satu jawaban yang menurut saudara paling sesuai dengan diri anda/pasien.

**IDENTITAS PASIEN**

1. Nama :
2. Usia :
3. Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan \*
4. Lama pengobatan :
5. Pendidikan :
  - a. Tidak tamat belajar
  - b. Tamat SD
  - c. Tamat SMP
  - d. Tamat SMA
  - e. Tamat Sarjana
6. Pekerjaan : Bekerja / Tidak bekerja \*

**\* Lingkari jawaban anda**

### Lampiran 3.5 Kuesioner Dukungan Keluarga

#### Kuesioner Dukungan Keluarga

Oleh Henni Kusuma (2011)

No Responden : ..... Tanggal pengisian data : .....

Bacalah beberapa pernyataan di bawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia di sampingnya dengan memberikan tanda checklist (√) pada kolom yang tersedia, dengan keterangan sebagai berikut:

- Tidak pernah (TP) : Bila tidak menerima dukungan selama masa pengobatan TB
- Jarang (JR) : Bila menerima dukungan 1-3x selama masa pengobatan TB
- Kadang-kadang (KD): Bila menerima dukungan 4-6x selama masa pengobatan TB
- Sering (SR) : Bila menerima dukungan 7-9x selama masa pengobatan TB
- Selalu (SL) : Bila menerima dukungan  $\geq 10x$  selama masa pengobatan TB

No.	Dukungan	TP (0)	JR (1-3)	KD (4-6)	SR (7-9)	SL ( $\geq 10$ )
1.	Keluarga mendampingi saya dalam melalui tahapan-tahapan pengobatan saya.					
2.	Tanpa saya minta, keluarga saya menunjukkan kepeduliannya dalam mengajak saya untuk membicarakan masalah yang saya hadapi.					
3.	Keluarga tetap mencintai dan memperhatikan keadaan saya selama saya sakit.					
4.	Keluarga memberikan perhatian yang baik setiap saya membutuhkan bantuan.					

Bacalah beberapa pernyataan di bawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia di sampingnya dengan memberikan tanda checklist (√) pada kolom yang tersedia, dengan keterangan sebagai berikut:

- Tidak pernah (TP) : Bila tidak menerima dukungan selama masa pengobatan TB
- Jarang (JR) : Bila menerima dukungan 1-3x selama masa pengobatan TB
- Kadang-kadang (KD): Bila menerima dukungan 4-6x selama masa pengobatan TB
- Sering (SR) : Bila menerima dukungan 7-9x selama masa pengobatan TB
- Selalu (SL) : Bila menerima dukungan  $\geq 10x$  selama masa pengobatan TB

No.	Dukungan	TP (0)	JR (1-3)	KD (4-6)	SR (7-9)	SL ( $\geq 10$ )
5.	Keluarga menghibur saya bila saya terlihat sedang sedih dengan masalah yang saya hadapi.					
6.	Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika saya memerlukan untuk keperluan pengobatan.					
7.	Keluarga sangat berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan sakit saya.					
8.	Keluarga bersedia membiayai hal-hal yang terkait dengan perawatan dan pengobatan saya.					
9.	Keluarga berusaha untuk mencari kekurangan sarana dan peralatan perawatan yang saya perlukan.					
10.	Keluarga siap membantu saya dalam melakukan aktivitas sehari-hari bila saya sakit, seperti mandi, berpakaian, menyuapi makanan, bangun dan beranjak dari tempat tidur bila saya tidak mampu, dan lain-lain.					

Bacalah beberapa pernyataan di bawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia di sampingnya dengan memberikan tanda checklist (√) pada kolom yang tersedia, dengan keterangan sebagai berikut:

- Tidak pernah (TP) : Bila tidak menerima dukungan selama masa pengobatan TB
- Jarang (JR) : Bila menerima dukungan 1-3x selama masa pengobatan TB
- Kadang-kadang (KD): Bila menerima dukungan 4-6x selama masa pengobatan TB
- Sering (SR) : Bila menerima dukungan 7-9x selama masa pengobatan TB
- Selalu (SL) : Bila menerima dukungan  $\geq 10x$  selama masa pengobatan TB

No.	Dukungan	TP (0)	JR (1-3)	KD (4-6)	SR (7-9)	SL ( $\geq 10$ )
11.	Keluarga mengingatkan saya tentang jadwal berobat dan pentingnya untuk tidak melewatkan jadwal minum obat.					
12.	Keluarga mengingatkan saya untuk kontrol, minum obat, olahraga, istirahat, dan makan makanan sehat.					
13.	Keluarga membantu saya mengumpulkan beragam informasi terkait hal-hal yang tidak jelas tentang penyakit saya.					
14.	Keluarga memberi pujian dan perhatian kepada saya bila saya melakukan anjuran yang diberikan oleh tenaga kesehatan (seperti mengkonsumsi obat secara teratur, berhenti, atau mengurangi merokok).					
15.	Keluarga menghargai pendapat dan keputusan yang saya ambil mengenai pengobatan/perawatan yang akan saya jalani.					

Bacalah beberapa pernyataan di bawah ini, lalu pilihlah satu pilihan yang tersedia di sampingnya dengan memberikan tanda checklist (√) pada kolom yang tersedia, dengan keterangan sebagai berikut:

- Tidak pernah (TP) : Bila tidak menerima dukungan selama masa pengobatan TB
- Jarang (JR) : Bila menerima dukungan 1-3x selama masa pengobatan TB
- Kadang-kadang (KD): Bila menerima dukungan 4-6x selama masa pengobatan TB
- Sering (SR) : Bila menerima dukungan 7-9x selama masa pengobatan TB
- Selalu (SL) : Bila menerima dukungan  $\geq 10x$  selama masa pengobatan TB

No.	Dukungan	TP (0)	JR (1-3)	KD (4-6)	SR (7-9)	SL ( $\geq 10$ )
16.	Keluarga melibatkan saya dalam pengambilan keputusan tentang hal-hal yang menyangkut masalah keluarga.					
17.	Keluarga melibatkan saya dalam aktivitas sosial (seperti mengikutsertakan saya dalam kegiatan kerja bakti, rapat RT, dll).					
18.	Keluarga tidak melarang saya untuk berhubungan dengan teman.					

**Lampiran 3.6 Kuesioner *Beck Hopelessness Scale* (BHS)****Kuesioner *Beck Hopelessness Scale***

(Versi Bahasa Indonesia)

No Responden : ..... Tanggal pengisian data : .....

Petunjuk : Berilah tanda checklist (√) pada kolom “benar” atau “salah” sesuai dengan apa yang Anda rasakan!

NO	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
1.	Saya memandang masa depan saya dengan penuh harapan dan semangat.		
2.	Saya mungkin sudah menyerah karena saya tidak dapat berbuat sesuatu hal yang lebih baik bagi diri saya sendiri.		
3.	Saat saya merasa tidak lagi memiliki harapan, saya yakin bahwa kondisi tersebut tidak akan seperti ini selamanya.		
4.	Saya tidak dapat membayangkan, akan seperti apa hidup saya dalam 10 tahun ke depan.		
5.	Saya memiliki cukup waktu untuk melakukan hal-hal yang ingin saya lakukan.		
6.	Di masa yang akan datang, saya berharap dapat sukses dengan apa yang saya tekuni.		
7.	Masa depan saya terlihat gelap bagi saya.		
8.	Saya merasa beruntung, dan saya berharap akan mendapatkan lebih banyak lagi hal yang lebih baik dalam hidup saya dibandingkan orang kebanyakan.		

Petunjuk : Berilah tanda checklist (√) pada kolom “benar” atau “salah” sesuai dengan apa yang Anda rasakan!

NO	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
9.	Saya tidak mendapatkan kesempatan untuk beristirahat, dan tidak punya alasan untuk mendapatkan kesempatan itu di masa yang akan datang.		
10.	Pengalaman masa lalu saya telah dipersiapkan dengan baik untuk masa depan.		
11.	Semua yang akan terjadi di masa depan saya nampak lebih banyak yang tidak menyenangkan dari pada yang menyenangkan.		
12.	Saya tidak berharap bisa memperoleh apa yang benar-benar saya inginkan.		
13.	Jika saya memandang ke depan, saya berharap bisa lebih bahagia dari pada saat ini.		
14.	Segala sesuatunya tidak berjalan sesuai dengan yang saya inginkan.		
15.	Saya memiliki keyakinan yang kuat tentang masa depan.		
16.	Saya tidak pernah mendapatkan apa yang saya inginkan, jadi merupakan suatu hal percuma bagi saya jika mengharapkan sesuatu.		
17.	Sangat tidak lazim bahwa saya akan mendapatkan kepuasan yang nyata di masa depan.		
18.	Masa depan terlihat samar dan tidak pasti bagi saya.		
19.	Saya dapat menanti datangnya masa yang baik dari pada masa yang buruk.		
20.	Tidak ada gunanya bersungguh-sungguh mencoba mendapatkan segala yang saya inginkan, karena saya mungkin tidak akan mendapatkannya.		

**Lampiran 3.7 Kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8)****Lembar Kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8)**

(Versi Bahasa Indonesia)

No Responden : ..... Tanggal pengisian data : .....

Berilah tanda centang (√) pada kolom Ya atau Tidak sesuai dengan jawaban anda!

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah anda kadang-kadang lupa minum obat untuk penyakit anda?		
2.	Orang kadang-kadang tidak sempat minum obat bukan karena lupa. Selama 2 pekan terakhir ini, pernahkah anda dengan sengaja tidak minum obat?		
3.	Pernahkah anda mengurangi atau berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter karena anda merasa kondisi anda bertambah parah ketika minum obat tersebut?		
4.	Ketika anda berpergian atau meninggalkan rumah, apakah anda lupa membawa obat?		
5.	Apakah anda meminum obat kemarin (saat jadwal terakhir minum obat sebelum kuesioner ini diberikan) ?		
6.	Ketika anda merasa agak sehat, apakah anda juga kadang berhenti minum obat?		
7.	Meminum obat setiap hari merupakan hal yang tidak menyenangkan bagi sebagian orang. Apakah anda merasa terganggu dengan kewajiban anda terhadap pengobatan tuberkulosis yang harus anda jalani?		
8.	<p><b>Lingkari abjad sesuai dengan jawaban anda!</b>            Seberapa sering anda mengalami kesulitan dalam meminum semua obat anda?</p> <p>a. Tidak pernah/jarang            b. Sekali-kali            c. Kadang kadang            d. Biasanya            e. Selalu</p>		

## Lampiran 3.8 Surat Persetujuan Etik Penelitian


 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
 UNIVERSITAS JEMBER  
**KOMISI ETIK PENELITIAN**  
 Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember 68121 – Email :  
 fk\_unej@telkom.net

---

**KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK**  
*ETHICAL APPROVA*  
 Nomor : 1.209 /H25.1.11/KE/2017

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :*

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN TINGKAT KEPUTUSASAAN TERHADAP KEPATUHAN MINUM OBAT PASIEN TUBERKULOSIS PARU FASE LANJUTAN DI KECAMATAN UMBULSARI JEMBER**

Nama Peneliti Utama : Tria Yudinia.  
*Name of the principal investigator*

NIM : 142010101047

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember  
*Name of institution*

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.  
*And approved the above mentioned proposal.*

Jember, 29 November 2017  
 Ketua Komisi Etik Penelitian  
  
 Dr. Rini Riyanti, Sp.PK  


## Lampiran 3.9 Surat Rekomendasi Penelitian dari BAKESBANGPOL

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

---

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

**SURAT REKOMENDASI**  
Nomor : 072/4381/415/2017

Tentang  
**PENELITIAN**

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;  
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember tanggal 16 November 2017 Nomor : 2247/UN25.1.11/LT/2017 perihal Penelitian

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama / NIM. : Tria Yudinia / 142010101047  
Instansi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember  
Keperluan : Mengadakan Penelitian berupa pengisian kuisioner  
Judul Skripsi : Hubungan Dukungan Keluarga dan Tingkat Keputusan Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru Fase Lanjutan di Kecamatan Umbulsari  
Sampel : Pasien TB Paru BTA Positif  
Lokasi : Dinas Kesehatan, Puskesmas Umbulsari dan Paleran Kabupaten Jember  
Waktu Kegiatan : 20 November s/d 31 Desember 2017

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

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 : 20-11-2017  
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
KABUPATEN JEMBER  
Kabid. Kajian Strategis dan Politis

  
**ACHMAD DAVID F. S. Sos**  
Penata TK. I  
NIP. 196909171996021001

Tembusan :  
Yth. Sdr. : 1. Dekan Fak. Kedokteran Univ. Jember;  
2. Yang Bersangkutan.

## Lampiran 3.10 Surat Perizinan Penelitian dari Dinas Kesehatan



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**  
 JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
 Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

---

Jember, 27 November 2017

Nomor : 440 / 52576 / 311 / 2017  
 Sifat : Penting  
 Lampiran : -  
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
 Yth. Sdr 1. Kepala Bidang Pencegahan dan P2  
 Dinas Kesehatan Kab. Jember  
 2. Plt. Kepala Puskesmas Umbulsari  
 3. Plt. Kepala Puskesmas Paleran

di -  
JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/4381/314/2016, Tanggal 20 November 2017, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : Tria Yudinia  
 NIM : 142010101047  
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember  
 Fakultas : Fakultas Kedokteran Universitas Jember  
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian Tentang :  
 > Hubungan Dukungan Keluarga dan Tingkat Keputusasaan Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pasien Tuberkulosis Paru Fase Lanjutan di Kecamatan Umbulsari

Waktu Pelaksanaan : 27 November 2017 s/d 31 Desember 2017

Sehubungan 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.



**KEPALA DINAS KESEHATAN**  
**KABUPATEN JEMBER**

**dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes**  
 Pembina Tingkat I  
 NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:  
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
 di Tempat

**Lampiran 4.1 Dokumentasi Penelitian**





Lampiran 4.2 Tabel Tabulasi Sampel Penelitian

No Resp	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Bekerja	Lama Berobat	MMAS			DK			BHS		
						score	SPSS	Interpretasi	score	SPSS	Interpretasi	score	SPSS	Interpretasi
P001	P	75	SD	tidak	3	8	3	tinggi	67	2	support	4	2	ringan
P002	P	22	SMA	ya	5	8	3	tinggi	61	2	support	1	1	normal
P003	P	70	tidak	tidak	5	7	2	sedang	60	2	support	10	3	sedang
P004	P	38	SMP	tidak	4	8	3	tinggi	72	2	support	1	1	normal
P005	P	40	SMP	tidak	3	8	3	tinggi	67	2	support	0	1	normal
P006	P	43	SD	tidak	5	8	3	tinggi	72	2	support	1	1	normal
P007	P	43	Sarjana	tidak	4	8	3	tinggi	48	1	non-support	3	1	normal
P008	P	36	SMA	tidak	4	8	3	tinggi	58	2	support	2	1	normal
P009	P	17	SMA	pelajar	6	7	2	sedang	58	2	support	3	1	normal
P010	P	26	SD	tidak	3	8	3	tinggi	62	2	support	8	2	ringan
P011	P	28	SMP	ya	3	7,5	2	sedang	50	1	non-support	1	1	normal
P012	P	20	SD	tidak	4	7	2	sedang	56	2	support	8	2	ringan
L001	L	65	tidak	tidak	3	8	3	tinggi	60	2	support	6	2	ringan
L002	L	53	SMP	tidak	3	3	1	rendah	6	1	non-support	8	2	ringan
L003	L	55	tidak	ya	4	8	3	tinggi	33	1	non-support	3	1	normal
L004	L	18	SMA	pelajar	3	8	3	tinggi	58	2	support	1	1	normal
L005	L	75	SD	tidak	4	8	3	tinggi	57	2	support	3	1	normal
L006	L	50	SD	tidak	4	7	2	sedang	61	2	support	10	2	sedang
L007	L	59	SD	tidak	4	8	3	tinggi	54	2	support	11	2	sedang
L008	L	50	SD	ya	4	7	2	sedang	64	2	support	3	1	normal
L009	L	50	SMA	ya	3	7	2	sedang	52	1	non-support	4	2	ringan

**Lampiran 4.3 Hasil Analisis Univariat Karakteristik Sampel Penelitian****JK**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	L	9	42,9	42,9	42,9
	P	12	57,1	57,1	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Statistics**

Umur

N	Valid	21
	Missing	0
Mean		44,43
Minimum		17
Maximum		75

**USIA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	19,0	19,0	19,0
	2	2	9,5	9,5	28,6
	3	5	23,8	23,8	52,4
	4	5	23,8	23,8	76,2
	5	2	9,5	9,5	85,7
	6	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Statistics**

Durasi

N	Valid	21
	Missing	0
Mean		3,86
Minimum		3
Maximum		6

**Durasi**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	8	38,1	38,1	38,1
	4	9	42,9	42,9	81,0
	5	3	14,3	14,3	95,2
	6	1	4,8	4,8	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sarjana	1	4,8	4,8	4,8
	SD	8	38,1	38,1	42,9
	SMA	5	23,8	23,8	66,7
	SMP	4	19,0	19,0	85,7
	tidak	3	14,3	14,3	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Pekerjaan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	16	76,2	76,2	76,2
	ya	5	23,8	23,8	100,0
	Total	21	100,0	100,0	

**Lampiran 4.4 Hasil Analisis Univariat Karakteristik Sampel Berdasarkan Dukungan Keluarga, Tingkat Keputusan, dan Tingkat Kepatuhan Minum Obat**

**Statistics**

		DK	BHS	MMAS
N	Valid	21	21	21
	Missing	0	0	0
Mean		1,76	1,48	2,57
Std. Deviation		,436	,602	,598
Minimum		1	1	1
Maximum		2	3	3

**Frequency Table**

**DK**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	23,8	23,8	23,8
	2	16	76,2	76,2	100,0
Total		21	100,0	100,0	

**BHS**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	12	57,1	57,1	57,1
	2	8	38,1	38,1	95,2
	3	1	4,8	4,8	100,0
Total		21	100,0	100,0	

**MMAS**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	4,8	4,8	4,8
	2	7	33,3	33,3	38,1
	3	13	61,9	61,9	100,0
Total		21	100,0	100,0	

**Lampiran 4.5 Hasil Analisis Univariat Tingkat Kepatuhan Minum Obat Berdasarkan Dukungan Keluarga dan Tingkat Keputusan**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
MMAS * DK	21	100,0%	0	0,0%	21	100,0%
MMAS * BHS	21	100,0%	0	0,0%	21	100,0%

**MMAS \* DK Crosstabulation**

Count

		DK		Total
		1	2	
MMAS	1	1	0	1
	2	2	5	7
	3	2	11	13
Total		5	16	21

**MMAS \* BHS Crosstabulation**

Count

		BHS			Total
		1	2	3	
MMAS	1	0	1	0	1
	2	3	3	1	7
	3	9	4	0	13
Total		12	8	1	21

### Lampiran 4.6 Hasil Analisis Bivariat Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
MMAS * DK	21	100,0%	0	0,0%	21	100,0%

MMAS \* DK Crosstabulation

Count		DK		Total
		1	2	
MMAS	1	1	0	1
	2	2	5	7
	3	2	11	13
Total		5	16	21

Directional Measures

			Value	Asymptotic Standardized Error <sup>a</sup>	Approximate T <sup>b</sup>	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,077	,163	,449	,653
		MMAS Dependent	,000	,250	,000	1,000
		DK Dependent	,200	,179	1,025	,306
	Goodman and Kruskal tau	MMAS Dependent	,047	,072		,391 <sup>c</sup>
		DK Dependent	,181	,090		,164 <sup>c</sup>

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on chi-square approximation

**Lampiran 4.7 Hasil Analisis Bivariat Tingkat Kepatusasaan dengan Tingkat Kepatuhan Minum Obat**

**Nonparametric Correlations**

**Correlations**

			MMAS	BHS
Spearman's rho	MMAS	Correlation Coefficient	1,000	-,362
		Sig. (2-tailed)	.	,107
		N	21	21
	BHS	Correlation Coefficient	-,362	1,000
		Sig. (2-tailed)	,107	.
		N	21	21

**Lampiran 4.8 Daftar Kader TB Wilayah Kecamatan Umbulsari Jember**

<b>Wilayah Kerja</b>	<b>Desa</b>	<b>Jumlah Kader TB</b>
<b>Puskesmas Umbulsari</b>	Umbulsari	1
	Tanjungsari	1
	Gunungsari	1
	Gadingrejo	1
	Sukoreno	1
	Mundurejo	
<b>Puskesmas Paleran</b>	Sidorejo	1
	Umbulrejo	1
	Paleran	1
	Tegalwangi	1
<b>TOTAL</b>		<b>9</b>

**Lampiran 4.9 Daftar Pengawas Minum Obat Pasien TB Wilayah Kecamatan  
Umbulsari Jember**

<b>No.</b>	<b>Kode Responden</b>	<b>Jumlah PMO</b>
1.	P001	1
2.	P002	1
3.	P003	1
4.	P004	1
5.	P005	1
6.	P006	1
7.	P007	1
8.	P008	1
9.	P009	1
10.	P010	1
11.	P011	1
12.	P012	1
13.	L001	1
14.	L002	1
15.	L003	1
16.	L004	1
17.	L005	1
18.	L006	1
19.	L007	1
20.	L008	1
21.	L009	1