



**DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP PENGOBATAN
PASIEN TUBERKULOSIS : *LITERATURE REVIEW***

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

**Herfiana Okta Natasha
NIM 192303101121**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2023**



**DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP PENGOBATAN
PASIEN TUBERKULOSIS : *LITERATURE REVIEW***

LAPORAN TUGAS AKHIR

*Diajukan Guna Melengkapi Tugas Akhir Dan Memenuhi Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Program Studi D3 Keperawatan Dan Mencapai Gelar Ali Madya Keperawatan*

Oleh :

Herfiana Okta Natasha
NIM 192303101121

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2023**

PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan untuk :

1. Orang tua yang saya sayangi Bapak Henry Sulistiawan, Ibu Feronia Widuri dan Suami saya Edo Dwi Cahyono dan teruntuk anak saya yang saya sayangi Javas Alanza Arganta dan cintai terima kasih banyak sudah berjuang sama mama mulai kamu hadir didalam perut sampai di titik ini. Terima kasih atas doa dan kasih sayang memberikan saya kesempatan untuk menuntut ilmu dibangku perkuliahan serta segala bentuk usaha, dukungan dan doa yang telah.
2. Seluruh Dosen Prodi DIII Keperawatan yang selalu memberikan ilmu, semangat dan pengalamannya, serta senantiasa membimbing saya selama menjalankan pendidikan di kampus ini.

MOTTO

"Waktu bagaikan pedang. Jika engkau tidak memanfaatkannya dengan baik (untuk memotong), maka ia akan memanfaatkanmu (dipotong)." (Tuasikal, 2012)



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Herfiana Okta Natasha

Nim : 192303101121

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan tugas akhir saya berjudul "Dukungan Keluarga Terhadap Pengobatan Pasien Tuberkulosis: *Literature Review*" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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



Lumajang, 03 Juli 2023

Yang menyatakan,

Herfiana Okta Natasha

NIM. 192303101121

LAPORAN TUGAS AKHIR

**DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP PENGOBATAN
PASIEN TUBERKULOSIS :
*LITERATURE REVIEW***

Oleh :
Herfiana Okta Natasha
NIM 192303101121

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Dr. Ns. Suhari, A, Per, Pen, M.M.

Dosen Pembimbing Anggota : R Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan tugas akhir ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk mengikuti sidang Laporan Tugas Akhir di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Lumajang, 03 Juli 2023

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota

Dr.Ns.Suhari, A, Per, Pen, M.M.
NIP. 196303021986031023

R Endro Sulistyono, S.Kep., Ns., M.Kep
NRP. 760017249

Mengesahkan,
Koordinator Progam Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Nurul Hayati, S.Kep., M.M
NIP. 196306291987032008

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir berjudul “Dukungan Keluarga Terhadap Pengobatan Pasien Tuberkulosis : *Literature Review*” karya Herfiana Okta Natashaini telah diuji dan disahkan pada:

Hari, Tanggal : 03 Juli 2023

Tempat : Prodi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember Kampus Lumajang

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota

Dr.Ns.Suhari, A, Per, Pen, M.M
NIP. 19630302 198603 1 023

R Endro Sulistyono, S.Kep., Ns., M.Kep.
NRP. 760017249

Ketua Penguji

Anggota Penguji

Zainal Abidin, S.Pd., M.Kes.
NIP. 198001312008011007

Dwi Ohta Pebriyanti S.KM., M.KKK
NRP. 760017245

Mengesahkan,

Koordinator Progam Studi DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Nurul Hayati, S.Kep., M.M
NIP 196506291987032008

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia yang diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul “Dukungan Keluarga Terhadap Pengobatan Pasien Tuberculosis”.

Penyusunan laporan tugas akhir ini tidak dapat lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Dr. Ir. Iwan Taruna, M.Eng., IPM., selaku Rektor Universitas Jember;
2. Ns. Lantin Sulistyorini S.Kep., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Nurul Hayati., S.Kep., M.M., selaku Koordinator Prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang;
4. Ibu Indriana Noor Istiqomah S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik;
5. Dr.Ns.Suhari, A, Per, Pen, M.M., selaku dosen pembimbing utama laporan tugas akhir; dan R Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku dosen pembimbing anggota laporan tugas akhir;
6. Sahabat dan kerabat saya yang selalu memberikan semangat dan doa demi kelancaran dan kemudahan dari awal perkuliahan hingga selesainya tugas akhir ini.
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu;

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini. akhirnya penulis berharap, semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi semua yang bersangkutan.

Lumajang, 03 Juli 2023

Penulis

RINGKASAN

Dukungan Keluarga Terhadap Pengobatan Pasien Tuberkulosis Tahun 2023; Herfiana Okta Natasha;192303101121;56 halaman;Prodi D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Penyakit Tuberkulosis atau TB Paru adalah infeksi yang menular disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Adanya program pengobatan dan adanya pedoman penanggulangan penyakit tuberkulosis telah dibentuk oleh pemerintah dalam mengatasi kasus TB paru yang telah sesuai dengan standar nasional. Adanya pengobatan TB yang membutuhkan waktu yang cukup lama yaitu mulai 6-9 bulan akan berdampak pada kehidupan penderita, bahwa salah satu dampak yang menonjol adalah adanya ketidakpatuhan minum obat yang menyebabkan putus obat dikarenakan pengobatan jangka panjang, efek samping yang akan timbul, dan kurangnya kesadaran penderita akan penyakitnya. Oleh karena itu, keberhasilan pengobatan penderita tuberkulosis paru memerlukan dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan informasional, emosional, finansial, dan dukungan monitor minum obat. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis jurnal tentang pengaruh dukungan keluarga terhadap pengobatan pasien tuberkulosis paru.

Metode yang digunakan pada penyusunan literature review menggunakan PRISMA *checklist* untuk menentukan penyeleksian studi yang ditemukan dan disesuaikan dengan tujuan *literature review*. Pencarian literature review ini menggunakan beberapa database elektronik meliputi *PubMed*, *Garuda*, dan *Google Scholar*. Terdapat 12 jurnal yang digunakan untuk *literature review* ini. Semua jurnal tersebut terdapat 10 jurnal nasional dan 2 jurnal Internasional.

Berdasarkan hasil uji statistik dari 12 jurnal, 100% jurnal menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap intervensi yang dilakukan yaitu pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis dengan hasil uji nilai $p < 0,05$ yang menandakan bahwa dukungan keluarga berpengaruh terhadap kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis.

Literature review ini diharapkan menjadi acuan dan perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh dukungan keluarga terhadap pasien tuberkulosis paru.

SUMMARY

Family Support for the Treatment of Tuberculosis Patients in 2023; Herfiana Okta Natasha; 192303101121; 58 pages Prodi D3 Keperawatan Jember University Faculty of Nursing.

Tuberculosis or pulmonary TB is a contagious infection caused by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis*. The existence of a treatment program and guidelines for the prevention of tuberculosis have been formed by the government in dealing with pulmonary TB cases that are in accordance with national standards. The existence of TB treatment which requires a long time, starting from 6-9 months will have an impact on the patient's life, that one of the prominent impacts is non-adherence to taking medication which causes drug withdrawal due to long-term treatment, side effects that will arise, and lack of awareness sufferer of the disease. Therefore, the successful treatment of patients with pulmonary tuberculosis requires family support consisting of informational, emotional, financial support, and monitoring support for taking medication. The purpose of this study was to analyze journals about the effect of family support on the treatment of pulmonary tuberculosis patients.

The method used in preparing the literature review uses the PRISMA checklist to determine the selection of studies found and adjusted for the purpose of the literature review. This literature review search uses several electronic databases including PubMed, Garuda, and Google Scholar. There are 12 journals used for this literature review. There are 10 national journals and 2 international journals in all of these journals.

Based on the results of statistical tests from 12 journals, 100% of the journals showed a significant effect on the interventions carried out, namely the effect of family support on adherence to taking medication in tuberculosis patients with a p-value test result of <0.05 which indicates that family support has an effect on adherence to taking medication in tuberculosis patient.

This literature review is expected to be a reference and further research is needed regarding the effect of family support on pulmonary tuberculosis patients.

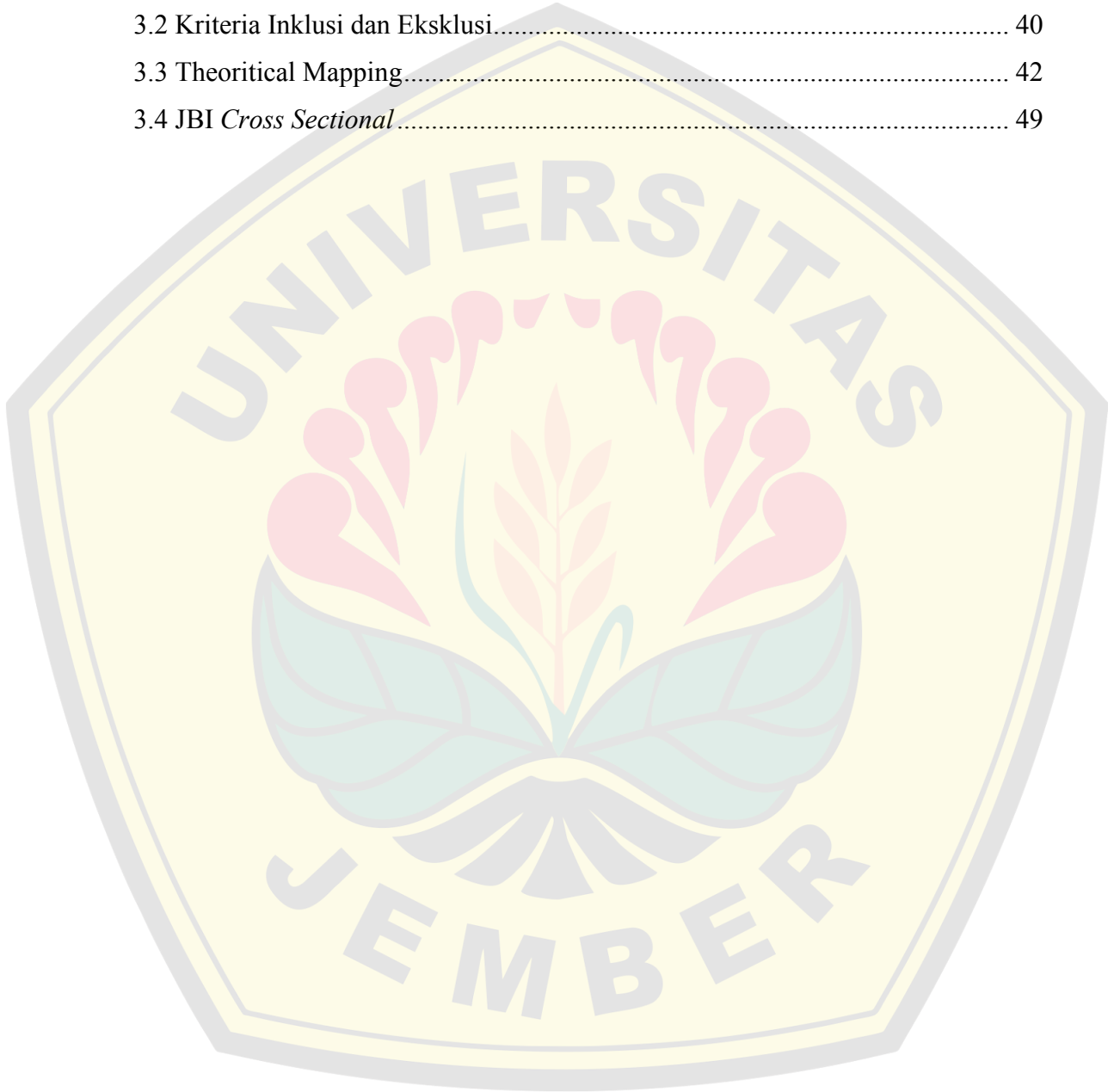
DAFTAR ISI

	Halaman
LAPORAN TUGAS AKHIR.....	ii
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN.....	v
PENGESAHAN.....	viii
PRAKATA.....	ix
RINGKASAN	x
SUMMARY	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Bagi Penulis	5
1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat	5
1.4.3 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan.....	5
1.4.4 Manfaat Bagi Penulis Selanjutnya	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Dasar Keluarga	7
2.1.1 Pengertian Keluarga	7
2.1.2 Ciri-ciri Keluarga	7
2.1.3 Tipe Keluarga.....	7
2.1.5 Fungsi Pokok Keluarga	9
2.1.6 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan.....	10
2.1.7 Tahap Perkembangan Keluarga	11
2.1.8 Peran Dalam Keluarga	13
2.2 Konsep Penyakit	14
2.2.1 Definisi	14
2.2.2 Klasifikasi Tuberculosis.....	14
2.2.3 Etiologi Tuberculosis	17
2.2.4 Tanda dan Gejala.....	18
2.2.5 Manifestasi Klinis	19
2.2.6 Patofisiologi	20
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang.....	21

2.2.8 Penatalaksanaan	23
2.2.9 Komplikasi	24
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	27
2.3.1 Pengkajian	27
2.3.2 Tugas Keluarga	28
2.3.3 Riwayat Keluarga	29
2.3.4 Pengkajian Lingkungan Keluarga	29
2.3.5 Diagnosa Keperawatan Keluarga	30
2.3.6 Diagnosa Keperawatan Keluarga Menurut SDKI	31
2.3.7 Intervensi Keperawatan	34
2.3.8 Implementasi Keperawatan	36
2.3.9 Evaluasi Keperawatan	37
BAB 3. METODE PENULISAN.....	38
3.1 Strategi Pencarian Literatur	38
3.1.1 Protokol dan Registrasi	38
3.1.2 Database Pencarian	38
3.1.3 Kata Kunci.....	38
3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi	39
3.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas.....	40
3.3.1 Seleksi Studi.....	40
3.3.2 Penilaian Kualitas.....	50
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	51
4.1 Hasil	51
4.1.1 Data Umum	51
4.1.2 Data Khusus	55
4.2 Pembahasan.....	56
4.2.1 Data Umum	56
4.2.2 Data Khusus	58
BAB 5. PENUTUP.....	61
5.1 Kesimpulan	61
5.1.1 Dukungan Keluarga.....	61
5.1.2 Pengobatan	61
5.1.3 Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Pengobatan pada Pasien Tuberkulosis	61
5.2 Saran	62
5.2.1 Bagi Penulis.....	62
5.2.2 Bagi Masyarakat.....	62
5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan	62
5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya.....	62
DAFTAR PUSTAKA.....	63
LAMPIRAN.....	66

DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Penentuan Skoring	32
2.2 Kriteria Hasil.....	34
3.1 Kata Kunci	39
3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	40
3.3 Theoretical Mapping.....	42
3.4 JBI <i>Cross Sectional</i>	49




DAFTAR LAMPIRAN

1. JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies 66



DAFTAR SINGKATAN



AGD	: Analisa Gula Darah
BTA	: Bakteri Tahan Asam
DOTS-Plus	: <i>Directly Observed Treatment Short Course</i>
DST	: <i>Drug Susceptibility Testing</i>
INH	: <i>Isonicotinic Acid Hydrazide</i>
JBI	: <i>The Joanna Briggs Institute</i>
MDR-TB	: <i>Multi Drug Resistant Tuberculosis</i>
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
PICOS	: <i>Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study Design</i>
PMO	: Pengawas Menelan Obat
RNTCP	: <i>Revisi National Tuberculosis Programme</i>
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
TB	: <i>Tuberculosis</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
XDR-TB	:

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia (Nazhofah & Hadi, 2022). Penyakit Tuberculosis atau yang sering disebut TB Paru adalah infeksi yang menular disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (Pitoy, et al., 2022). Adanya program pengobatan dan adanya pedoman penanggulangan penyakit tuberkulosis telah dibentuk oleh pemerintah dalam mengatasi kasus TB paru yang telah sesuai dengan standar nasional (Nasedum, et al., 2021).

Pada tahun 2019, menurut World Health Organization (WHO), terdapat 7,1 juta penderita tuberkulosis paru, dan pada tahun 2020 jumlah kasus tuberkulosis turun menjadi 5,8 juta. Menurut WHO, hingga 16 negara dapat mengurangi 93% kasus pneumokokus setiap tahun pada tahun 2020, termasuk India, Indonesia dan Filipina, yang berdampak parah. Jumlah kematian tuberkulosis diperkirakan mencapai 110.000 kasus per tahun. Kementerian Kesehatan memberikan perhatian khusus terhadap hal ini karena jika pengobatan tuberkulosis tidak dilakukan dengan baik dan cepat, bakteri tuberkulosis menjadi kebal terhadap pengobatan tersebut, yang sering disebut dengan multidrug-resistant tuberkulosis (MDR-TB) atau tuberkulosis yang resistan terhadap obat secara ekstensif (XDR TBC) (Nazhofah & Hadi, 2022). Kasus terbaru pada tahun 2020 di Indonesia tercatat sebanyak 824 ribu per 301 ribu penduduk pertahun dan pengobatan yang berhasil sekitar 83% (WHO, 2021)

Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu daerah dengan kasus TB tertinggi di Indonesia. Situasi TB di Jawa Timur masih belum menyenangkan. Hal ini merupakan tanggung jawab bersama, bukan saja jajaran pemerintah, apalagi hanya sektor kesehatan namun juga harus menjaga kesehatan pada individualnya. Pemerintah Provinsi Jawa Timur terus berupaya secara maksimal dalam meningkatkan angka *success rate* (keberhasilan pengobatan) dan *case detection rate* (penemuan kasus). Angka prevalensi di tingkat Provinsi Jawa Timur adalah

sebesar 0,29, namun demikian masih ada beberapa kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur yang angka prevalensinya di atas dari angka provinsi, beberapa kabupaten/kota tersebut antara lain adalah Kabupaten Ngawi dengan angka prevalensinya sebesar 0,71, kemudian berturut-turut diikuti oleh Kabupaten Bangkalan (0,60), Lamongan (0,44) dan Situbondo (0,43). Namun demikian, ada juga beberapa kabupaten/kota yang angka prevalensinya lebih baik dari angka di tingkat provinsi, antara lain adalah Kota Batu dengan angka prevalensinya sebesar 0,04, kemudian berturut-turut diikuti oleh Kabupaten Malang (0,07), Pacitan (0,08), Kota Kediri (0,11), dan Kabupaten Lumajang (0,1%) (Megatsari, et al., 2021). Berdasarkan jumlah kasus di setiap negara bahkan di semua daerah dengan angka kejadian tuberkulosis paru yang tinggi, maka dapat dilakukan pengobatan dengan melaksanakan pengobatan tuberkulosis paru yang bertujuan menyembuhkan, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutus mata rantai penularan dan mencegah munculnya resistensi pada bakteri tuberkulosis terhadap obat tuberkulosis paru yang disebut OAT (obat tuberkulosis) (Rismayanti, et al., 2021).

Dukungan keluarga berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan minum obat. Keluarga berperan penting dekat dengan penderita dan merupakan motivator terbesar dalam pengobatan penderita tuberkulosis. Saat ini belum ada informasi yang jelas tentang pentingnya pengaruh dukungan keluarga yang dibutuhkan pasien tuberkulosis dalam kasus ini, serta tentang sikap, aktivitas dan penerimaan anggota keluarga yang sakit. Dukungan keluarga berperan penting dalam meningkatkan kepatuhan minum obat. Keluarga merupakan orang yang paling dekat dengan pasien dan motivator terbesar dalam merawat pasien tuberkulosis. Saat ini belum ada informasi yang jelas mengenai bobot dukungan keluarga yang dibutuhkan oleh pasien tuberkulosis, dalam hal ini sikap, aktivitas dan penerimaan anggota keluarga yang sakit. (Sibua, 2021).

Peran yang sangat penting yang diperlukan untuk meningkatkan patuhnya penderita dalam melakukan pengobatan yaitu motivasi serta dukungan dari orang sekitar terutama keluarga yaitu berupa pengawasan dan dukungan dalam menjalani pengobatannya, adapun dukungan dalam bentuk lain seperti keuangan

dan emosional hal tersebut juga berpengaruh kuat dalam hidup penderita. Tidak hanya dari keluarga namun adanya dukungan dari luar seperti dukungan dari petugas kesehatan dapat diberikan dalam bentuk kunjungan kerumah pasien (Siregar, et al., 2019). Peran dukungan keluarga mempengaruhi keputusan pasien untuk menyelesaikan pengobatan atau tidak. Beberapa pasien yang mengalami efek samping obat anti tuberkulosis memutuskan untuk menghentikan pengobatan. Akibatnya, bakteri tuberkulosis mengembangkan resistensi multiobat terhadap obat tuberkulosis dan menyebabkan epidemi tuberkulosis yang sulit dikendalikan (Rismayanti, et al., 2021).

Adanya hubungan antara kepatuhan minum obat pada penderita TB paru dengan peran dukungan yang diberikan oleh keluarga dalam pengobatannya, sehingga proses pengobatan akan berjalan dengan baik dan mempercepat proses kesembuhan penderita hal ini dikemukakan pada penelitian Pitters, dkk (2018). Adapun penelitian lain yang sejalan yaitu pada Rumimpunu, dkk (2018) bahwa hasil penelitiannya menunjukkan adanya hubungan dari dukungan keluarga dan disertai dengan dorongan petugas kesehatan dalam kepatuhannya penrita TB paru menjalani pengobatannya. Perlunya pengobatan dalam rentang waktu yang cukup lama yaitu berkisar 6-9 bulan, namun ada beberapa kasus yang lain yang bahkan bisa lebih lama. Karena adanya pengobatan yang lama. Karenanya penderita TB paru merasakan depresi yang berat dan merasa tidak berharga, perlu adanya dukungan yang baik dari keluarga yang dekat maka dapat membantu meningkatkan kepatuhan dalam pengobatannya dan harapan untuk tetap berjuang untuk hidup (Siregar, et al., 2019). Tidak hanya keberhasilan dalam pengobatan penyakit TB, adapun kemungkinan dengan gagalnya pengobatan. Alasan utama gagalnya pengobatan yakni pasien tidak mau minum obatnya secara teratur dalam waktu yang diharuskan. Pasien biasanya merasakan bosan harus minum banyak obat setiap hari selama beberapa bulan, dikarena itu pada pasien cenderung menghentikan pengobatan secara sepihak tanpa ada yang mengetahui. Perilaku penderita untuk menjalani pengobatan secara teratur dipengaruhi beberapa faktor, ada perilaku yang dipengaruhi oleh tiga factor pokok, yakni faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor yang mendukung (*enabling factors*) dan faktor yang

memperkuat atau mendorong atau penguat (*reinforcing factors*) (Rumimpunu, et al., 2018).

Mencapai kesembuhan membutuhkan keteraturan atau dedikasi untuk merawat setiap pasien. Penggunaan obat tuberkulosis jangka pendek dan pemantauan obat merupakan strategi untuk memastikan kesembuhan pasien. Meski obat yang digunakan bagus, hasil pengobatan biasanya mengecewakan jika pasien tidak berobat secara teratur. Dengan mengikuti program DOTS, diperlukan dukungan PMO serta keluarga di setiap perawatannya. Sebaliknya bila kurangnya perhatian dan dukungan dari pihak terkait maka akan berisiko putusnya obat (Fitri, et al., 2018). Setelah pasien mengalami kegagalan pengobatan, terjadi multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB), dimana penyakit tuberkulosis tersebut resisten atau tidak dapat diobati dengan berbagai obat antituberkulosis, sehingga membutuhkan antibiotik yang lebih kompleks. Orang yang terinfeksi bakteri TB yang resistan terhadap obat dapat mengembangkan TBC dan mengembangkan penyakit MDR-TB jika mereka memiliki bakteri MDR-TB di dalam tubuhnya. Bakteri TB yang resistan terhadap obat dapat menyebar dari pasien TB-MDR ke masyarakat sekitar (Suryatinah, et al., 2021).

Adanya pengobatan TB yang membutuhkan waktu yang cukup lama yaitu mulai 6-9 bulan akan berdampak pada kehidupan penderita sebagaimana penjelasan (Seniantara, dkk. 2018) bahwa salah satu dampak yang menonjol adalah adanya ketidakpatuhan minum obat yang menyebabkan putus obat dikarenakan dalam pengobatan kemungkinan besar disebabkan pemakaian obat jangka panjang, efek samping yang mungkin timbul, dan kurangnya kesadaran penderita akan penyakitnya. Oleh karena itu keberhasilan pengobatan pasien tuberkulosis paru memerlukan dukungan keluarga yang terdiri dari dukungan informasional, emosional, finansial, dan dukungan monitor minum obat (Zulheri, et al., 2020). Untuk itu perlu dukungan dari beberapa pihak untuk membantu keberhasilan pengobatan TB paru agar tidak berdampak pada setiap aspek dan merugikan orang di sekitar.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dalam mendapatkan landasan teori dalam memecahkan rumusan

masalah dengan judul penelitian “Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Pengobatan Pasien Tuberkulosis Paru”.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimana Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Pengobatan Pasien Tuberkulosis Paru?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui bagaimana pengaruh dukungan keluarga terhadap pengobatan pasien tuberkulosis paru.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada penderita TB paru
- b. Mengidentifikasi pengobatan pada penderita TB paru
- c. Mengidentifikasi pengaruh dukungan keluarga terhadap keberhasilan pengobatan TB paru

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Penulis

Penulis mampu berpikir untuk menambah wawasan secara sistematis yang dituangkan melalui laporan dalam bentuk literatur review disertai hasil dari penelitian-penelitian ter-update.

1.4.2 Manfaat Bagi Masyarakat

Dari laporan ini dapat digunakan sebagai bentuk salah satu penunjang dalam membantu penderita TB dalam keberhasilan pengobatannya dengan cara dukungan dan motivasi dari keluarga dan orang sekitar.

1.4.3 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Hasil laporan yang diperoleh untuk menambahkan keilmuan keperawatan sebagai penanganan alternatif yang mudah dalam membantu keberhasilan pengobatan yang dilakukan penderita TB paru.

1.4.4 Manfaat Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil laporan dapat digunakan sebagai referensi yang bisa digunakan untuk penulis selanjutnya dalam menggunakan dukungan keluarga dalam membantu mempercepat proses penyembuhan penderita TB paru.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah salah satu individu yang memiliki hubungan formal seperti ikatan darah, adopsi, perkawinan atau hak asuh, hubungan sosial (tinggal bersama), dan ikatan psikologis/emosional (Jannah, 2018).

2.1.2 Ciri-ciri Keluarga

Widiyanto tahun 2014 menjelaskan terdapat ciri-ciri pada sebuah keluarga, diantaranya adalah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

a. Terorganisasi

Setiap anggota memiliki keluarga yang memiliki peran dan tugas masing-masing untuk mencapai tujuan dalam keluarga. Pelaksanaan mewujudkan tujuan tersebut tidak mungkin setiap anggota keluarga tersebut menjalankan peran dan fungsinya tanpa memiliki sifat saling ketergantungan satu sama lain.

b. Keterbatasan

Dalam sebuah unit terkecil dalam keluarga pasti akan memiliki kebebasan dan keterbatasan dalam menjalankan peran dan fungsinya sebagai anggota keluarga atau bahkan sebagai kepala keluarga.

c. Perbedaan dan kekhususan

Perbedaan dalam sebuah keluarga akan selalu ada dan sangat tidak mungkin untuk dihindari, namun hal tersebut menjadi alasan mengapa tiap masing-masing keluarga unik dan khas, hal tersebut sangat bergantung pada Sumber Daya Manusia di tiap-tiap keluarga tersebut.

2.1.3 Tipe Keluarga

Menurut (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022) Tipe keluarga ini dibagi menjadi keluarga tradisional dan non-tradisional, yaitu :

a. Tipe keluarga tradisional

- 1) *The Nuclear Family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak-anak, baik kandung maupun angkat (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).
- 2) *The dyadic family* (keluarga dyad), sebuah keluarga baru yang dimulai oleh pasangan yang bercerai atau masih hidup (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).
- 3) *Single parent*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini bisa disebabkan oleh perceraian atau kematian (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).
- 4) *Single adult*, yaitu Rumah tangga dewasa tunggal. Tipe ini bisa terjadi pada orang dewasa yang belum menikah atau belum memiliki suami (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).
- 5) *Extended family*, keluarga yang terdiri dari keluarga inti dan keluarga lain seperti paman, bibi, kakek dll. Jenis keluarga ini tersebar luas di kalangan keluarga Indonesia, terutama di daerah pedesaan (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).
- 6) *Middle-aged or elderly couple*, orang tua yang tinggal sendiri di rumah (baik laki-laki/perempuan atau keduanya) karena anaknya sudah memulai karir sendiri atau sudah menikah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).
- 7) *Kin-network family*, beberapa keluarga tinggal bersama atau berdekatan dan berbagi fasilitas seperti dapur dan kamar mandi yang sama (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

b. Tipe keluarga non tradisional

- 1) *Unmarried parent and child family*, yaitu sebuah keluarga yang terdiri dari orang tua dan anak-anak yang tidak sah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).
- 2) *Cohabiting couple*, Orang dewasa yang hidup di luar nikah karena berbagai alasan (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

- 3) *Gay and lesbian family*, Seseorang dengan jenis kelamin yang sama tinggal di rumah yang sama dengan suami dan istri (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).
- 4) *The non marital hetero sexual cohabiting family*, keluarga yang tinggal dengan beberapa pasangan tanpa menikah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

2.1.4 Struktur Keluarga

Menurut Burgess 1963 dalam Friedman, 2010 ciri-ciri keluarga berdasarkan orientasi tradisional adalah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

- a. Keluarga terdiri dari individu-individu yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah, dan adopsi.
- b. Anggota keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga atau jika mereka terpisah, tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka.
- c. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial keluarga seperti suami-istri, ayah-ibu, anak laki-laki, anak perempuan, dan lain sebagainya.
- d. Keluarga menggunakan budaya yang sama yang diambil dari masyarakat dengan ciri tersendiri.

2.1.5 Fungsi Pokok Keluarga

Menurut Friedman (1998) dalam fungsi keluarga yaitu (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

- a. Fungsi Afektif (*the effective function*) adalah Tugas utama keluarga adalah mengajari setiap orang untuk mempersiapkan anggota keluarga untuk menjalin hubungan dengan orang lain (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).
- b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah bertugas mengembangkan dan melatih anak untuk berjiwa sosial di rumah agar berhubungan dengan orang lain di luar rumah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

- c. Fungsi reproduksi (*the reproductive function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).
- d. Fungsi ekonomi (*the economic function*) yaitu Keluarga bekerja secara finansial untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan merupakan tempat pengembangan keterampilan individu untuk meningkatkan pendapatan untuk kebutuhan keluarga (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).
- e. Fungsi perawatan / pemeliharaan kesehatan (*the health care function*) yaitu menjaga kesehatan anggota keluarga untuk mempertahankan produktivitas yang tinggi (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

2.1.6 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Tugas kesehatan keluarga Menurut yaitu (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

- a. Mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas keluarga dalam pengambilan keputusan merupakan suatu hal yang utama dan penting dalam pencarian bantuan untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang terjadi didalam keluarga (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022). Pengambilan keputusan pada keluarga merupakan kekuatan yang berasal dari dalam keluarga yang mana dapat didapatkan dari luar apabila keluarga memiliki keterbatasan sumberdaya dalam menangani sebuah masalah kesehatan (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022). Mengenal masalah dan gangguan kesehatan keluarga (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

- b. Mengenal masalah dan gangguan kesehatan keluarga

Pemenuhan kebutuhan Kesehatan bagi keluarga menjadi salah satu kebutuhan yang haru diperhatikan oleh semua anggota keluarga (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022). Dalam hal ini, kepala keluarga yang bertanggung jawab atas pemenuhan ini adalah orang tua yang tinggal dalam rumah tangga yang sama dan masih memiliki anak yang belum menikah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022). Untuk menerima kekuatan dari semua sumber daya, waktu, pikiran, energi

dan bahkan kekayaan keluarga yang telah didedikasikan untuk mengatasi masalah kesehatan ini (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

c. Merawat anggota keluarga yang sakit

Fungsi perawatan bagi anggota yang sakit merupakan sebuah tugas yang dimiliki oleh tiap-tiap anggota karena saling berkesinambungan dalam pemberian perawatan sebelum dilanjutkan ke pelayanan kesehatan (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022). Namun, apabila didalam keluarga memiliki kecukupan sumberdaya untuk memberikan perawatan maka keluarga juga mampu merawat secara sepenuhnya (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

d. Memodifikasi lingkungan yang keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga

Fungsi yang dilakukan oleh keluarga untuk memiliki tugas dalam menggunakan potensi di tiap-tiap masing-masing individu keluarga yang bertujuan untuk mempertahankan Kesehatan keluarga (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

e. Menggunakan fasilitas kesehatan

Tugas yang kelima merupakan upaya keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga melalui pemanfaatan fasilitas medis yang ada (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

2.1.7 Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut tugas perkembangan keluarga adalah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

a. Keluarga baru (*beginning family*)

Tugas pengembangan dalam fase ini adalah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

- 1) Mempromosikan hubungan dekat dan kepuasan bersama
- 2) Tetapkan tujuan bersama
- 3) Menjaga hubungan dengan keluarga lain; teman dan kelompok sosial

b. Keluarga dengan kelahiran anak pertama (*child bearing family*)

Tugas pengembangan dalam fase ini adalah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

- 1) Mempersiapkan Menjadi Orang Tua.
- 2) Pembagian peran dan tanggung jawab.
- 3) Atur ruang untuk anak-anak atau ciptakan suasana hidup yang nyaman.
Cadangan biaya atau tunjangan kehamilan.

c. Keluarga dengan anak prasekolah (*famillies with preschool*)

Tugas pengembangan dalam fase ini adalah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

- 1) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti:
- 2) Membutuhkan perlindungan, privasi dan keamanan.
- 3) Membantu anak secara sosial.
- 4) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, tetapi juga perlu memenuhi kebutuhan anak lain.

d. Keluarga dengan anak usia sekolah (*famillies with cildren*)

Tugas pengembangan dalam fase ini adalah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

- 1) Memperhatikan kegiatan sosial, pendidikan dan semangat belajar anak. Namun tetap menjaga keharmonisan hubungan dalam rumah tangga.
- 2) Mendorong anak untuk mengembangkan daya intelektual.

e. Keluarga dengan anak remaja (*famillies with teenagers*)

- 1) Tugas pengembangan dalam fase ini adalah mis.
- 2) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab saat anak muda tumbuh dan memperluas kemandiriannya.
- 3) Menjaga hubungan yang erat dengan keluarga.
- 4) Menjaga komunikasi terbuka antara anak dan orang tua, menghindari perdebatan, ketidakpercayaan dan permusuhan.

f. Keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (*launching center famillies*)

Tugas pengembangan dalam fase ini adalah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

- 1) Pemekaran keluarga inti menjadi keluarga besar.
- 2) Jaga kedekatan dengan pasangan.
- 3) Bantuan untuk orang tua dari suami atau istri yang sakit dan lanjut usia.

g. Keluarga usia pertengahan (*middle age families*)

Tugas pengembangan dalam fase ini adalah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

- 1) Jaga kesehatan.
- 2) Lebih banyak waktu dan kebebasan untuk kepentingan sosial dan waktu luang.
- 3) Untuk memulihkan hubungan antara generasi muda dan generasi tua.
- 4) Kenali pasangannya.

h. Keluarga usia lanjut

Tugas pengembangan dalam fase ini adalah (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

- 1) Menjamin suasana hidup yang menyenangkan.
- 2) Penyesuaian terhadap perubahan pasangan, teman, kehilangan kekuatan fisik dan pendapatan.
- 3) Jaga kedekatan suami istri dan saling menjaga. Perawatan anak dan hubungan sosial (Harmoko, 2012)

2.1.8 Peran Dalam Keluarga

Menurut (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022), peran keluarga adalah sesuatu yang dihadapkan baik secara norma maupun sosial yang tergantung pada peran situasional (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022). Peran setiap anggota keluarga memiliki tingkah laku yang spesifik dalam sebuah konteks keluarga. Anggota keluarga memiliki peran antara lain (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022):

a) Ayah

Berperan sebagai kepala keluarga yang bertanggung jawab dalam peran memberikan nafkah kepada anggota keluarga, pelindung, pengayom, pemberi rasa aman dan pendidik (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

b) Ibu

Berperan sebagai pengurus rumah tangga, pelindung, pengasuh dan pendidik namun dapat juga ibu memiliki peran tambahan sebagai pencari nafkah keluarga (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

c) Anak

Berperan sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual sebagai salah satu perilaku psikososial (Husnaniyah, Riyanto and Kamsari, 2022).

2.2 Konsep Penyakit

2.2.1 Definisi

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang resisten terhadap isoniazid dan rifampisin. Hal ini terkait dengan mutasi genetik pada bakteri akibat pengobatan yang tidak adekuat. Ada 2 jenis resistansi yaitu resistansi primer dan sekunder. Resistensi primer pada pasien yang belum pernah mendapat terapi tuberkulosis sebelumnya. Resistensi sekunder muncul dari penggunaan OAT yang tidak tepat (Ainiyah, Soedarsono and Umiastuti, 2019).

2.2.2 Klasifikasi Tuberculosis

Menurut (World Health Organization, 2020) klasifikasi dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. Pembagian secara patologis:
 - 1) Tuberculosis primer (childhood tuberculosis)
 - 2) Tuberculosis post primer (adult tuberculosis)
- b. Klasifikasi radiologis tuberkulosis paru (*Koch pulmonum*) menjadi aktif, tidak aktif dan tidak aktif (bentuk aktif yang mulai pulih)
- c. Pembagian secara radiologis (luas lesi)
 - 1) Pada tuberkulosis, setidaknya ada sejumlah kecil infiltrasi noncavernous pada satu atau kedua paru, tetapi jumlahnya tidak melebihi satu lobus paru (World Health Organization, 2020).
 - 2) Dengan tuberkulosis yang cukup lanjut, rongga tersebut memiliki diameter tidak lebih dari 4 cm (World Health Organization, 2020). Jumlah bayangan berbutir halus yang disusupi tidak lebih dari 2 bagian paru-paru (World Health Organization, 2020). Ketika bayangan kasar tidak lebih dari sepertiga dari paru-paru pertama (World Health Organization, 2020).

Penentuan klasifikasi penyakit dan pasien tuberkulosis memerlukan suatu “definisi khusus” yang meliputi empat hal yaitu (Suprpto, 2018):

a. Klasifikasi berdasarkan organ yang terkena

1) Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru, tidak termasuk pleura dan kelenjar pada hilus (Suprpto, 2018).

2) Tuberkulosis Ekstra Paru

Tuberkulosis yang menyerang pada organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung, kelenjar limfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin dan lain lain (Suprpto, 2018).

b. Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis

1) Tuberkulosis paru BTA positif

- a) Sekurang kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif (Suprpto, 2018).
- b) Satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambar tuberkulosis (Suprpto, 2018).
- c) Satu specimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif (Suprpto, 2018).
- d) Satu atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah tiga spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negative dan tidak ada perbiakan setelah pemberian antibiotika ono AOT (Suprpto, 2018).

2) Tuberkulosis paru BTA negatif

Khusus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru dan BTA positif. Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi (Suprpto, 2018):

- a) Paling tidak tiga specimen dahak hasilnya BTA nagatif
- b) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis
- c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT
- d) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan

c. Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit

- 1) TB paru BTA negatif, foto toraks positif, dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan (misalnya proses far adfocad) dan atau keadaan umum pasien buruk (Suprpto, 2018).
- 2) TB ekstra paru, dibagi berdasarkan pada tingkat keparahannya, yaitu (Suprpto, 2018):
 - a) TB ekstra paru berat, misalnya: meningitis, pediatrics, pleuritis oksudative bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB alat saluran kemih dan alat kelamin (Suprpto, 2018).
 - b) TB ekstra paru ringan misalnya: kelenjar lemfe, pleuritis oksudative unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal (Suprpto, 2018).

d. Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya

Dibagi menjadi beberapa tipe pasien yaitu (Suprpto, 2018):

- 1) Kasus baru adalah pasien yang belum pernah di obati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT (Suprpto, 2018).
- 2) Kasus kambuh (relaps) adalah pasien tuberkolosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkolosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (Suprpto, 2018).
- 3) Kasus setelah putus berobat (default) adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif (Suprpto, 2018).
- 4) Kasus setelah gagal (failure) adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatannya (Suprpto, 2018).
- 5) Kasus pindahan (transfer in) adalah pasien yang dipindahkan ke UPK yang telah memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya (Suprpto, 2018).
- 6) Kasus lain adalah semua kasus yang tidak memenuhi tindakan di atas dalam kelompok ini termasuk kasus kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulang (Suprpto, 2018).

2.2.3 Etiologi Tuberculosis

Menurut Sigalingging et al. (2019), penyakit tuberculosis disebabkan oleh bakteri *M. tuberculosis* yang termasuk famili *Mycobacteriaceae* yang berbahaya bagi manusia. bakteri ini mempunyai dinding sel lipoid yang tahan asam, memerlukan waktu mitosis selama 12-24 jam, rentan terhadap sinar matahari dan sinar ultraviolet sehingga akan mengalami kematian dalam waktu yang cepat saat berada di bawah matahari, rentan terhadap panas basah sehingga dalam waktu 2 menit akan mengalami kematian ketika berada di lingkungan air yang bersuhu 1000°C, serta akan mati jika terkena alkohol 70% atau lisol 50% (Mar'iyah and Zulkarnain, 2021).

Dalam jaringan tubuh, bakteri ini dapat mengalami dorman selama beberapa tahun sehingga bakteri ini dapat aktif kembali menyebabkan penyakit bagi penderita. Mikroorganisme ini memiliki sifat aerobik yang membutuhkan oksigen dalam melakukan metabolisme. Sifat ini menunjukkan bahwa bakteri ini lebih menyukai jaringan kaya oksigen, tekanan bagian apikal paru paru lebih tinggi daripada jaringan lainnya sehingga bagian tersebut menjadi tempat yang baik untuk mendukung pertumbuhan bakteri *M. tuberculosis* (Mar'iyah and Zulkarnain, 2021).

M. tuberculosis dapat menular ketika penderita tuberkolosis paru BTA positif berbicara, bersin dan batuk yang secara tidak langsung mengeluarkan doplet nuklei yang mengandung mikroorganisme *M. tuberculosis* dan terjatuh ke lantai, tanah, atau tempat lainnya. Paparan sinar matahari atau suhu udara yang panas mengenai doplet nuklei tersebut dapat menguap. Menguapnya droplet bakteri ke udara dibantu dengan pergerakan aliran angin yang menyebabkan bakteri *M. tuberculosis* yang terkandung di dalam doplet nuklei terbang melayang mengikuti aliran udara. Apabila bakteri tersebut terhirup oleh orang sehat maka orang itu berpotensi terinfeksi bakteri penyebab tuberculosis. Tuberculosis paling banyak menyerang usia produktif usia antara 15 hingga 49 tahun dan penderita tuberkolosis BTA positif dapat menularkan penyakit tersebut pada segala kelompok usia (Mar'iyah and Zulkarnain, 2021).

2.2.4 Tanda dan Gejala

Menurut (Hulu *et al.*, 2020) dibagi menjadi 2 golongan yakni:

- a. Gejala respiratorik meliputi :
 - 1) Gejala batuk muncul paling awal dan merupakan penyakit yang paling sering dilaporkan (Hulu *et al.*, 2020). Awalnya tidak produktif, kemudian dengan kerusakan jaringan, lendir malah bercampur dengan darah (Hulu *et al.*, 2020).
 - 2) Batuk darah yaitu darah yang tersembunyi di berbagai selaput lendir, dapat muncul berupa bercak atau bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah banyak (Hulu *et al.*, 2020). Batuk darah disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (Hulu *et al.*, 2020). Tingkat keparahan batuk darah tergantung dari ukuran pembuluh darah yang pecah (Hulu *et al.*, 2020).
 - 3) Sesak napas Gejala ini diamati ketika kerusakan parenkim paru sangat luas atau karena disertai dengan masalah lain seperti efusi pleura, pneumotoraks, anemia, dll (Hulu *et al.*, 2020).
- b. Nyeri dada pada tuberkulosis paru termasuk nyeri pleuritik ringan (Hulu *et al.*, 2020). Gejala-gejala ini terjadi ketika sistem saraf pleura terpengaruh (Hulu *et al.*, 2020).
- c. Gejala sistemik seperti demam merupakan gejala umum yang muncul kebanyakan pada sore dan malam hari, seperti demam, flu, intermiten dan semakin lama semakin lama serangan berlangsung, sedangkan masa bebas serangan semakin singkat (Hulu *et al.*, 2020).
- d. Gejala sistemik lainnya adalah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise (Hulu *et al.*, 2020). Timbulnya gejala biasanya gradual dalam beberapa minggu atau bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak napas walaupun jarang dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia (Hulu *et al.*, 2020).

Menurut (Hulu *et al.*, 2020) tanda dan gejala tuberkulosis sebagai berikut:

- a. Demam
- b. Malaise
- c. Anoreksia
- d. Menurunan berat badan

- e. Batuk ada atau tidak (berkembang secara perlahan selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan)
- f. Peningkatan frekuensi pernapasan
- g. Ekspansi buruk pada tempat yang sakit
- h. Bunyi napas hilang dan ronkhi kasar, pekak pada saat perkusi

2.2.5 Manifestasi Klinis

a. Gejala respiraktori meliputi :

1) Batuk

Gejala batuk muncul lebih awal, ini yang paling umum, batuk disebabkan oleh iritasi bronkial, batuk ini diperlukan untuk mengeluarkan produk peradangan (Hulu *et al.*, 2020). Batuk dimulai dengan batuk kering (tidak produktif) dan setelah munculnya peradangan menjadi produktif (menghasilkan dahak), ini berlangsung lebih dari 3 minggu (Hulu *et al.*, 2020). Keadaan lanjut adalah batuk darah (hemoptisis), karena pembuluh darah pecah (Hulu *et al.*, 2020).

2) Batuk darah

Banyak darah yang dikeluarkan dalam berbagai lendir, dapat muncul sebagai garis atau coretan darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah yang sangat banyak (Hulu *et al.*, 2020). Tingkat keparahan batuk tergantung pada ukuran pembuluh darah yang pecah (Hulu *et al.*, 2020).

3) Gejala klinis haemoptoe (Hulu *et al.*, 2020):

a) Batuk darah

- (1) Batuk darah dan rasa panas di tenggorokan
- (2) Busa darah bila bercampur dengan udara
- (3) Darah segar berwarna merah muda
- (4) Darah bersifat basa
- (5) Kadang-kadang terjadi anemia
- (6) Uji benzidin negative

b) Muntah darah

- (1) Muntah darah dan mual
- (2) Darah bercampur dengan sisa makanan

- (3) Darah berwarna hitam karena bercampur dengan asam lambung
 - (4) Darah bersifat asam
 - (5) Anemia sering terjadi
 - (6) Uji benzidin positif
- c) Epitaksis
- (1) Darah mengalir dari hidung
 - (2) Batuk kadang keluar perlahan
 - (3) Darah berwarna merah segar
 - (4) Darah bersifat basa
 - (5) Anemia sering terjadi
- 4) Sesak nafas terjadi pada penyakit lanjut dimana penyusupan mencapai separuh dari paru-paru (Hulu *et al.*, 2020). Gejala ini terlihat bila kerusakan parenkim paru sangat luas atau karena disertai masalah lain seperti efusi pleura, pneumotoraks, anemia (Hulu *et al.*, 2020).
- 5) Nyeri dada pada tuberkulosis paru termasuk nyeri pleuritik ringan (Gannika, 2016). Gejala-gejala ini terjadi ketika sistem saraf pleura terpengaruh (Hulu *et al.*, 2020).

b. Gejala sistemik, meliputi (Hulu *et al.*, 2020)

1) Demam

Biasanya demam ringan yang menyerupai flu (Hulu *et al.*, 2020). Namun terkadang suhu bisa naik hingga 40-41°C (Hulu *et al.*, 2020). Keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi tuberkulosis (Hulu *et al.*, 2020).

2.2.6 Patofisiologi

Tuberkulosis paru, atau tuberkulosis paru, disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis*, yang ditularkan dari selaput lendir paru-paru orang yang terinfeksi melalui aerosol (Srisantyorini *et al.*, 2022). Ketika seseorang dengan tuberkulosis paru aktif batuk, bersin, atau meludah, droplet menyebar ke udara (Srisantyorini *et al.*, 2022). Dihirup oleh orang lain, tetesan infeksi

menumpuk di paru-paru dan organisme berkembang dalam 2-12 minggu (Srisantyorini *et al.*, 2022).

Kontak pertama *Mycobacterium tuberculosis* dengan hospes dapat menyebabkan infeksi tuberkulosis primer yang biasanya membentuk lesi tuberkulosis yang khas yaitu kompleks Ghon (Srisantyorini *et al.*, 2022). Kompleks Ghon adalah granuloma epiteloid dengan nekrosis kaseosa sentral (Srisantyorini *et al.*, 2022). Lesi ini paling sering ditemukan pada makrofagi alveolar bagian subpleural paru-paru (Srisantyorini *et al.*, 2022). Lesi awal dapat sembuh dengan sendirinya dan infeksi dapat menjadi laten (Srisantyorini *et al.*, 2022). Fibrosis terjadi ketika enzim hidrolitik melarutkan nodul dan lesi dikelilingi oleh kapsul fibrosa (Srisantyorini *et al.*, 2022). Nodul fibrotik ini sering mengandung mikobakteri dan memiliki potensi reaktivasi (Srisantyorini *et al.*, 2022).

Jika inang tidak mencegah infeksi awal, infeksi tuberkulosis primer dapat berlanjut, terutama di lobus tengah dan bawah paru-paru (Srisantyorini *et al.*, 2022). Sekresi purulen yang mengandung basil tahan asam (BTA) ditemukan di dahak dan jaringan paru-paru (Srisantyorini *et al.*, 2022). Namun, jika sistem kekebalan dapat menekan atau melawan infeksi TBC, infeksi TBC dapat menjadi infeksi laten (Srisantyorini *et al.*, 2022). Orang dengan infeksi tuberkulosis laten tidak dapat menularkan bakteri, tetapi infeksi laten dapat diaktifkan jika pejamu mengalami gangguan kekebalan (Srisantyorini *et al.*, 2022). Setelah itu infeksi menjadi infeksi tuberkulosis sekunder. Lesi tuberkulosis sekunder biasanya terletak di apeks paru-paru (Srisantyorini *et al.*, 2022).

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Zainita and Ekwantini, 2019) yang dilakukan pada penderita TB paru adalah:

a. Pemeriksaan Diagnostik

1) Pemeriksaan sputum

Pemeriksaan dahak sangat penting karena deteksi bakteri BTA dapat memastikan diagnosis tuberkulosis (Zainita and Ekwantini, 2019). Pemeriksaan

dahak dilakukan tiga kali, yaitu: Slime saat datang, slime di pagi hari, dan slime di kunjungan kedua. Dua hasil positif disebut sebagai apusan mikroskopis positif (Zainita and Ekwantini, 2019). Jika satu positif dan dua negatif, tes harus diulang (Zainita and Ekwantini, 2019). Hasil positif diperoleh pada pemeriksaan berikutnya, dalam hal ini disebut tes BTA negatif (Zainita and Ekwantini, 2019).

2) Ziehl-Neelsen (Pewarnaan terhadap sputum). Positif jika ditemukan bakteri tahan asam (Zainita and Ekwantini, 2019).

3) Skin test (PPD, Mantoux) Hasil tes mantoux dibagi menjadi (Zainita and Ekwantini, 2019):

a) Indurasi 0-5 mm (diameter), dalam hal ini tes Mantoux negatif atau hasilnya negatif (Zainita and Ekwantini, 2019).

b) Indurasi 6-9 mm (diameter), maka hasilnya diragukan 3) indurasi 10-15 mm, berarti hasil Mantoux positif (Zainita and Ekwantini, 2019).

c) Indurasi lebih besar dari 16mm menghasilkan Mantoux yang sangat positif (Zainita and Ekwantini, 2019).

d) Reaksi muncul 48-72 jam setelah injeksi antigen intradermal sebagai indurasi kemerahan yang terdiri dari infiltrasi limfositik, yaitu penyatuan antara antibodi dan antigen tuberkulin (Zainita and Ekwantini, 2019).

4) Rontgen dada

Menunjukkan lesi infiltratif di paru bagian atas, endapan kalsium dari lesi primer atau akumulasi cairan (Zainita and Ekwantini, 2019). Perubahan yang menandakan perkembangan tuberkulosis adalah adanya rongga dan area berserat (Zainita and Ekwantini, 2019).

b. Pemeriksaan histology / kultur jaringan Positif bila terdapat Mikobakterium Tuberkulosis (Zainita and Ekwantini, 2019).

1) Biopsi jaringan paru Menampakkan adanya sel-sel yang besar yang mengindikasikan terjadinya nekrosis (Zainita and Ekwantini, 2019).

2) Pemeriksaan elektrolit Mungkin abnormal tergantung lokasi dan beratnya infeksi (Zainita and Ekwantini, 2019).

3) Analisa gas darah (AGD) Mungkin abnormal tergantung lokasi, berat, dan adanya sisa kerusakan jaringan paru (Zainita and Ekwantini, 2019).

4) Tes fungsi paru

Penurunan kapasitas vital, peningkatan status fungsional, peningkatan rasio udara residual terhadap total kapasitas paru, dan penurunan saturasi oksigen akibat infiltrasi parenkim/fibrous, kehilangan jaringan paru, dan kelainan pleura (akibat tuberkulosis kronis) (Zainita and Ekwantini, 2019).

2.2.8 Penatalaksanaan

a. Tahap intensif (2-3 bulan)

Pada fase intensif (awal), pasien menerima pengobatan setiap hari dan dipantau secara ketat untuk mencegah kekebalan terhadap semua obat TB, terutama rifampisin (Aziz, 2019). Pengobatan fase intensif diberikan dengan tepat, biasanya pasien infeksi tidak menular dalam waktu 2 minggu (Aziz, 2019). Mayoritas pasien TB positif akan memiliki sampel negatif (konversi) pada akhir perawatan intensif (Aziz, 2019). Pemantauan ketat fase intensif sangat penting untuk mencegah munculnya resistensi obat (Aziz, 2019).

b. Tahap lanjutan (4-7 bulan)

Pada stadium lanjut, pasien menerima lebih sedikit obat, tetapi untuk jangka waktu yang lebih lama (Aziz, 2019). Tahap lanjut penting untuk membunuh bakteri bandel (tidak aktif) untuk mencegah kekambuhan (Aziz, 2019).

Pedoman pengobatan yang digunakan terdiri dari obat utama dan obat tambahan (Aziz, 2019). Jenis obat utama menurut rekomendasi WHO adalah rifampisin, INH, pirazinamid, streptosin dan etambutol (Aziz, 2019). Sedangkan jenis obat tambahannya adalah kanamisin, kuinolon, makrolida dan amoksisilin + asam klavulanat turunan dari rifampisin/INH (Aziz, 2019).

Jenis dan dosis OAT:

a. Isoniasid (H)

Dikenal sebagai INH, bersifat bakterisida dan dapat membunuh 90% populasi bakteri dalam beberapa hari pertama terapi (Aziz, 2019). Obat ini sangat efektif untuk orang dengan metabolisme aktif, yaitu bakteri yang tumbuh (Aziz,

2019). Dosis harian yang dianjurkan adalah 5 mg/kg, dengan pengobatan rutin 3 kali seminggu dengan dosis 10 mg/kg (Aziz, 2019).

b. Rifampisin (R)

Ini bersifat bakterisidal dan dapat membunuh bakteri semi-dorman (persisten) yang dapat dibunuh oleh isoniazid (Aziz, 2019). Dosis yang diberikan adalah 10 mg/kg dan pengobatan yang sama setiap hari dan teratur tiga kali seminggu (Aziz, 2019).

c. Pirasinamid (Z)

Ini bersifat bakterisidal, mampu membunuh bakteri yang ada dalam sel di lingkungan asam (Aziz, 2019). Dosis harian yang dianjurkan adalah 25 mg/kg, sedangkan untuk pengobatan intermiten dosis 35 mg/kg diberikan tiga kali seminggu (Aziz, 2019).

d. Streptomisin (S)

Bersifat bakterisida, dosis harian yang dianjurkan adalah 15 mg/kg, sedangkan pengobatan intermiten menggunakan dosis yang sama tiga kali seminggu (Aziz, 2019). Dosisnya adalah 0,75 mg/hari pada pasien di bawah 60 tahun dan 0,50 mg/hari pada pasien di atas 60 tahun (Aziz, 2019).

e. Etambutol (E)

Bertindak sebagai bakteriostat (Aziz, 2019). Dosis harian yang dianjurkan adalah 15 mg/kg, sedangkan dosis 30 mg/kg tiga kali seminggu digunakan untuk pengobatan intermiten (Aziz, 2019).

2.2.9 Komplikasi

Komplikasi berikut yang timbul pada penderita stadium lanjut menurut (Depkes RI):

- a. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.
- b. Kolaps dari lobus akibat rekraksi bronchial.
- c. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.

- d. Pneumothorak (adanya udara di dalam rongga pleura) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
- e. Penyebab infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persenen, dan ginjal.
- f. Insufisiensi kadio pulmoner (cardio pulmonary inefficiency).

Penyakit tuberculosis paru bila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi (Suprpto, 2018). Komplikasi di bagi atas komplikasi dini dan komplikasi lanjut (Suprpto, 2018).

a. Komplikasi dini (Suprpto, 2018):

1) Pleuritis

Adalah inflamasi atau peradangan pleura, pleuritis dapat disebabkan oleh infeksi, cedera atau tumor, keadaan ini bisa terjadi sebagai komplikasi dari penyakit paru khususnya pneumonia atau kadang-kadang dari penyakit TB (Suprpto, 2018). Abses paru atau influenza gejalanya berupa batuk, panas, menggigil, nyeri yang tajam serta menusuk yang bertambah parah ketika pasien menarik napas dan pernapasan yang cepat serta dangkal (Suprpto, 2018).

2) Efusi pleura

Tipe pleuritis yang ditandai oleh implamasi dan eksudasi cairan serosa dalam kavum pleura (Suprpto, 2018).

3) Empiema

Pengumpulan pus dalam sebuah rongga, istilah ini paling sering digunakan pada rongga pleura (Suprpto, 2018).

4) Laringitis

Implamasi selaput mukosa laring yang bisa akut atau kronis, laringitis dapat menyertai demam, selesma, merokok, dan terkena asap yang mengiritasi laring (Suprpto, 2018).

b. Komplikasi lanjut (Suprpto, 2018):

1) Obstruksi jalan napas

2) Kerusakan parengkim berat

3) Amiloidosis

Penimbunan glikoprotein seperti malam (lilin) yang disebut amiloit dan terjadi pada berbagai organ seperti jantung, ginjal serta hati. Amiloidosis bisa

terjadi primer atau sekunder kalau menyertai kelainan malignan infeksi kronis dan inflamasi (Suprpto, 2018).

4) Karsinoma paru (Tumor atau Kanker Paru)

5) MDR

Multi Drug-Resistant Tuberculosis (MDR-TB) berupa keadaan dimana tubuh resisten terhadap minimal 2 obat anti tuberkulosis (OAT) yaitu Rifampisin dan Isoniazid, dimana kedua obat tersebut adalah obat penting yang digunakan dalam terapi TB paru (Aziz, 2019).

Pengobatan TB berbeda dengan pengobatan MDR-TB (Aziz, 2019). Pengobatan MDR-TB sudah tidak menggunakan OAT lini I melainkan menggunakan OAT lini II yang memiliki 5 golongan obat, yaitu (Aziz, 2019):

- a) Kelompok 1 (OAT lini I oral) yaitu Pirazinamid dan Ethambutol (Aziz, 2019).
 - b) Kelompok 2 (OAT suntik) yaitu Kanamisin, Amikasin dan Krapeomisin (Aziz, 2019).
 - c) Kelompok (fluorokuinolon), 3 yaitu Levofloksasin dan Miksofloksasin (Aziz, 2019).
 - d) Kelompok 4 (OAT lini II oral), yaitu para-amino salisilat, Sikloserin dan Ethionamid (Aziz, 2019).
 - e) Kelompok 5 (masih belum jelas manfaatnya untuk pengobatan TB resisten) yaitu Klofazimin, Linezolid, Amoxicillin/Klavulanat, Imipenem/Cilastatin, Isoniazid dosis tinggi, Klaritromisin, Tioasetazon dan Bedaquilin (Aziz, 2019).
- 6) XDR

Extensively drugresistant (XDR)-TB merupakan sub kelompok MDR-TB dengan basil tambahan yang resisten terhadap segala jenis fluroquinolone dan setidaknya salah satu dari tiga suntikan, kanamisin (KM), amikasin (PM) dan kapreomisin (Siregar, 2019).

XDR-TB dapat ditularkan melalui bakteri yang disebarkan oleh orang yang sudah terkena resistensi obat (Siregar, 2019). Jalan kedua perkembangan XDR-TB adalah dari pasien sendiri yang berkembang menjadi resisten (Siregar, 2019). Hal ini dapat terjadi pada putus obat OAT atau pengobatan tidak terkontrol (Siregar, 2019).

Diagnosis XDR-TB ditegakkan dengan uji sensitivitas obat atau drug susceptibility testing (DST), bukan sekedar berdasarkan gambaran foto toraks dan adanya faktor resiko yang ada pada seseorang (Siregar, 2019). Untuk mengevaluasi resistensi obat, dibutuhkan bakteri untuk dibudidayakan dan diuji di laboratorium yang sesuai (Siregar, 2019). Diagnosis akhir dengan cara ini untuk TB, dan terutama untuk XDR-TB, dibutuhkan waktu 6 sampai 16 minggu (Siregar, 2019). Namun, DST memiliki keterbatasan yaitu tekniknya kompleks, sulit untuk dilakukan secara akurat bahkan dengan tenaga terampil dan fasilitas laboratorium berstandar tinggi (Siregar, 2019).

World Health Organization telah merancang strategi *Directly Observed Treatment Short Course (DOTS-Plus)* untuk mengelola TB M/XDR di negara-negara miskin sumber daya. DOTS-Plus adalah komponen integral dari RNTCP (*Revisi National Tuberculosis Programme*) untuk mengelola M/XDR-TB (Siregar, 2019). RNTCP di bawah DOTS-Plus akan menggunakan rejimen pengobatan standar (STR) kategori IV, yang terdiri dari 6 obat (kanamisin, levofloxacin, etionamid, sikloserin, pirazinamid, dan etambutol) selama 6-9 bulan fase intensif dan 4 obat (levofloxacin, ethionamide, cycloserine, dan ethambutol) selama 18 bulan dari fase lanjutan (Siregar, 2019). Asam P-aminosalisilat (PAS) termasuk dalam rejimen sebagai obat pengganti jika ada obat bakterisidal (kanamisin, levofloxacin, pirazinamid, atau etionamida) atau 2 obat bakteriostatik (etambutol dan sikloserin) tidak dapat ditoleransi (Siregar, 2019). Rejimen IV ini sangat cocok untuk negara dengan prevalensi TB tinggi dan juga negara berpenghasilan rendah hingga menengah (Siregar, 2019). Obat suntik harus diberikan setidaknya 6 bulan dan seluruh durasi pengobatan minimal 18 bulan setelah konversi dahak (Siregar, 2019). Pengobatan lini kedua yang sepenuhnya standar telah terbukti layak dan hemat biaya dalam pengobatan M / XDR-TB (Siregar, 2019).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian menurut (Hidayat, 2021) meliputi :

a. Identitas klien

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah ada kebiasaan merokok, apakah pernah menderita gangguan pernapasan (kapan, berapa lama, pengobatan apa yang dilakukan, keadaan lingkungan, daerah industry, daerah polusi), apakah ada riwayat pada keluarga (Hidayat, 2021).

2) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji kesehatan yang dirasakan klien pada saat anamnesa, seperti penjabaran dari riwayat adanya gangguan pernapasan yang dirasakan (Hidayat, 2021).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Mengkaji ada tidaknya salah satu keluarga yang mengalami penyakit yang sama ada atau tidaknya riwayat saluran nafas atas yang berulang dan riwayat alergi pada keluarga (Hidayat, 2021).

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum pasien

Lakukan inspeksi, palpasi, perkusi, maupun auskultasi focus pada bagian dada (Hidayat, 2021).

2) Kaji nutrisi, eliminasi, aktivitas dan perawatan diri (Hidayat, 2021).

2.3.2 Tugas Keluarga

Fokus pengkajian menurut (Hidayat, 2021) meliputi :

a. Perilaku kesehatan cenderung beresiko

1) Keluarga mampu mengenali masalah : mengembangkan materi pendidikan sesuai dengan tingkat pengetahuan klien (Hidayat, 2021).

2) Keluarga mampu mengambil keputusan mengenai masalah klien : memberikan informasi yang diminta oleh pasien (Hidayat, 2021).

3) Keluarga mampu merawat anggota yang sakit : menganjurkan pernapasan dan batuk yang sesuai, menganjurkan klien dan keluarga untuk tidak tidur dilantai, meningkatkan istirahat, meningkatkan intake nutrisi, menganjurkan klien etika batuk yang benar, menggunakan demonstrasi/ ulang demonstrasi partisipasi

peserta dan manipulasi bahan ketika mengajar keterampilan psikomotorik (Hidayat, 2021).

- 4) Keluarga mampu memodifikasi lingkungan untuk mencegah terjadinya infeksi pada anggota keluarga lainnya : menentukan sumber daya keuangan, menentukan status pendidikan, merencanakan kegiatan pencegahan resiko (Hidayat, 2021).
- 5) Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat untuk mendapatkan pengobatan : menentukan apakah pasien memiliki pengetahuan memadai mengenai kondisi kesehatan (Hidayat, 2021).

2.3.3 Riwayat Keluarga

Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

a. Riwayat kesehatan keluarga inti

Dengan menjelaskan dalam riwayat kesehatan inti adalah merupakan riwayat inti dalam kesehatan dari anggota keluarga inti dengan Perhatian terhadap pengalaman keluarga dengan upaya pencegahan penyakit, upaya, dan pelayanan medis yang sudah ada.

b. Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya (generasi di atasnya)

Menjelaskan riwayat kesehatan dari generasi anggota keluarga yang mengalami riwayat penyakit tuberculosis seperti ketidakpatuhan minum obat dengan upaya penanggulangan dan upaya kesehatan yang sedang dipertahankan.

2.3.4 Pengkajian Lingkungan Keluarga

a. Karakteristik rumah

Cara memodifikasi lingkungan fisik yang baik seperti lantai rumah, penerangan dan ventilasi yang baik dapat mengurangi factor penyebab terjadinya tuberculosis

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan kesehatan dari setiap anggota keluarga secara individu yang dilakukan tidak berbeda jauh dengan pemeriksaan yang ada di klinik atau rumah sakit seperti meliputi dari : pengkajian kebutuhan dasar individu, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan.

c. Keluhan utama

Terkadang pasien mengalami sesak pada dada disertai dengan batuk

d. Riwayat penyakit sekarang

Biasanya yang sering dirasakan klien nyeri dada dan terasa nafas berat saat klien dalam keadaan aktivitas yang dilakukan seperti hari-harinya.

e. Riwayat penyakit dahulu

Adanya dengan riwayat penyakit tuberculosis, dimana dalam pengkajian terkait pemakaian obat-obatan yang sering digunakan oleh klien, seperti pemakaian obat Rifampisin, INH, Pirasinamid, Streptosin, Etambutol dan lainnya. Serta riwayat merokok, penggunaan alcohol.

f. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat penyakit keluarga yang menderita tuberculosis, diabetes mellitus, atau adanya riwayat gangguan pernafasan dari generasi sebelumnya.

2.3.5 Diagnosa Keperawatan Keluarga

a. Diagnosis Keperawatan Keluarga

1) Diagnosa keperawatan keluarga yang ditampilkan saat ini beresiko tinggi dan berhasil dengan penjelasan sebagai berikut.:

2) Actual (defisit/gangguan kesehatan).

Bahwa di jelaskan masalah ini nyata dengan sesuai data yang ditemukan seperti ciri dari pengkajian tanda dan gejala dari gangguan kesehatan seperti, perubahan status nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

3) Resiko (ancaman kesehatan).

Dari data sudah ada yang menunjang tetapi belum terjadi gangguan, misalnya karena lingkungan rumah kurang bersih, pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat seperti resiko terjadi adanya konflik pada keluarga dengan mengenal masalah komunikasi.

4) Wellness (Keadaan sejahtera)

Dalam situasi di mana keluarga makmur, itu dapat ditingkatkan dan makhluk tertentu untuk diagnosis keperawatan potensial (kebahagiaan) mungkin tidak menggunakan penyebabnya.

2.3.6 Diagnosa Keperawatan Keluarga Menurut SDKI

a. Masalah

Konsep Diagnosa Keperawatan Ketidakpatuhan : Minum obat

Kategori : perilaku

Subkategori : penyuluhan dan pembelajaran

Kode : D.01114

b. Definisi Ketidakpatuhan

Perilaku individu dan atau pemberi asuhan tidak mengikuti rencana perawatan atau pengobatan yang disepkati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan hasil perawatan atau pengebotan tidak efektif.

c. Etiologi dan Penyebab

- 1) Disabilitas (misalnya penurunan daya ingat, defisit sensorik atau motorik)
- 2) Efek samping program perawatan atau pengobatan
- 3) Lingkungan terapeutik
- 4) Program terapi kompleks dan atau lama
- 5) Hambatan mengakses pelayanan kesehatan (misalnya gangguan mobilisasi, masalah transportasi, ketiadaan orang merawat anak di rumah, cuaca tidak menentu)
- 6) Program terapi tidak ditanggung asuransi
- 7) Ketidakdekuatan pemahaman (sekunder akibat defisit kognitif, kecemasan, gangguan penglihatan atau pendengaran)

d. Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- 1) Menolak menjalani perawatan atau pengobatan
- 2) Menolak mengikuti anjuran

Objektif

- 1) Perilaku tidak mengikuti program perawatan atau pengobatan
- 2) Perilaku tidak menjalankan anjuran

e. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- 1) Tidak tersedia

Objektif

- 1) Tampak tanda dan gejala penyakit atau masalah kesehatan masih ada atau meningkat
- 2) Tampak komplikasi penyakit atau masalah kesehatan menetap atau meningkat

f. Kondisi klinis terkait

- 1) Kondisi baru terdiagnosis penyakit
- 2) Kondisi penyakit kronis
- 3) Masalah kesehatan yang membutuhkan perubahan pola hidup

g. Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan

Tabel 2.1 Penentuan Skoring

No	Kriteria	Skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
	Sifat masalah				
	Aktual (Tidak/kurang sehat).	3	1		
	Ancaman kesehatan	2			
	Keadaan sejahtera	1			
	Kemungkinan masalah dapat diubah				
	Mudah		2		
	Sebagian	2			
	Tidak dapat	1			
		0			
No	Kriteria	Skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
	Potensi masalah untuk dicegah				
	Tinggi	3	1		
	Sedang	2			
	Rendah	1			
	Menonjolnya masalah				
	Masalah berat harus segera ditangani	2	1		
	Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani				
	Masalah tidak dirasakan	1			
		0			

Skoring : $\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$

Catatan : Skor dihitung dengan keluarga

Nilai bobot (1-2-1-1) di atas merupakan opini dan tidak dapat diganti dengan angka 3.4 atau angka lainnya. Skor maksimum adalah 5 (berat maksimum = $1 + 2 + 1 + 1 = 5$)

1) Kriteria 1

Pada sifat masalah ini diberikaan saat ada yang lebih berat atau ada kurangnya sehat itu bisa digunakan sebagai bahan pertama dalam membutuhkan tindakan segera dan akan dirasakan serta disadari oleh keluarga.

2) Kriteria 2

Adanya kemungkinan dapat diubah serta juga memperhatikan pada perawat itu sangat perlu karena keterbatasan faktor-faktor sebagai berikut :

- a) Dengan adanya pengetahuan yang sudah ada sampai sekarang akan bisa didapatkan dari teknologi dan tindakan dalam menangani masalah kesehatan.
- b) Dengan adanya dari sumber daya keluarga bisa dilihat atau dibentuk dari segi keuangan, segi fisik, dan tenaga.
- c) Dengan adanya sumber daya perawat bisa didapatkan atau bisa dilihat dari pengetahuan, keterampilan dan waktu.
- d) Dengan sumber daya masyarakat bisa dilihat atau dibentuk dari fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan dukungan masyarakat.

3) Kriteria 3

Dengan adanya potensi masalah yang bisa dicegah dan faktor-faktor yang perlu diperhatikan antara lain adalah :

- a) Dari adanya masalah kepelikan dapat menghubungkan adanya penyakit atau masalah lainnya.
- b) Dengan adanya masalah yang begitu lama akan menghubungkan dalam jangka waktu masalah itu masih ada
- c) Dari adanya tindakan yang bisa didapatkan yaitu dengan menjalankan tindakan yang tepat sehingga bisa memperbaiki masalah.
- d) Dengan adanya kelompok “high risk” atau disebut dengan kelompok yang peka bisa juga menambahkan potensi dalam mencegah masalah.

4) Kriteria 4

Dari menonjolnya masalah bisa juga perawat menilai bagaimana atau melihat persepsi keluarga dengan masalah kesehatannya dan nilai skor yang tertinggi lebih didahulukan intervensi keperawatan keluarga.

2.3.7 Intervensi Keperawatan

Dengan adanya tujuan memberikan pasien langkah-langkah yang tepat untuk memprioritaskan masalah perawatan keluarga, mereka akan terus memilih untuk mengembangkan rencana perawatan keluarga yang memenuhi kebutuhan mereka .

a. Penetapan tujuan

1) Tujuan jangka panjang

Tujuan umum ini memungkinkan klien mencapai kemandirian dan menjadikan keluarga sebagai tujuan perawatan keluarga.. Dari adanya bentuk masalah ini akan melakukan tindakan keperawatan selama 3 kali kunjungan atau tatap muka yang didapatkan.

SLKI : Tingkat kepatuhan kode L.12110

a) Definisi : Perilaku individu atau pemberi asuhan dalam mengikuti rencana perawatan atau pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga hasil perawatan atau pengobatan efektif.

b) Ekspetasi meningkat

c) Kriteria Hasil :

Tabel 2.2 Kriteria Hasil

		Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Verbalisasi mematuhi program perawatan atau pengobatan	kemauan	1	2	3	4	5
Verbalisasi anjuran	mengikuti	1	2	3	4	5
		Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Resiko penyakit atau kesehatan	komplikasi atau masalah	1	2	3	4	5
		Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Perilaku program perawatan atau pengobatan	mengikuti	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Perilaku menjalankan anjuran	1	2	3	4	5
Tanda dan gejala	1	2	3	4	5

Sumber: (PPNI, 2018)

2) Tujuan jangka pendek

Di bawah tekanan situasi sehari-hari, ia dapat menghubungkan situasi yang berpotensi mengancam jiwa, mengelola lima tugas kesehatan keluarga, dan melakukan perilaku keperawatan yang diharapkan dari keluarga.

Indikator perilaku.:

- a) Bisa melaporkan bagaimana strategi penggunaan yang untuk menghilangkan perilaku yang membuat tidak sehat dan tidak akan memaksimalkan kesehatannya.
- b) Bisa menjelaskan alasan penyimpangan
- c) Bisa menimbang antara resiko atau keuntung yang bisa didapatkan dalam melakukan perilaku kesehatan.
- d) Bisa menggunakan pelyanan kesehatan yang sudah sesuai dengan kebutuhannya.
- e) Bisa mematuhi dalam pengobatan dan melakukan dalam program penanganan.

a. Penetapan Kriteria dan Standart

1) Kriteria

Yaitu merupakan gambaran dari faktor yang menunjukkan tercapainya tujuan dalam tiga domain (afektif) sikap, kognitif (pengetahuan) dan psikomotor.

2) Standart

Pentingnya intrvensi itu sangat bergantung dengan etiologi. Intervensi ketidakpatuhan menurut SIKI adalah sebagai berikut.

3) Dukugan Kepatuhan Program Pengobatan

Observasi :

Dengan adanya mengidentifikasi kepatuhan klien dalam menjalani program pengobatan

Terapeutik :

- a) Adanya komitmen dalam melakukan perjanjian yaitu dengan menjalankan program pengobatan dengan baik.

- b) Dengan adanya pembuatan jadwal agar keluarga dapat mendampingi pasien atau keluarga yang lain tidak bisa mendampingi bisa dilakukan dengan secara bergantian saat pasien menjalani, jika perlu
- c) Dalam melakukan aktivitas yang dapat didokumentasi selama menjalani proses pengobatan.
- d) Mendiskusikan hal-hal yang dapat membantu atau menghambat kemajuan program pengobatan sehingga keluarga dapat terlibat dalam mendukung program yang dilaksanakan.

Edukasi

- a) Memberi informasi adanya pengobatan yang harus dijalani.
- b) Memberi informasi betapa manfaatnya jika teratur dalam menjalani program pengobatan.
- c) Memberi anjuran kepada keluarga selalu mendampingi dan juga merawat pasien selama program pengobatan.

2.3.8 Implementasi Keperawatan

Melaksanakan asuhan keluarga adalah suatu proses yang diwujudkan dengan adanya rencana atau intervensi yang menggunakan berbagai sumber dalam keluarga, menjadikan keluarga mandiri dalam bidang kesehatan .

Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan

Observasi :

- a. Dapat mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan

Terapeutik :

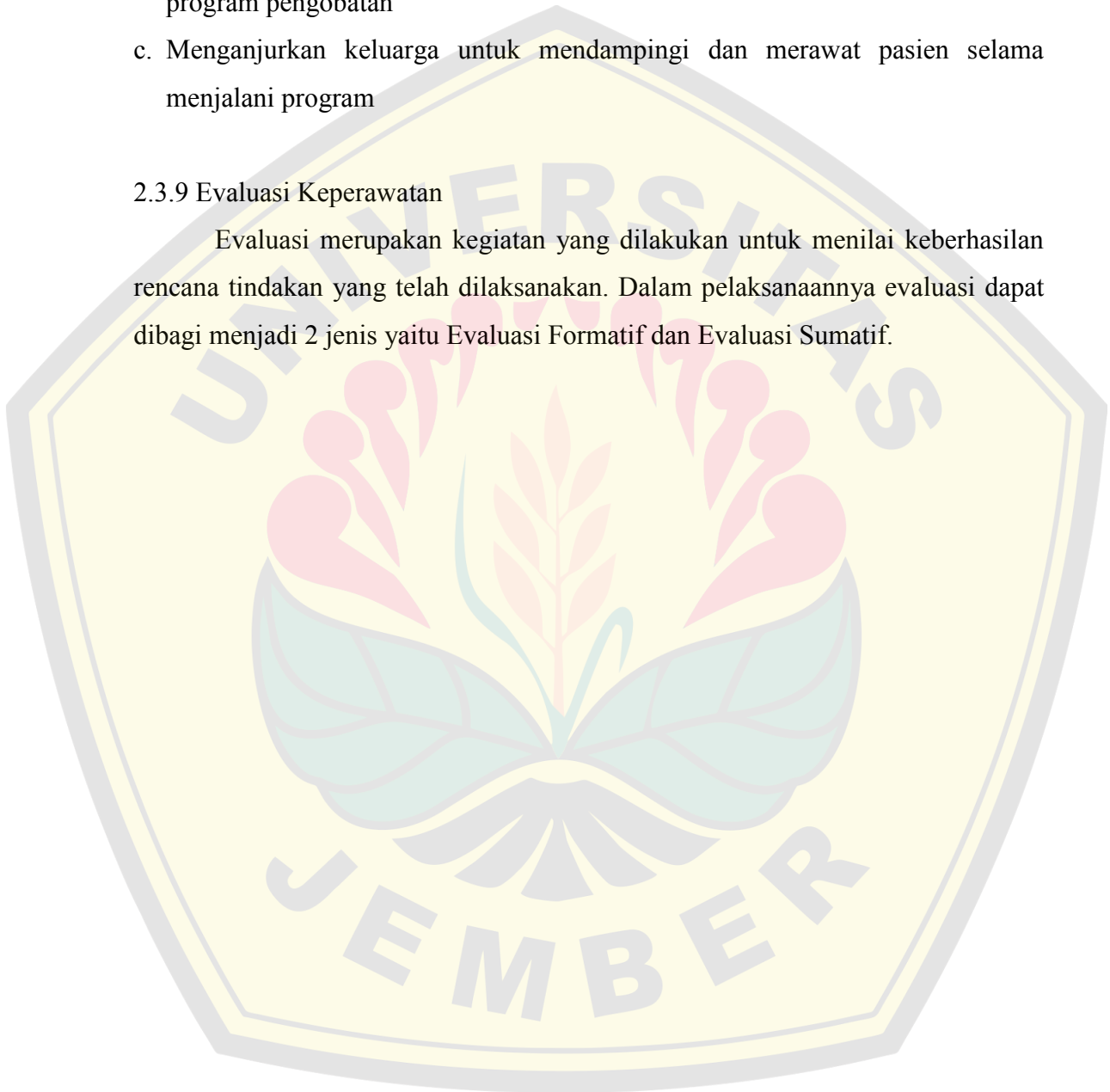
- a. Menjalani program pengobatan dengan baik
- b. Membuat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani program pengobatan, jika perlu
- c. Mendokumentasikan aktivitas selama menjalani proses pengobatan
- d. Mendiskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau mengganggu pelaksanaan program pengobatan dan melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dilaksanakan.

Edukasi

- a. Menginformasikan program pengobatan yang harus dijalani
- b. Mengonformasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan
- c. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program

2.3.9 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Dalam pelaksanaannya evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu Evaluasi Formatif dan Evaluasi Sumatif.



BAB 3. METODE PENULISAN

Pada bab ini, penulis membahas tentang terkait tinjauan metode penulisan pada *literature review* meliputi pencarian literatur, kriteria inklusi dan eksklusi, serta seleksi studi dan penilaian kualitas.

3.1 Strategi Pencarian Literatur

3.1.1 Protokol dan Registrasi

Ringkasan dari keseluruhan di dalam *literature review* ini membahas terkait Dukungan Keluarga Terhadap pengobatan Pasien Tuberkulosis. Tujuan *literature review* ini untuk menganalisis artikel jurnal yang berhubungan dengan Dukungan Keluarga Terhadap pengobatan Pasien yang menderita *Tuberculosis* dari *literature review* ini menggunakan seleksi studi yang akan ditemukan dengan alur bagan sesuai dengan tujuan dari *literature review*.

3.1.2 Database Pencarian

Literature review merupakan ringkasan keseluruhan dari beberapa studi penelitian berdasarkan tema tertentu. Pencarian *literature* dilakukan pada bulan Juli 2022. Data yang di ambil untuk menyusun *literature review* diperoleh menggunakan data sekunder dari hasil penelitian terdahulu. Artikel yang dipilih adalah artikel jurnal nasional dan internasional yang sesuai dengan topik yang ditentukan. Penulis berencana melakukan pengumpulan data pada database elektronik seperti *PubMed*, *Garuda*, dan *Google Scholar*.

3.1.3 Kata Kunci

Pencarian artikel jurnal dalam *literature review* ini menggunakan kata kunci atau *keyword* pada database artikel ilmiah. Penulis menggunakan pendekatan PICO pada kata kunci yang akan digunakan lalu dikombinasikan dengan boolean operator (AND, OR, NOT) untuk menspesifikasikan pencarian, sehingga menentukan artikel yang akan digunakan menjadi lebih mudah. Penulis menggunakan kata kunci yang akan digunakan sebagaimana tercantum pada tabel 3.1 berikut.

Tabel 3.1 Kata Kunci

Database Elektronik	Kata Kunci	Hasil
Pubmed	Family Support AND Treatment AND Patient AND <i>Tuberculosis</i>	11,149
Garuda	Dukungan "keluarga terhadap pengobatan" AND <i>tuberculosis</i>	1
Scholar	Dukungan "keluarga terhadap pengobatan" AND <i>tuberculosis</i>	58

Berdasarkan kata kunci pencarian pada tabel diatas, penulis akan mencari artikel atau jurnal dengan menggunakan kata kunci, antara lain :

- a. Family Support AND Treatment AND Patient AND *Tuberculosis*
- b. Dukungan "Keluarga Terhadap Pengobatan" AND *Tuberculosis*

3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Strategi penulis dalam mencari artikel jurnal memakai PICOS, yang terdiri dari :

3.2.1 *Population/problem* adalah masalah atau populasi yang dibahas sesuai topik dalam *literature review*, yang akan dianalisis adalah Perawat.

3.3.2 *Intervention* adalah metode tatalaksana yang akan digunakan untuk menghadapi masalah pada *literature review*. Penelitian ini menggunakan caring untuk menangani masalah sesuai topic.

3.3.3 *Comparison* adalah metode intervensi lain yang digunakan sebagai pembandingan terhadap penatalaksanaan dengan menghadapi masalah pada *literature review*.

3.3.4 *Outcome* merupakan hasil yang didapatkan pada studi terdahulu yang sesuai dengan topic *literature review*. Penelitian ini menggunakan artikel atau jurnal yang mendukung tentang peran keluarga terhadap pengobatan pasien *tuberculosis*.

3.3.5 *Study Design* adalah desain penelitian yang dipakai dalam artikel jurnal yang di-*review*. Desain studi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kualitatif, *Cross Sectional*.

Kriteria yang penulis tetapkan pada inklusi dan eksklusi dalam mencari artikel atau jurnal, sebagaimana tercantum pada tabel 3.2.

Tabel 3.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria	Inklusi	Eksklusi
<i>Population</i>	Pasien Tuberkulosis	Selain Pasien Tuberkulosis
<i>Intervention</i>	Dukungan Keluarga	
<i>Comparators</i>	Tidak menggunakan pembanding	Tidak menggunakan pembanding
<i>Outcomes</i>	Kepatuhan pasien Tuberkulosis Paru dalam melaksanakan pengobatan	Ketidakepatuhan pasien Tuberkulosis Paru dalam melaksanakan pengobatan
<i>Study Design and Publication Type</i>	Cross Sectional	<i>Systematic review, Quasy experiment, case study, Randomized Controlled Trial</i>

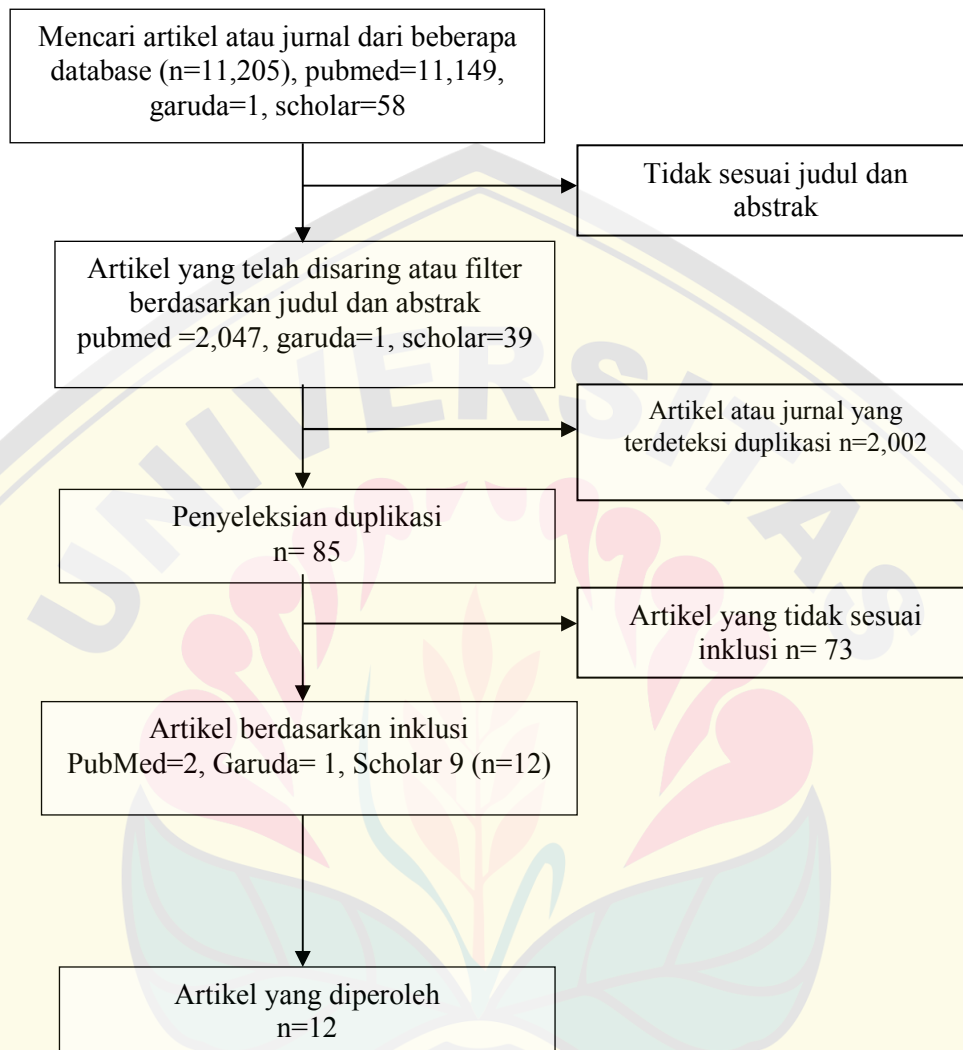
Selain kriteria inklusi yang penulis sebutkan dalam tabel diatas, penulis juga menambahkan beberapa kriteria inklusi untuk menspesifikkan pencarian sehingga menjadi lebih mudah, sebagaimana berikut :

- a. Artikel atau jurnal dipublish dari tahun 2017 – 2022
- b. Artikel atau jurnal dalam bentuk full text
- b. Artikel atau jurnal menggunakan bahasa inggris atau bahasa indonesia

3.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas

3.3.1 Seleksi Studi

Alur dari strategi pencarian dalam studi *literature* ini diawali dengan mencari artikel atau jurnal dari beberapa database. Setelah itu, artikel atau jurnal yang sudah ditemukan dilanjut dengan menyeleksi berdasarkan judul dan abstrak, dari hasil penyeleksian judul dan abtrak tersebut dilanjut dengan melakukan penduplikasian ada tidaknya duplikasi pada judul artikel atau jurnal tersebut. Kemudian menyeleksi artikel atau jurnal berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditentukan penulis, dan dari hasil penyeleksian tersebut penulis akan melakukan critical appraisal untuk menilai dan mengetahui kualitas dari artikel atau jurnal yang telah di temukan. Setelah melalui tahapan-tahapan tersebut maka artikel atau jurnal yang ditemukan dengan jumlah akhir siap untuk direview. Alur dari seleksi studi tercantum sebagaimana pada gambar 3.1 berikut.



Gambar 3.1 Alur Seleksi Studi

Tabel 3.3 Theoretical Mapping

Author	Judul	Desain	Sampel	Intervensi	Hasil	Instrumen Penelitian	Analisa
(Apriyeni and Patricia, 2021)	Dukungan Keluarga Terhadap Efikasi Diri Penderita Tuberkulosis Paru	<i>Cross Sectional</i>	30 orang dengan teknik total sampling	Dukungan keluarga pada penderita dilihat dari peran keluarga dalam mendorong kesembuhan dan perannya sebagai PMO. Keluarga harus mendorong kesembuhan penderita dengan baik. Dorongan dan bantuan dari PMO akan memunculkan hubungan yang berkualitas dan dapat mempengaruhi kesembuhan.	Menurut asumsi peneliti dukungan keluarga terhadap penderita TB banyak kurang baik disebabkan karena responden sebagai ibu rumah tangga dan sering tinggal ditinggalkan anggota keluarga lainnya yang bekerja sehingga keluarga tidak memiliki waktu untuk memberikan dukungan. Hasil penelitian menunjukkan proporsi responden yang memiliki efikasi diri kurang baik lebih banyak pada responden dengan dukungan keluarga yang kurang baik (93,8%).	Kuesioner dukungan keluarga dan efikasi diri	Uji <i>Chi-Square</i>
(Chen <i>et al.</i> , 2020)	The Effects of Family, Society and National Policy Support on Treatment Adherence Among Newly Diagnosed Tuberculosis Patients: A Cross-Sectional Study	<i>Cross Sectional</i>	Sebanyak 485 pasien diwawancarai dalam penelitian ini, 4 di antaranya tidak menyelesaikan wawancara, dan tingkat respons adalah 99,2%. Pada akhirnya, penelitian ini melibatkan 481 pasien.	Bagian dukungan keluarga terdiri dari 4 pertanyaan, meliputi pengawasan pengobatan, dorongan spiritual, hubungan antar anggota keluarga, dan bantuan untuk memecahkan masalah dalam kehidupan sehari-hari.	Tabel 2 menunjukkan bahwa keluarga yang mengawasi pengobatan, dorongan spiritual keluarga, dan hubungan anggota keluarga berbeda secara signifikan pada kelompok yang berbeda dengan analisis univariat ($P < 0,05$).	Skala Kepatuhan Obat Morisky delapan item (MMAS-8) [22]. Skala ini adalah salah satu cara paling sederhana untuk mengukur kepatuhan pengobatan pasien.	Uji <i>Chi-Square</i>
(Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019)	Hubungan Antara Pengetahuan, Motivasi Pasien dan Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis (OAT) Pada Penderita	<i>Cross-Sectional</i>	Populasi adalah seluruh penderita penyakit TB Paru dengan BTA Positif yang berkunjung ke di Puskesmas Pasundan Kota	Salah satu fungsi keluarga untuk mendukung anggota keluarga yang sakit dengan berbagai cara, seperti memberi dukungan dalam mengkonsumsi obat.	Hasil penelitian tidak ada hubungan pengetahuan terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis ($p \text{ value} : 0,056 > \alpha : 0,05$), tidak ada hubungan motivasi pasien terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis (OAT)	Tidak dijelaskan	Uji <i>Chi-Square</i>

	Penyakit TB Paru			Samarinda dari bulan Januari sampai Oktober tahun 2018 dengan jumlah 31 penderita.		(p value : 0,057 > α : 0,05) dan ada hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis (OAT) (p value : 0,002 < α : 0,05).		
(Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018)	Hubungan Keluarga Dengan Efikasi Diri Penderita Tuberculosis Multidrug Resistant (TB-MDR) Di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik	Dukungan Dengan Penderita	<i>Cross Sectional.</i>	Sampel adalah klien TB-MDR yang sedang menjalani program pengobatan di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik sebanyak 15 orang.	Secara fungsional dukungan mencakup emosional berupa ungkapan perasaan, memberi nasihat atau informasi, dan pemberian bantuan material. Dukungan juga terdiri atas pemberian informasi secara verbal atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran keluarga mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima.	Berdasarkan hasil tersebut, diketahui bahwa nilai p-value atau Sig. (2-tailed) pada Spearman Rho Test sebesar 0,120 yang lebih dari taraf signifikan $\alpha=0,05$. Hal ini menyebabkan penerimaan hipotesis nol (H0) yang menyatakan bahwa tidak terdapat korelasi atau hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dan Efikasi Diri.	Kuesioner	Uji Statistik <i>Spearman Rho</i>
(Herawati, Abdurakhman and Rundamintasih, 2020)	Peran Keluarga, Kesehatan dan Perceived Stigma dalam Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberculosis Paru	Dukungan Petugas dan Stigma Penderita	<i>Cross Secstional.</i>	Populasi penelitian sebanyak 31 responden penderita Tuberculosis di wilayah UPT Puskesmas Kejaksan Kota Cirebon Tahun 2019.	Kesadaran untuk sembuh dari penyakitnya merupakan dasar klien berperilaku mencegah dan patuh terhadap pengobatan. Sehingga langkah yang paling tepat agar berhasil dalam pengobatan, diperlukan kepatuhan dalam minum obat anti tuberkulosis secara teratur dan pengawas	Berdasarkan hasil penelitian diperoleh nilai p= 0,007 artinya ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada penderita TB Paru	Kuesioner	Uji Statistik <i>Chi-Square</i>

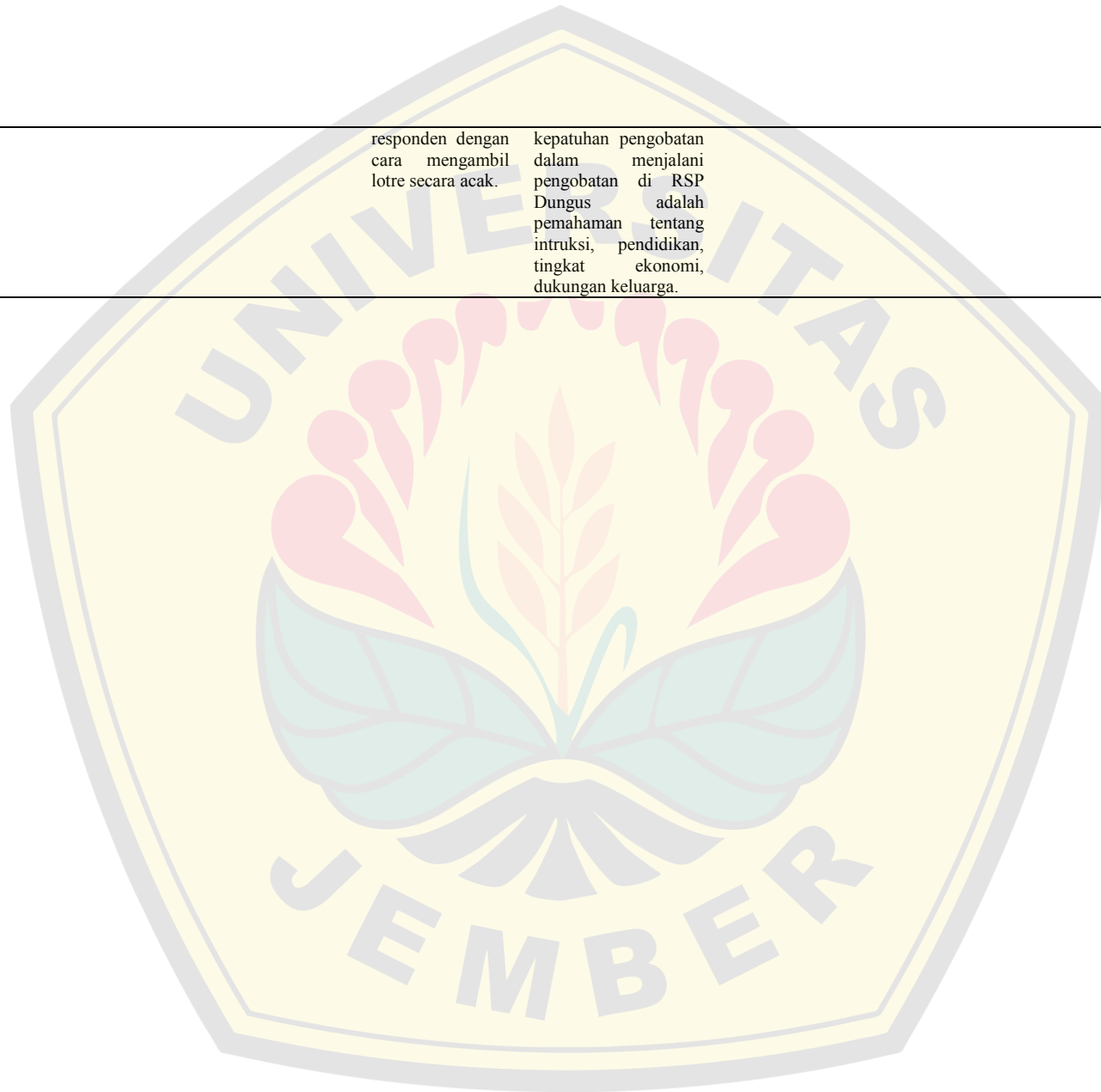
				minum obat yang efektif dalam hal ini adanya peran baik keluarga dan petugas kesehatan. Dukungan keluarga sangat menunjang keberhasilan pengobatan TB Paru. Dukungan keluarga yang diperlukan untuk mendorong pasien TB Paru dengan menunjukkan kepedulian dan simpati.			
(Mando, Widodo and Sutriningsih, 2018)	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien TB di Puskesmas Janti Kota Malang	<i>Cross Sectional.</i>	Besar sampel 35 pasien di Puskesmas Janti Kota Malang dengan teknik total sampling.	Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dari 35 responden sebanyak 71,42 % dinyatakan dukungan baik. Dukungan yang baik ini salah satunya disebabkan oleh faktor tahap perkembangan. Yang dimaksud adalah umur dimana di dapat data sebanyak 54,3% berumur >35 tahun ke atas. Kalau kita kaitkan dengan umur responden yang sebagian besar merupakan 35 tahun ke atas, ini kaitannya dengan kedewasaan responden dimana yang dimaksud adalah komunikasi dan interaksi antara keluarga mengenai	Hasil uji statistik penelitian sebanyak 65,7% pasien mendapat dukungan baik dan 91,4% pasien dikatakan patuh. Hasil analisis bivariat menunjukkan Sig.(2-tailed) 0,972 > α 0,05.	Kuesioner <i>Closed Ended Question</i>	<i>Spearman Rank</i>

				dukungan keluarga dan kepatuhan minum obat. Friedman (1988), mengatakan dukungan keluarga berfokus pada interaksi yang berlangsung dalam berbagai hubungan sosial sebagaimana yang dievaluasi oleh individu.			
(Pitters, Kandou and Nelwan, 2018)	Dukungan Keluarga dalam Hubungannya dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Tuberculosis Paru di Puskesmas Ranotana Weru	<i>Cross Sectional.</i>	Sampel yang diambil dalam penelitian ini berjumlah 83 responden dengan menggunakan metode Simple Random Sampling.	Berdasarkan hasil penelitian dan analisis yang sudah dilakukan telah didapatkan bahwa sebagian besar pasien TB Paru di Puskesmas Ranotana Weru patuh untuk minum obat yaitu 79.5% dan salah satu alasan ketidakpatuhan pasien terhadap minum obat adalah pasien hanya minum obat ketika berada di rumah sajadengan yaitu 14 responden (16.9%) dari 83 responden.	Hasil uji menunjukkan bahwa dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat berhubungan ($p=0,000$).	Kuesioner	Uji Statistik Rank Spearman
(Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018)	Hubungan antara Dukungan Keluarga dan Dorongan Petugas Kesehatan dengan Kepatuhan Berobat Penderita Tuberculosis Paru di Puskesmas Likupang Kabupaten Minahasa Utara	<i>Cross Sectional.</i>	Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu total sampling dengan jumlah 41 sampel.	Dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan sosial. Individu yang termasuk dalam memberikan dukungan sosial meliputi pasangan (suami/istri), orang tua, anak dan sanak keluarga. Secara fungsional dukungan sosial mencakup	Hasil uji statistik dengan menggunakan fisher exact test dengan tingkat kepercayaan 95% didapatkan hasil dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan berobat dengan nilai p value= 0,014 dan terdapat hubungan antara dorongan petugas kesehatan dengan kepatuhan berobat pasien tuberkulosis dengan	Kuesioner	Fisher Exact Test

					dukungan emosional dengan mendorong adanya ungkapan perasaan, memberi nasihat atau informasi dan pemberi bantuan material. Peneliti	nilai p value = 0,012.		
(Saqib, Ahmad and Panezai, 2019)	Care and Support From Family and Community in Patients With Pulmonary Tuberculosis in Pakistan	Social Cross Sectional	Sebanyak 269 pasien, yang terdaftar di 11 pusat TB dan klinik swasta, diwawancarai melalui kuesioner yang diberikan oleh pewawancara.	Ini adalah upaya pertama untuk mengukur dukungan sosial yang diberikan kepada pasien TB di Pakistan. Temuan penelitian menangkap dukungan sosial yang dirasakan di antara populasi pasien TB; namun, ini bukanlah perwakilan dari populasi tingkat nasional. Selain itu, peserta penelitian yang dipilih berada di bawah pengobatan selama 4 minggu terakhir, dan mungkin ada perbedaan dukungan sosial di awal dan di akhir pengobatan. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya akan mengeksplorasi bagaimana tingkat dukungan sosial dapat mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap pengobatan TB.	Penelitian ini memvalidasi penggunaan MOS-SSS pada pasien TB di Pakistan. Temuan penelitian mengungkapkan perbedaan yang signifikan antara kelompok sosial ekonomi pasien di setiap subskala dukungan sosial. Selain itu, hasil regresi logistik menunjukkan bahwa pasien yang lebih tua (OR yang disesuaikan=6.17, 95% CI 1.55 hingga 24.59, $p \leq 0.01$), laki-laki (OR yang disesuaikan=2.73, 95% CI 1.49 hingga 4.98, $p \leq 0.01$), janda (OR yang disesuaikan=0.17, 95% CI 0,04 hingga 0,80, $p \leq 0,05$), dan memiliki ukuran rumah tangga yang lebih besar (OR yang disesuaikan=5,69, 95% CI 1,32 hingga 24,65, $p \leq 0,05$), pendapatan bulanan yang lebih tinggi (OR yang disesuaikan=2,00, 95% CI 1,11 hingga 3,60, $p \leq 0,05$) dan kepemilikan rumah (OR yang disesuaikan = 1,99, 95% CI 1,10 hingga 3,60, $p \leq 0,05$) merupakan faktor signifikan yang terkait dengan tingkat perawatan dan dukungan sosial yang diterima peserta.	Instrumen survei MOS-SSS	Uji Statistik <i>T-Test</i>	

(Siregar, Siagian and Effendy, 2019)	Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis Paru di Kabupaten Tapanuli Utara	<i>Cross Sectional</i>	Responden 60 penderita TB paru kategori 1 dan 2 yang mendapat pengobatan minimal 1 bulan serta tinggal bersama keluarga. Penelitian	Dukungan keluarga termasuk keuangan, motivasi, dan dukungan emosional, memiliki pengaruh yang kuat terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita TB	Hasil uji Fisher exact test menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat (p=0,002).	Kuesioner baku <i>Morinsky Medication Adherence Scale</i> (MMAS)	Uji <i>Fisher Exact Test</i>
(Wianti, 2018)	Hubungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Tuberculosis Paru Di Puskesmas Kaladawa Kabupaten Tegal Tahun 2017	<i>Cross Sectional</i>	Data dari Puskesmas Kaladawa semester pertama tahun 2017 sebanyak 162 orang dengan sampel sejumlah 62 responden.	Dukungan keluarga dan masyarakat mempunyai andil besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan yaitu dengan adanya pengawasan dan pemberi dorongan kepada penderita	Hasil penelitian ini menunjukan diketahui bahwa 36,8%) di Puskesmas Kaladawa tahun 2017 tidak patuh minum obat, 45,6% kurang mendapat dukungan keluarga sebanyak 54,4%, Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien Tuberculosis (TBC) dengan p value = 0,069.	-	<i>Chi- Square</i>
(Yuliana, 2019)	Hubungan Keluarga dengan Kepatuhan Pengobatan Tuberculosis Paru di Rumah Sakit Paru Dungus Madiun (<i>The Relationship Of Family Support With Compliance Of Pulmonary Tuberculosis In Lung Hospital Dungus Madiun</i>)	Penelitian ini menggunakan desain Korelasi dengan model <i>Cross Sectional</i> .	Sampel dari penelitian ini menggunakan simple random sampling yaitu setiap populasi mendapatkan kesempatan yang sama untuk menjadi sampel sesuai kriteria inklusi dan eklusi. Pada Rumah Sakit Paru Manguharjo Kota Madiun terdapat 124 penderita Tuberculosis Paru, peneliti mengambil sampel 55	Adanya dukungan keluarga responden dapat memberikan ketenangan batin dan perasaan senang dalam diri responden. Selain itu dengan adanya dukungan keluarga berdampak pada kemudahan pasien Tb paru dalam menjalani pengobatan di RSP Dungus. Kepatuhan pasien Tb dalam menjalani pengobatan di RSP Dungus dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi	Berdasarkan analisis hasil diperoleh nilai signifikan 0,000 yang berarti $p < 0,05$, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan tuberculosis paru di RSUP Dungus Madiun.	Kuesioner	Uji <i>Chi Square</i>

responden dengan cara mengambil lotre secara acak. kepatuhan pengobatan dalam menjalani pengobatan di RSP Dungus adalah pemahaman tentang intruksi, pendidikan, tingkat ekonomi, dukungan keluarga.

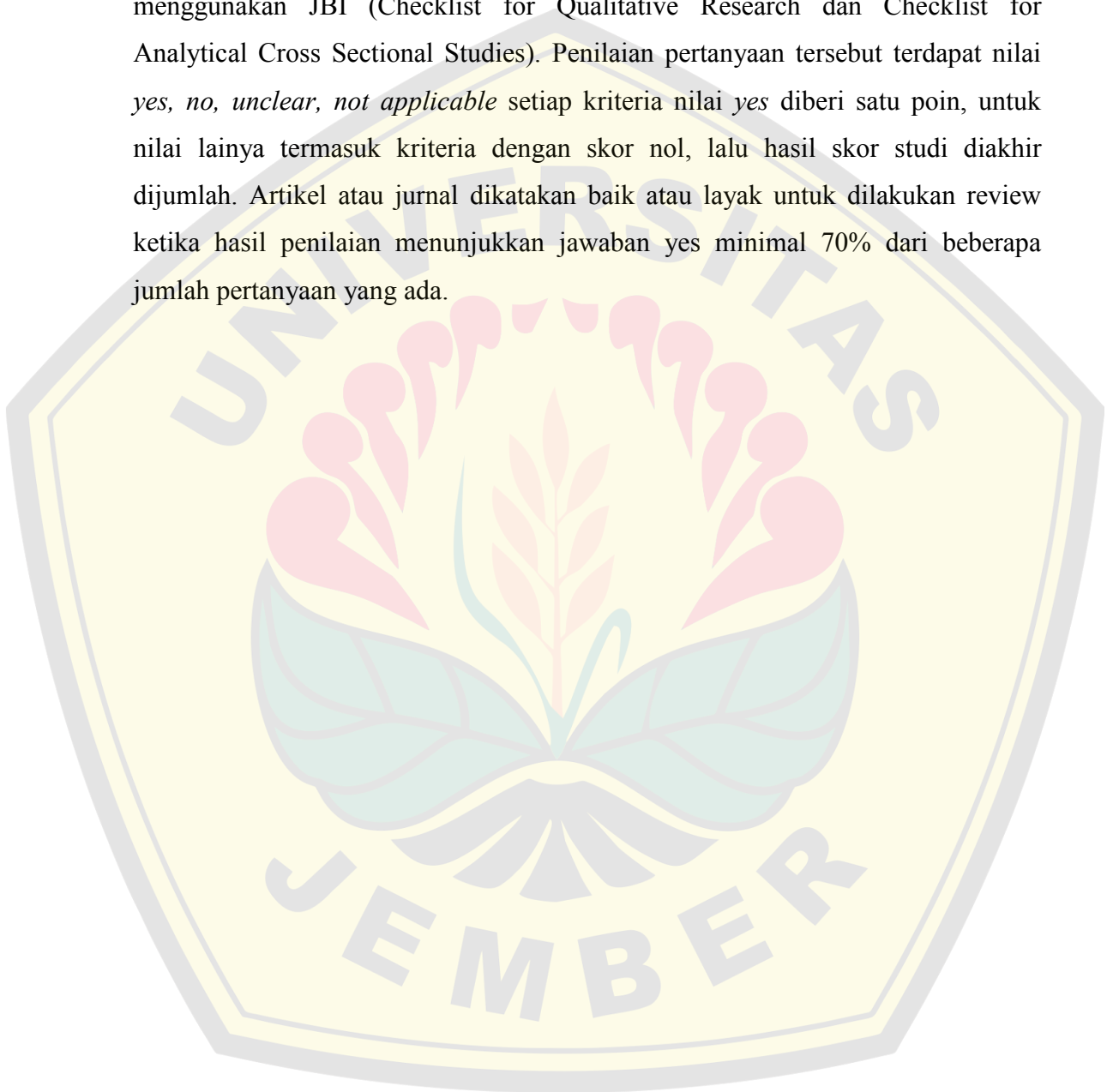


Tabel 3.4 JBI *Cross Sectional*

No	Critical Appraisal Systematic	(Apriyeni and Patricia, 2021)	(Chen <i>et al.</i> , 2020)	(Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019)	(Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018)	(Herawati, Abdurakhman and Rundamintasi h, 2020)	(Mando, Widodo and Sutriningsih, 2018)	(Pitters, Kandou and Nelwan, 2018)	(Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018)	(Saqib, Ahmad and Panezai, 2019)	(Siregar, Siagian and Effendy, 2019)	(Wianti, 2018)	(Yuliana, 2019)
1.	Apakah kriteria untuk dimasukkan ke dalam sampel ditentukan dengan jelas?	-	√	-	-	-	√	-	-	√	-	-	-
2.	Apakah subjek penelitian dan latarnya dijelaskan secara rinci?	-	√	-	-	-	-	-	-	√	-	-	-
3.	Apakah paparan diukur dengan cara yang valid dan reliabel?	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
4.	Apakah kriteria standar yang objektif digunakan untuk pengukuran kondisi?	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
5.	Apakah faktor perancu diidentifikasi?	-	-	-	-	√	√	√	√	√	√	√	√
6.	Apakah strategi untuk mengatasi faktor pembaur telah disebutkan?	√	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
7.	Apakah hasilnya diukur dengan cara yang valid dan reliabel?	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
8.	Apakah analisis statistik yang tepat digunakan?	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Total		70%	80%	70%	70%	80%	90%	90%	80%	100%	80%	80%	80%

3.3.2 Penilaian Kualitas

Dalam setiap studi untuk menganalisis kualitas dilakukan daftar penilaian atau *checklist* yang terdapat beberapa pertanyaan untuk menilainya dengan menggunakan JBI (Checklist for Qualitative Research dan Checklist for Analytical Cross Sectional Studies). Penilaian pertanyaan tersebut terdapat nilai *yes, no, unclear, not applicable* setiap kriteria nilai *yes* diberi satu poin, untuk nilai lainnya termasuk kriteria dengan skor nol, lalu hasil skor studi diakhir dijumlah. Artikel atau jurnal dikatakan baik atau layak untuk dilakukan review ketika hasil penilaian menunjukkan jawaban *yes* minimal 70% dari beberapa jumlah pertanyaan yang ada.



BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang hasil dan literature review yang digunakan dalam melaksanakan penelitian Dukungan Keluarga Terhadap Pengobatan Pasien Tuberkulosis.

4.1 Hasil

4.1.1 Data Umum

a. Karakteristik Penelitian

Setelah dilakukan pencarian, seleksi, dan penilaian kualitas literature, didapatkan sejumlah 12 artikel yang siap di-review. Seluruh artikel membahas terkait Dukungan Keluarga Terhadap Pengobatan Pasien Tuberkulosis.

Tabel 4.1 Gambaran Umum Hasil Studi

Author	Negara	Responden	Desain Penelitian
(Apriyeni and Patricia, 2021)	Indonesia	30	Cross Sectional Study
(Chen <i>et al.</i> , 2020)	China	481	Cross Sectional Study
(Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019)	Indonesia	31	Cross Sectional Study
(Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018)	Indonesia	15	Cross Sectional Study
(Herawati, Abdurakhman and Rundamintasih, 2020)	Indonesia	31	Cross Sectional Study
(Mando, Widodo and Sutriningsih, 2018)	Indonesia	35	Cross Sectional Study
(Pitters, Kandou and Nelwan, 2018)	Indonesia	83	Cross Sectional Study
(Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018)	Indonesia	41	Cross Sectional Study
(Saqib, Ahmad and Panezai, 2019)	Pakistan	280	Cross Sectional Study
(Siregar, Siagian and Effendy, 2019)	Indonesia	60	Cross Sectional Study
(Wianti, 2018)	Indonesia	62	Cross Sectional Study
(Yuliana, 2019)	Indonesia	55	Cross Sectional Study

b. Karakteristik Partisipan Penelitian

1) Umur

Tabel 4.2 Penyebaran Partisipan Berdasarkan Usia

Artikel	Umur	Frekuensi	Persentase
(Apriyeni and Patricia, 2021)	17-25 tahun	4	13,33%
	26-35 tahun	11	36,67%
	36-45 tahun	8	26,67%
	46-55 tahun	6	20%
	56-65 tahun	1	3,33%
(Chen <i>et al.</i> , 2020)	<30 tahun	128	26,61%
	30-60 tahun	244	50,72%
	>60 tahun	109	22,66%
(Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019)	-	-	-

(Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018)	<25 tahun	1	6,67%
	26-35 tahun	5	33,33%
	>35 tahun	9	60%
(Herawati, Abdurakhman and Rundamintasih, 2020)	-	-	-
(Mando, Widodo and Sutriningsih, 2018)	-	-	-
(Pitters, Kandou and Nelwan, 2018)	-	-	-
(Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018)	17-25 tahun	1	2,5%
	26-35 tahun	8	20,5%
	36-45 tahun	10	25,6%
	46-55 tahun	6	15,3%
	56-65 tahun	10	25,6%
(Saqib, Ahmad and Panezai, 2019)	>65 tahun	4	10,2
	15-20 tahun	63	23,4%
	21-30 tahun	88	32,7%
	31-40 tahun	54	20%
	41-50 tahun	45	16,7%
(Siregar, Siagian and Effendy, 2019)	51-60 tahun	19	7,06%
	-	-	-
(Wianti, 2018)	-	-	-
(Yuliana, 2019)	≤ 30 tahun	4	6,89%
	31-40 tahun	9	15,5%
	41-50 tahun	16	27,5%
	≥ 50 tahun	29	0,5%

2) Jenis Kelamin

Tabel 4.3 Penyebaran Partisipan Berdasarkan Jenis Kelamin

Artikel	Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase
(Apriyeni and Patricia, 2021)	Laki-Laki	16	53,33%
	Perempuan	14	46,67%
(Chen <i>et al.</i> , 2020)	Laki-Laki	298	61,95%
	Perempuan	183	38,04%
(Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019)	-	-	-
(Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018)	Laki-Laki	8	53,33%
	Perempuan	7	46,67%
(Herawati, Abdurakhman and Rundamintasih, 2020)	Laki-Laki	17	54,83%
	Perempuan	14	45,16%
(Mando, Widodo and Sutriningsih, 2018)	-	-	-
(Pitters, Kandou and Nelwan, 2018)	-	-	-
(Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018)	Laki-Laki	28	68,29%
	Perempuan	13	31,70%
(Saqib, Ahmad and Panezai, 2019)	Laki-Laki	132	47,14%
	Perempuan	148	52,85%
(Siregar, Siagian and Effendy, 2019)	-	-	-
(Wianti, 2018)	-	-	-
(Yuliana, 2019)	-	-	-

3) Pendidikan

Tabel 4.4 Penyebaran Partisipan Berdasarkan Pendidikan

Artikel	Pendidikan	Frekuensi	Presentase
(Apriyeni and Patricia, 2021)	SD	11	36,67%
	SMP	13	43,33%
	SMA	6	2%

Artikel	Pendidikan	Frekuensi	Presentase
(Chen <i>et al.</i> , 2020)	SD-SMP	197	40,95%
	SMA	117	24,32%
	Perguruan Tinggi	167	34,71%
(Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019)	-	-	-
(Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018)	SD	2	13,33%
	SMP	10	66,67%
	SMA	3	20%
(Herawati, Abdurakhman and Rundamintasih, 2020)	-	-	-
(Mando, Widodo and Sutriningsih, 2018)	-	-	-
(Pitters, Kandou and Nelwan, 2018)	-	-	-
(Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018)	Tidak sekolah atau Tidak tamat SD	-	-
	SD	1	2,43%
	SMP	18	43,90%
	SMA	17	41,46%
	Perguruan Tinggi	5	12,1%
	-	-	-
(Saqib, Ahmad and Panezai, 2019)	-	-	-
(Siregar, Siagian and Effendy, 2019)	-	-	-
(Wianti, 2018)	-	-	-
(Yuliana, 2019)	SD	6	10,9%
	SMP	11	20%
	SMA	36	65,5%
	Tidak Sekolah	2	3,6%
	-	-	-

4) Pekerjaan

Tabel 4.5 Penyebaran Partisipan Berdasarkan Pekerjaan

Artikel	Pekerjaan	Frekuensi	Presentase
(Apriyeni and Patricia, 2021)	IRT	15	50%
	Tidak Bekerja	3	10%
	Petani	5	17%
	Nelayan/Buruh	7	23%
(Chen <i>et al.</i> , 2020)	-	-	-
(Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019)	-	-	-
(Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018)	Tidak Bekerja	14	93%
	Bekerja	1	7%
(Herawati, Abdurakhman and Rundamintasih, 2020)	-	-	-
(Mando, Widodo and Sutriningsih, 2018)	-	-	-
(Pitters, Kandou and Nelwan, 2018)	-	-	-
(Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018)	-	-	-
(Saqib, Ahmad and Panezai, 2019)	Petani	77	29%
	Pedagang	41	15%
	Buruh	92	34%
	Lain-lain	26	10%
	Pegawai	33	12%
(Siregar, Siagian and Effendy, 2019)	-	-	-
(Wianti, 2018)	-	-	-
(Yuliana, 2019)	PNS	3	6%
	Wiraswasta	14	25%
	Petani	38	69%

4.1.2 Data Khusus

a. Distribusi Dukungan Keluarga

Tabel 4.6 Distribusi Dukungan Keluarga

Artikel	Kurang Baik	Baik
(Apriyani and Patricia, 2021)	16	14
(Chen <i>et al.</i> , 2020)	30	451
(Fitriani, Sinaga and Syahrana, 2019)	1	10-
(Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018)	Rata-rata 2,55	15
(Herawati, Abdurakhman and Rundamintasih, 2020)	15	16
(Mando, Widodo and Sutriningsih, 2018)	0	35
(Pitters, Kandou and Nelwan, 2018)	15	2
(Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018)	11	30
(Saqib, Ahmad and Panezai, 2019)	Rata-rata 3,42	Rata-rata 3,42
(Siregar, Siagian and Effendy, 2019)	2	58
(Wianti, 2018)	37	31
(Yuliana, 2019)	9	49

b. Distribusi Kepatuhan Minum Obat

Tabel 4.7 Distribusi Kepatuhan Minum Obat

Artikel	Patuh	Tidak Patuh
(Apriyani and Patricia, 2021)	11	19
(Chen <i>et al.</i> , 2020)	411	70
(Fitriani, Sinaga and Syahrana, 2019)	11	20
(Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018)	Rata-rata 4,70	Rata-rata 4,70
(Herawati, Abdurakhman and Rundamintasih, 2020)	15	16
(Mando, Widodo and Sutriningsih, 2018)	32	3
(Pitters, Kandou and Nelwan, 2018)	66	17
(Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018)	36	5
(Saqib, Ahmad and Panezai, 2019)	-	-
(Siregar, Siagian and Effendy, 2019)	57	3
(Wianti, 2018)	43	25
(Yuliana, 2019)	43	12

c. Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Pengobatan pada Pasien Tuberkulosis

Tabel 4.8 Distribusi Pengaruh Pengobatan

Artikel	Frekuensi	Persentase
Patuh	12	100
Tidak Patuh	0	0
Jumlah	12	100

d. Hasil Uji Statistik

Tabel 4.9 Hasil Uji Statistik

Artikel	Jenis Uji Statistik	Hasil Uji Statistik
(Apriyani and Patricia, 2021)	Uji Chi-square	$P < 0,05$
(Chen <i>et al.</i> , 2020)	-	$P < 0,05$
(Fitriani, Sinaga and Syahrana, 2019)	Uji Fisher	$P < 0,05$
(Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018)	Uji Spearman Rank	$P < 0,05$
(Herawati, Abdurakhman and Rundamintasih, 2020)	Uji Chi-square	$P < 0,05$

(Mando, Widodo and Sutriningsih, 2018)	Uji Spearman Rank	P < 0,05
(Pitters, Kandou and Nelwan, 2018)	Uji Spearman Rank	P < 0,05
(Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018)	Uji Fisher	P < 0,05
(Saqib, Ahmad and Panezai, 2019)	Uji T-test	P < 0,05
(Siregar, Siagian and Effendy, 2019)	Uji Fisher	P < 0,05
(Wianti, 2018)	Tidak dijelaskan	P < 0,05
(Yuliana, 2019)	Uji Fisher	P < 0,05

4.2 Pembahasan

4.2.1 Data Umum

a. Karakteristik Partisipan Penelitian

1) Umur

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Apriyeni and Patricia, 2021) didapatkan bahwa paling banyak responden berumur pada kategori dewasa awal (26- 35 tahun) yaitu sebanyak 11 orang (36,7%). Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018) mayoritas penderita tuberkulosis resisten obat, yaitu sebanyak 9 orang (60%) berusia lebih dari 35 tahun, sedangkan sebanyak 6 (33,3%) berusia 25 sampai 35 tahun. Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa umur responden paling banyak adalah pada kelompok usia 36-45 tahun sebanyak 10 responden dan kelompok usia 56-65 tahun sebanyak 10 responden, sedangkan paling sedikit yaitu pada kelompok usia 17-25 Tahun sebanyak 1 responden (Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018). Pasien mayoritas masih muda (56,13% berusia antara 15 sampai 30 tahun) (Saqib, Ahmad and Panezai, 2019). Responden pada penelitian ini terbanyak adalah usia ≥ 46 tahun (48,33%) (Siregar, Siagian and Effendy, 2019).

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berusia lebih dari 50 tahun yaitu sebanyak 29 orang (53%) (Yuliana, 2019). Berdasarkan hasil analisis, terdapat hubungan bermakna antara umur dengan kejadian tuberkulosis, hal ini disebabkan karena semakin bertambah umur seseorang maka semakin menurun sistem kekebalan tubuh seseorang, sehingga sangat rentan terhadap suatu penyakit terutama penyakit tuberkulosis. Proporsi kasus TB anak di Indonesia diantara semua kasus dari tahun 2007-2013 berkisar 7,9%-12% (Kemenkes, 2019). Sedangkan menurut data Kemenkes di tahun 2018 terdapat 60.676 kasus TB anak. Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013

menyebutkan bahwa TB paru didiagnosis pada kelompok usia <1 tahun sebesar 2%, kelompok usia 1-4 tahun sebesar 4%, kelompok usia 5-14 tahun sebesar 0,30%, sedangkan pada kelompok dewasa lainnya juga menunjukkan prevalensi yang sama sebesar 3% (Widyastuti *et al.*, 2021).

2) Jenis Kelamin

Sebanyak 8 orang (53,3%) penderita tuberkulosis resisten obat tersebut berjenis kelamin laki-laki, sedangkan 7 orang (46,7%) lainnya berjenis kelamin perempuan (Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018). Berdasarkan tabel hasil penelitian didapatkan bahwa lebih dari separoh (53,3%) responden memiliki jenis kelamin laki-laki (Apriyeni and Patricia, 2021). Jumlah responden terbanyak adalah berjenis laki-laki yang berjumlah 28 orang (Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018). Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Saqib, Ahmad and Panezai, 2019), di antara total peserta, 51,67% adalah perempuan. Responden pada penelitian ini terbanyak adalah laki-laki (53,3%) menurut penelitian yang dilakukan (Siregar, Siagian and Effendy, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Yuniarti (2014) menunjukkan hasil bahwa jumlah penderita laki-laki lebih tinggi dari perempuan, yaitu sebesar 54% (Andayani, 2020). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian tentang tampilan kelainan radiologik pada orang dewasa yang menyatakan bahwa laki-laki mempunyai kecenderungan lebih rentan terhadap faktor risiko TB paru. Hal tersebut dimungkinkan karena laki-laki lebih banyak melakukan aktifitas seperti bekerja sehingga lebih sering terpajan oleh penyebab penyakit ini. Hasil dari penelitian Redvord (2013) menyatakan bahwa kasus BTA+ pada penyakit Tuberkulosis paru menurut jenis kelamin, bahwa laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan yaitu hampir 1,5 kali dibanding pada perempuan.

3) Pendidikan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Apriyeni and Patricia, 2021) kurang dari separoh (43,3%) responden memiliki pendidikan SMP. Berdasarkan data di atas tingkat pendidikan SLTP lebih banyak dimiliki oleh responden yaitu sebanyak 10 orang (66,7%) (Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018). Tingkat pendidikan responden terbanyak ada di kelompok Tamat SD/Sederajat yang

berjumlah 18 orang dan paling sedikit di kelompok Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD yang berjumlah 1 orang (Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018). Responden pada penelitian ini terbanyak adalah pendidikan SMA (41,67%) (Siregar, Siagian and Effendy, 2019). Untuk pendidikan responden paling sebagian besar 47 responden (85,4%%) banyak yaitu lulusan SMA sebanyak 36 orang 65,5 % (Yuliana, 2019).

Hal ini menunjukkan tingkat pendidikan yang rendah maka akan semakin rendah pula kemampuan yang akan dimiliki oleh seseorang dalam menyelesaikan suatu masalah. Responden yang memiliki latar belakang pendidikan kurang akan mengalami kesulitan untuk menerima informasi baru dan sulit menyerap informasi tentang pengobatan TB Paru (Yuliana, 2019).

4) Pekerjaan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Apriyeni and Patricia, 2021) separoh responden (50,0%) sebagai ibu rumah tangga. Sebagian besar responden memiliki status perkawinan sudah menikah sebanyak 13 orang (86,7%) dan terdapat 14 orang (93,3%) responden penderita TB-MDR tidak bekerja (Hasanah, Makhfudli and Wahyudi, 2018). Selain itu, 34,20% dan 28,63% adalah buruh upahan dan bertani sebagai sumber utama pendapatan keluarga (Saqib, Ahmad and Panezai, 2019). Responden pada penelitian ini terbanyak adalah pekerjaan petani (61,67%) (Siregar, Siagian and Effendy, 2019). Sedangkan menurut jenis keluarga didapat dari anggota keluarga pekerjaan di dominasi petani sebanyak 38 yang sebagian besar masih tinggal dengan orang (69,0%) (Yuliana, 2019).

Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden ialah tidak bekerja, jika responden tidak bekerja maka akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Ada perbedaan hasil penelitian terletak pada status pekerjaan responden, dimana mayoritas responden pada penelitian ini bekerja, sehingga sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pekerjaan dengan tuberkulosis paru. Orang yang bekerja relatif lebih sedikit waktu berada di dalam rumah, maka intensitas kontak dengan penderita tuberkulosis paru akan berkurang (Widiati and Majdi, 2021).

4.2.2 Data Khusus

a. Dukungan Keluarga Pada Penderita TB Paru

Berdasarkan data yang diperoleh dari 12 jurnal, dapat disimpulkan pada tabel 4.6 bahwa mayoritas (83%) dari responden memiliki dukungan keluarga yang baik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Apriyeni and Patricia, 2021) bahwa dukungan keluarga merupakan faktor penting bagi penderita TB karena termasuk dalam sistem pendorong yang dapat menyebabkan ketenangan pikiran bagi penderita bahwa memiliki orang yang mendukung dan akan selalu siap memberikan pertolongan jika diperlukan.

Dukungan keluarga yang paling baik dalam penelitian ini terletak pada domain dukungan emosional dan harga diri, sedangkan domain dukungan keluarga yang paling rendah terletak pada domain dukungan instrumental (Apriyeni and Patricia, 2021). Domain dukungan emosional dan harga diri berperan penting karena menyangkut faktor psikologis dan mental yang dapat meningkatkan motivasi penderita untuk sembuh (Apriyeni and Patricia, 2021). Hal ini dikarenakan dalam domain ini mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap penderita yang diberikan keluarga selaku pihak yang paling dipercayai oleh penderita (Apriyeni and Patricia, 2021). Domain keluarga lainnya juga sangat penting untuk meningkatkan derajat kesehatan klien, seperti domain instrumental (Apriyeni and Patricia, 2021). Domain ini mencakup waktu dan fasilitas kesehatan terkait pengobatan (biaya dan transportasi), peran aktif keluarga, dan pembiayaan kesehatan sangat mendukung terjaminnya kesehatan klien (Apriyeni and Patricia, 2021).

b. Pengobatan

Berdasarkan data yang diperoleh dari 12 jurnal pada tabel 4.7 bahwa yang masuk dalam kategori patuh lebih banyak dari yang tidak patuh. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018) bahwa penderita yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatannya secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama 6 bulan sampai dengan 8 bulan, sedangkan penderita yang tidak patuh berobat dan minum obat bila frekuensi minum obat tidak dilaksanakan sesuai rencana yang ditetapkan. Gagal tidaknya

konversi BTA sangat ditentukan oleh pengobatan. Sedangkan pengobatan dapat berhasil dipengaruhi oleh kepatuhan.

c. Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Pengobatan pada Pasien Tuberkulosis

Berdasarkan data yang diperoleh dari 12 jurnal pada tabel 4.8 bahwa hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat sangat berpengaruh positif. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan (Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019) bahwa penderita penyakit TB Paru BTA (+) di Puskesmas Pasundan Kota Samarinda tahun 2019 terlihat dari 15 responden dukungan keluarga tinggi, proporsi tertinggi pada responden yang patuh minum obat anti tuberkulosis berjumlah 10 responden (32,3%), hal ini dikarenakan keluarga yang tinggal serumah selalu mengingatkan jadwal minum obat dan memberikan semangat kepada responden agar sembuh (Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019). Terdapat responden dukungan keluarga tinggi namun tidak patuh minum obat anti tuberkulosis berjumlah 5 responden (16,1%) (Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019). Hal ini dikarenakan responden mulai malas dan bosan, sehingga anjuran keluarga kurang ditaati (Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019). Adapun dari 16 responden dukungan keluarga rendah, proporsi tertinggi pada responden yang tidak patuh minum obat anti tuberkulosis berjumlah 15 responden (48,4%), hal ini dikarenakan keluarga yang tinggal serumah tidak mengingatkan jadwal minum obat dan tidak memberikan semangat kepada responden agar sembuh (Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019). Terdapat responden dukungan keluarga rendah namun patuh minum obat anti tuberkulosis berjumlah 1 responden (3,2%) (Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019). Hal ini dikarenakan responden memiliki semangat yang tinggi untuk cepat sembuh (Fitriani, Sinaga and Syahrani, 2019).

Dukungan keluarga sangat penting karena keluarga sangat berpengaruh dalam menentukan persepsi penderita dalam mendapatkan pelayanan pengobatan yang diterima (Herawati, Abdurakhman and Rundamintasih, 2020). Hasil penelitian di Indonesia, mengindikasikan bahwa semakin rendah tingkat stres keluarga maka semakin tinggi kepatuhan pasien terhadap program pengobatan tuberkulosis paru, dan semakin tinggi ketahanan keluarga maka semakin tinggi

kepatuhan pasien terhadap program pengobatan TB Paru. Ketidakepatuhan disebabkan oleh kurangnya pengetahuan, efikasi diri yang rendah, dan motivasi yang rendah. Dukungan keluarga dapat menjadi solusi untuk masalah kepatuhan (Nazhofah and Hadi, 2022). Berdasarkan tabel 4.9 mengenai hasil uji statistik 12 jurnal, 100% jurnal menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap intervensi yang dilakukan yaitu pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis dengan hasil uji nilai $p < 0,05$ yang menandakan bahwa dukungan keluarga berpengaruh terhadap kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang baik berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita. Hasil analisis uji statistik bivariat fisher exact test dalam penelitian ini menunjukkan bahwa variabel dukungan keluarga mempunyai hubungan secara signifikan terhadap kepatuhan berobat penderita karena nilai $p=0,014 < 0,05$ (Rumimpunu, Maramis and Kolibu, 2018).

Berdasarkan hasil tersebut didapatkan bahwa keseluruhan artikel memiliki P Value $<0,05$ yang artinya dukungan keluarga ini memiliki pengaruh terhadap pengobatan pada pasien tuberkulosis. Hal tersebut sesuai dengan hasil uji pada tabel 4.9 menunjukkan hasil P Value 0,000 yang nilai $\alpha < 0,05$ maka H_a diterima H_0 ditolak yang berarti ada pengaruh intervensi yang dilakukan.

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Dukungan Keluarga

Berdasarkan telaah 12 jurnal menunjukkan bahwa mayoritas dari responden memiliki dukungan keluarga yang baik. Dukungan keluarga merupakan faktor penting bagi penderita tuberkulosis karena termasuk dalam sistem pendorong yang dapat menyebabkan ketenangan pikiran bagi penderita.

5.1.2 Pengobatan

Berdasarkan data yang diperoleh dari 12 jurnal bahwa yang masuk dalam kategori patuh lebih banyak dari yang tidak patuh. Penderita yang patuh berobat adalah yang menyelesaikan pengobatannya secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama 6 bulan sampai dengan 8 bulan, sedangkan penderita yang tidak patuh berobat dan minum obat bila frekuensi minum obat tidak dilaksanakan sesuai rencana yang ditetapkan. Gagal tidaknya konversi BTA sangat ditentukan oleh pengobatan. Sedangkan pengobatan dapat berhasil dipengaruhi oleh kepatuhan.

5.1.3 Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Pengobatan pada Pasien Tuberkulosis

Hasil uji statistik 12 jurnal, 100% jurnal menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap intervensi yang dilakukan yaitu pengaruh dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis dengan hasil uji nilai $p < 0,05$ yang menandakan bahwa dukungan keluarga berpengaruh terhadap kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang baik berhubungan dengan kepatuhan berobat penderita.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Literature review ini diharapkan penulis mampu berpikir untuk menambah wawasan secara sistematis yang dituangkan melalui laporan dalam bentuk literatur review disertai hasil dari penelitian-penelitian ter-update.

5.2.2 Bagi Masyarakat

Literature review ini dapat digunakan sebagai bentuk salah satu penunjang dalam membantu penderita TB dalam keberhasilan pengobatannya dengan cara dukungan dan motivasi dari keluarga dan orang sekitar.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Literature review yang diperoleh dapat menambahkan keilmuan keperawatan sebagai penanganan alternatif yang mudah dalam membantu keberhasilan pengobatan yang dilakukan penderita TB paru.

5.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Literature review ini dapat digunakan sebagai referensi yang bisa digunakan untuk penulis selanjutnya dalam menggunakan dukungan keluarga dalam membantu mempercepat proses penyembuhan penderita TB paru.

DAFTAR PUSTAKA

- Ainiyah, S. N., Soedarsono, S. and Umiastuti, P. (2019) Hubungan peran keluarga dan kepatuhan pasien TB MDR di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, *Jurnal Respirasi*, 5(1): 1–4. doi: 10.20473/jr.v5-i.1.2019.1-4.
- Andayani, S. (2020) Prediksi kejadian penyakit tuberkulosis paru berdasarkan jenis kelamin, *JURNAL KEPERAWATAN MUHAMMADIYAH BENGKULU*, 8(2):135–140. doi: 10.36085/jkmu.v8i2.1063.
- Apriyeni, E. and Patricia, H. (2021) Dukungan keluarga terhadap efikasi diri penderita tuberkulosis paru, *Jurnal Keperawatan*, 13(3): 563–568.
- Aziz, K. K. (2019) Pengobatan tuberkulosis paru dan diabetes melitus serta pengaruhnya terhadap risiko multi-drug resistant tuberculosis (MDR-TB), *Anatomica Medical Journal Fakultas Kedokteran*, 2(1): 22–32. Available at: <http://jurnal.umsu.ac.id/index.php/AMJ/article/view/2596>.
- Chen, X. *et al.* (2020) The Effects of Family, Society and National Policy Support on Treatment Adherence Among Newly Diagnosed Tuberculosis Patients: A Cross-Sectional Study, *BMC Infectious Diseases*, 20(623): 1–11. doi: 10.1186/s12879-020-05354-3.
- Fitriani, N. E., Sinaga, T. and Syahrani, A. (2019) Hubungan antara pengetahuan, motivasi pasien dan dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat anti tuberkulosis (OAT) pada penderita penyakit TB paru, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5(2): 124–134. Available at: <https://journal.uwgm.ac.id/index.php/KESMAS>.
- Gannika, L. (2016) Tingkat pengetahuan keteraturan berobat dan sikap klien terhadap terjadinya penyakit tbc paru di ruang perawatan I dan II Rs Islam Faisal Makassar, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 1(1): 909–916. doi: 10.35816/jiskh.v4i1.86.
- Hasanah, M., Makhfudli and Wahyudi, A. S. (2018) Hubungan dukungan keluarga dengan efikasi diri penderita tuberkulosis multidrug resistant (TB-MDR) Di Poli TB-MDR RSUD Ibnu Sina Gresik, *Jurnal Kesehatan*, 11(2): 72. doi: 10.24252/kesehatan.v11i2.5415.
- Herawati, C., Abdurakhman, R. N. and Rundamintasih, N. (2020) Peran dukungan keluarga, petugas kesehatan dan perceived stigma dalam meningkatkan kepatuhan minum obat pada penderita tuberkulosis paru, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 15(1): 19–23. doi: 10.26714/jkmi.15.1.2020.19-23.
- Hidayat, A. A. (2021) *Proses Keperawatan; Pendekatan NANDA, NIC, NOC dan SDKI*. 1st edn. Edited by N. A. Aziz. Surabaya: Health Books Publishing. Available at:

https://www.google.co.id/books/edition/Proses_Keperawatan_Pendekatan_NANDA_NIC/h3scEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1.

Hulu, V. T. *et al.* (2020) *Epidemiologi Penyakit Menular: Riwayat, Penularan dan Pencegahan*. 1st edn. Edited by A. Rikki. Yayasan Kita Menulis. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=tBoIEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>.

Husnaniyah, D., Riyanto and Kamsari (2022) *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Edited by Z. Rosidah. Sleman: Deepublish. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Keperawatan_Keluarga/FrF-EAAAQBAJ?hl=id&gbpv=1.

Jannah, M. (2018) Konsep keluarga idaman dan islami, 4(2): 87–102. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/228450507.pdf>.

Mando, N. J., Widodo, D. and Sutriningsih, A. (2018) Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien TB di Puskesmas Janti Kota Malang, *Nursing News : Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 3(3): 550–556.

Mar'iyah, K. and Zulkarnain (2021) Patofisiologi penyakit infeksi tuberkulosis, *In Prosiding Seminar Nasional Biologi*, 7(1): 88–92. Available at: <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>.

Nazhofah, Q. and Hadi, E. N. (2022) Dukungan keluarga terhadap kepatuhan pengobatan pada pasien tuberculosis : Literature Review, *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 5(6): 628–632. doi: 10.56338/mppki.v5i6.2338.

Pitters, T. S., Kandou, G. D. and Nelwan, J. E. (2018) Dukungan keluarga dalam hubungannya dengan kepatuhan minum obat pada pasien tuberculosis paru di Puskesmas Ranotana Weru, *Jurnal KESMAS*, 7(5).

PPNI (2018) 'Standar intervensi keperawatan indonesia'.

Rumimpunu, R., Maramis, F. R. . and Kolibu, F. K. (2018) Hubungan antara dukungan keluarga dan dorongan petugas kesehatan dengan kepatuhan berobat penderita tuberkulosis paru di Puskesmas Likupang Kabupaten Minahasa Utara, *Jurnal KESMAS*, 7(4).

Saqib, S. E., Ahmad, M. M. and Panezai, S. (2019) Care and Social Support From Family and Community in Patients With Pulmonary tuberculosis in Pakistan, *Family Medicine and Community Health*, 7(4): 1–9. doi: 10.1136/fmch-2019-000121.

Siregar, I., Siagian, P. and Effendy, E. (2019) Dukungan keluarga meningkatkan kepatuhan minum obat pada penderita tuberkulosis paru di Kabupaten

- Tapanuli Utara, *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 30(4): 309–312. doi: 10.21776/ub.jkb.2019.030.04.14.
- Siregar, S. R. (2019) Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB), *JK Science*, 5(2): 26–43. doi: 10.3329/bjmm.v3i1.2962.
- Srisantyorini, T. *et al.* (2022) Analisis spasial kejadian tuberkulosis di wilayah DKI Jakarta, *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 18(2): 131–138. Available at: <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/JKK>.
- Suprpto (2018) Pengetahuan dan sikap masyarakat dalam upaya pencegahan tuberkulosis di wilayah kerja Puskesmas Batua Kota Makassar, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada* : 1114–1124. doi: 10.35816/jiskh.v6i1.10.
- Tuasikal, M. A. (2012) *Waktu Laksana Pedang, Rumaysho*. Available at: <https://rumaysho.com/2782-waktu-laksana-pedang-2.html> (Accessed: 8 April 2023).
- Wianti, A. (2018) Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis paru di Puskesmas Kaladawa Kabupaten Tegal Tahun 2017, *Jurnal Kampus STIKES YPIB Majalengka*, 7(14): 1–14. doi: 10.51997/jk.v7i1.57.
- Widiati, B. and Majdi, M. (2021) Analisis faktor umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan tuberkulosis paru di wilayah kerja Puskesmas Korleko, Kabupaten Lombok Timur, *Jurnal Sanitasi dan Lingkungan*, 2(2): 173–184.
- Widyastuti, N. N. *et al.* (2021) Hubungan status gizi dan kejadian tuberkulosis paru pada anak usia 1-5 tahun di Indonesia, *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 24(2): 89–96. doi: 10.22435/hsr.v24i2.3793.
- World Health Organization (2020) *Global Tuberculosis Report 2020*. World Health Organization. Available at: https://www.google.co.id/books/edition/Global_tuberculosis_report_2020/SfQeAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0.
- Yuliana, F. (2019) Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan pengobatan tuberkulosis paru di rumah sakit paru Dungus Madiun (The Relationship Of Family Support With Compliance Of Pulmonary Tuberculosis In Lung Hospital Dungus Madiun) Fitria Yuliana Stikes Bhakti Husada M, *Journal of Nursing Care & Biomolecular*, 4(1): 66–70.
- Zainita, A. P. and Ekwantini, R. D. (2019) *Penerapan Batuk Efektif Dalam Mengeluarkan Sekret Pada Pasien Tuberkulosis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Di Keluarga*. Yogyakarta: Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.

LAMPIRAN

Lampiran 1. JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer _____

Date _____

Author _____ Year _____ Record
Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

