

**PERAN PAGUYUBAN TBC TERHADAP KEPATUHAN MINUM
OBAT PENDERITA TUBERKULOSIS (TBC) DI KECAMATAN
SUMBERJAMBE KABUPATEN JEMBER
(STUDI DI KECAMATAN SUMBERJAMBE KABUPATEN JEMBER)**

SKRIPSI

Oleh

**Mya Sakti Oktarini Putri
NIM 142110101118**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatISTIKA KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**PERAN PAGUYUBAN TBC TERHADAP KEPATUHAN MINUM
OBAT PENDERITA TUBERKULOSIS (TBC) DI KECAMATAN
SUMBERJAMBE KABUPATEN JEMBER
(STUDI DI KECAMATAN SUMBERJAMBE KABUPATEN JEMBER)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan program pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

**Mya Sakti Oktarini Putri
NIM 142110101118**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur Alhamdulillah atas kehadiran Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua yaitu Ibu Tekat Riani dan Bapak Tarni yang telah memberikan limpahan kasih sayang, doa, serta dukungan dalam menyelesaikan pendidikan perguruan tinggi penulis.
2. Kakak-kakak tersayang yaitu Mita Wahyu Safitri, Very Dwi Septiawan dan Dewi Intan Mayangsari serta adik tersayang yaitu Vico Mei Catoriawan Putra yang telah memberikan doa dan dukungan kepada penulis.
3. Pengajar dan pendidik penulis dari TK, SD, SMP, SMA hingga Perguruan Tinggi yang telah memberikan ilmu dan pengalaman belajar yang berharga.
4. Agama, Negara, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

Dan apabila aku sakit, Dialah yang menyembuhkanku.

(Terjemahan Surat *Asy Syu'ara* ayat 80) ^{1*})

Dan Kami turunkan Al Quran suatu yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman dan Al Quran itu tidaklah menambah kepada

orang-orang yang zalim selain kerugian

(Terjemahan Surat *Al Israak* ayat 82) ^{1*})

Kemudian makanlah dari tiap-tiap (macam) buah-buahan dan tempuhlah jalan Tuhanmu yang telah dimudahkan (bagimu). Dari perut lebah

itu ke luar minuman (madu) yang bermacam-macam warnanya,

di dalamnya terdapat obat yang menyembuhkan bagi

manusia. Sesungguhnya pada yang demikian itu

benar-benar terdapat tanda (kebesaran Tuhan)

bagi orang-orang yang memikirkan.

(Terjemahan Surat *An-Nahl* ayat 69) ^{1*})

^{1 *}) Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. Al-Qur'an dan Terjemahan. Bandung: CV Penerbit Diponegoro.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mya Sakti Oktarini Putri

NIM : 142110101118

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Peran Paguyuban TBC Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun, serta bukan plagiat. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember,
Yang menyatakan,

Mya Sakti Oktarini Putri
NIM 142110101118

SKRIPSI

**PERAN PAGUYUBAN TBC TERHADAP KEPATUHAN MINUM
OBAT PENDERITA TUBERKULOSIS (TBC) DI KECAMATAN
SUMBERJAMBE KABUPATEN JEMBER
(STUDI DI KECAMATAN SUMBERJAMBE KABUPATEN JEMBER)**

Oleh:

Mya Sakti Okatrini Putri
NIM 142110101118

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama	:	Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes
Dosen Pembimbing Anggota	:	Mury Ririanty, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Peran Paguyuban TBC Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Rabu
Tanggal : 16 Mei 2018
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes.
NIP. 197904112005011002 (.....)
2. DPA : Mury Ririanty, S.KM., M.Kes.
NIP. 198310272010122003 (.....)

Penguji

1. Ketua : Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162003122002 (.....)
2. Sekretaris : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH
NIP. 197701082005012004 (.....)
3. Anggota : Dyah Kusworini I, S.KM., M.Si
NIP. 196809291992032014 (.....)

Mengesahkan

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes

NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Peran Paguyuban TBC Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis (TBC) di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember (Studi di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember); Mya Sakti Oktarini Putri; 142110101118; 2018; 100 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang berbagai organ terutama paru-paru. Berbagai upaya dilakukan untuk menanggulangi permasalahan tuberkulosis di Indonesia, salah satunya adalah paguyuban TBC melalui strategi AKMS (Advokasi, Komunikasi, dan Mobilisasi Sosial). Salah satu paguyuban TBC yang ada di Jember adalah paguyuban TBC Sayang Paru Puskesmas Sumberjambe. Capaian angka TSR dari tahun ke tahun di Kecamatan Sumberjambe masih fluktuatif. TSR merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan dan angka pengobatan lengkap. Salah satu faktor yang mempengaruhi TSR adalah kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis, kepatuhan terhadap pengobatan tuberkulosis ditunjukkan melalui kedisiplinan dalam keteraturan minum obat. Berdasarkan hal tersebut, peneliti ingin menganalisis hubungan antara paguyuban TBC dengan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan menggunakan desain *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di paguyuban TBC Sayang Paru yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe. Jumlah sampel sebanyak 37 responden yang menggunakan *total sampling* atau sampel jenuh. Teknik pengumpulan data yang dilakukan yaitu wawancara dengan menggunakan kuesioner. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah karakteristik responden (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan) dan paguyuban TBC yang terdiri dari penyuluhan kelompok, peran Pengawas Menelan Obat, serta keaktifan penderita dalam kegiatan penyuluhan. Variabel terikat dalam

penelitian ini adalah kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis. Pada penelitian menggunakan dua analisis yaitu univariabel dan bivariabel dengan perhitungan *Prevalence Ratio* (PR).

Berdasarkan hasil penelitian bahwa kegiatan paguyuban TBC berupa penyuluhan kelompok, peran Pengawas Menelan Obat (PMO) dan keaktifan penderita dalam penyuluhan serta kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis dalam kategori baik. Hasil analisis bivariabel dengan menggunakan *Crosstabulation* perhitungan *Prevalence Ratio* (PR) menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara penyuluhan kelompok dengan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis (PR = 1,07) , peran Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis (PR= 6,50), keaktifan penderita tuberkulosis dalam penyuluhan dengan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis (PR= 1,69). Hal ini menunjukkan bahwa penyuluhan kelompok, peran PMO, dan keaktifan penderita tuberkulosis dalam penyuluhan yang dilakukan oleh paguyuban TBC memiliki hubungan dengan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

Saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah untuk mempertahankan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis yang sebagian besar sudah baik. Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan meningkatkan penyuluhan dan konseling yang teratur terhadap penderita tuberkulosis, keluarga yang menjadi PMO serta pelatihan menjadi fasilitator yang melibatkan penderita tuberkulosis. Sehingga ketika penderita sembuh bisa menjadi kader kesehatan tuberkulosis yang mendorong penderita tuberkulosis dapat menjalani pengobatan dengan dengan teratur sampai sembuh.

SUMMARY

The Role of TBC Community toward Medication Adherence of Tuberculosis Patient In Sumberjambe, Jember (Study in Sumberjambe, Jember); Mya Sakti Oktarini Putri; 142110101118; 2018; pages 100; Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, University of Jember.

Tuberculosis (TBC) is a communicable infection disease caused by mycobacterium tuberculosis that attack any part of body especially lung. Many efforts have done to cured tuberculosis across Indonesia. One of them is TBC Community program with their strategy of AKMS (Advocacy, Communication and Social Mobilization). One of TBC community in Jember is Sayang Paru TBC Community in Sumberjambe primary health center. Score of TSR numbers annually in Sumberjambe were still fluctuated. TSR is a summation of heal rate and complete treatment. One of the factor that affected TSR is medication adherence rate. Adherence toward TBC medication was shown by persistence in taking medicines regularly. Based on that, researcher analyzed the relation between TBC community with medication adherence of tuberculosis patient in Sumberjambe, Jember.

This research was analytical observation research by using cross sectional design. This research was conducted in Sayang Paru TBC community in Sumberjambe primary health center works area. The sample amount was 37 respondents that use total sampling or saturated sample. The independent variables in this research were the characteristic of respondents (age, gender, education and occupation) and TBC community that consisted of group counselling, the role of supervisor of swallowing medicine, along with presence of tuberculosis patient in the counselling. Dependent variable in this research was the medication adherence of tuberculosis patient. This research has two analyses; univariable and bivariable with Prevalence Ratio (PR) Calculation.

This researched shows that TBC community activities consisted of group counselling, role of supervisor swallowing medicine with presence of tuberculosis patient in the counselling with medication adherence of tuberculosis

patient in an excellent category. Bivariable analysis result with using cross tabulation of Prevalence Ratio (PR) Calculation shows that there's significant relation between group counselling with adherence of taking medicine by TBC Patient (PR=1.07), role of supervisor swallowing medicine (PMO) with adherence of taking medicine by TBC Patient (PR=2.03), presence TBC Patient in the counselling with adherence of taking medicine (PR=1.69). This is showing that group counselling, the role of PMO, and presence TBC patient in the counselling that has done by TBC Community has relation with adherence of taking medicine by TBC patient in Sumberjambe, Jember.

We suggest to maintain the medication adherence of tuberculosis patient. The effort that must do have increasing the counselling regularly facilitator, family must to be supervisor swallowing medicine (PMO) and training must be involved for TBC patient. Therefore, cured TBC patients, they could be the TBC survival role model who can give support to another tuberculosis patient who are still in medication until they get cured as well.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Peran Paguyuban TBC Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis (TBC) di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing utama dan Mury Ririanty, S.KM., M.Kes., selaku dosen pembimbing anggota yang dengan sabar dan kemuliaan hati dalam memberi pengarahan, pengajaran, dan saran hingga terselesaikannya skripsi ini. Penyusunan skripsi ini juga tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada :

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, selaku ketua penguji skripsi penulis dan selaku dosen pembimbing akademik semester satu sampai saat ini yang telah membimbing penulis selama menjalani perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember;
2. Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH., selaku Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan selaku sekretaris penguji skripsi penulis yang telah memberikan saran dan masukan yang membangun untuk skripsi ini;
3. Dyah Kusworini I, S.KM., M.Si., selaku anggota penguji skripsi yang telah memberikan saran dan masukan yang membangun untuk skripsi ini;
4. dr. Siti Nurul Qomariyah, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan pengambilan data;
5. Keluarga besar Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember yang telah meluangkan waktu dan membantu penulis dalam melakukan penelitian;

6. Sahabat-sahabat rantauan di Jember Nopelia Herela Tantika, Mega Elang Putri, Ari Arty Abriani, Wilda Faradila , Lailatul Qadriyah (ilul) yang telah memberikan dukungan, rasa kekeluargaan, bantuan, semangat, motivasi, doa, pengalaman serta kebersamaan dan kebahagiaan;
7. Teman-teman Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM), UKM Paduan Suara Mahasiswa Gita Pusaka (GIPUS), UKM Komunitas Mahasiswa Peduli HIV AIDS (KOMPLIDS), Teman-teman PBL 12 Desa Pulo Kabupaten Lumajang, teman-teman peminatan Epidemiologi angkatan 2014, teman-teman Dosen Pembimbing Akademik (DPA) dan teman-teman seperjuangan angkatan 2014 yang telah menemani, memberikan dukungan, semangat, kebersamaan sekaligus berjuang bersama untuk menimba ilmu selama kurang lebih empat tahun;
8. Seorang teman yaitu Arif Rizki Andika, S.KM., yang selalu membantu dan menemani dalam setiap proses penulisan skripsi ini hingga selesai;
9. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL.....	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAM MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY.....	x
PRAKATA.....	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR.....	xxii
DAFTAR LAMPIRAN	xxii
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI.....	xxiii
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	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.3 Manfaat Praktis	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Tuberkulosis	8
2.1.1 Definisi TBC	8
2.1.2 Penyebab TBC	8

2.1.3 Epidemiologi.....	9
2.1.4 Cara Penularan TBC.....	10
2.1.5 Pengobatan	11
2.2 Penanggulangan TBC	13
2.2.1 DOTS (<i>Directly Observed Treatment Short-course</i>)..	14
2.2.2 Advokasi Komunikasi dan Mobilisasi Sosial (AKMS) dalam Penanggulangan TBC.....	17
2.3 Kepatuhan	19
2.3.1 Definisi	19
2.3.2 Faktor- faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Pengobatan	20
2.3.3 Metode Pengukuran Tingkat Kepatuhan.....	21
2.4 Perilaku Manusia.....	21
2.5 Teori S-O-R.....	23
2.6 Kemitraan	24
2.6.1 Pengertian Kemitraan	24
2.6.2 Prinsip-Prinsip Kemitraan	24
2.6.3 Indikator Keberhasilan Kemitraan	25
2.6.4 Tujuan Paguyuban TBC	26
2.6.5 Kegiatan Paguyuban.....	27
2.6.6 Struktur Organisasi Paguyuban TBC	28
2.6.7 Tugas Masing-Masing Seksi dalam Paguyuban TBC	28
2.7 Kerangka Teori.....	32
2.8 Kerangka Konsep	33
2.9 Hipotesis Penelitian	34
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	35
3.1 Jenis Penelitian	35
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	35
3.3 Populasi dan Sampel	35
3.3.1 Populasi	35
3.3.2 Sampel Penelitian	36

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	36
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	37
3.4.1 Variabel Penelitian	37
3.4.2 Definisi Operasional.....	37
3.5 Data dan Sumber Data.....	40
3.5.1 Data Primer.....	40
3.5.2 Data Sekunder	40
3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Perolehan Data	41
3.6.1 Teknik Pengumpulan Data	41
3.6.2 Instrumen Perolehan Data	41
3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data	44
3.7.1 Teknik Pengolahan Data.....	44
3.7.2 Teknik Penyajian Data	45
3.7.3 Teknik Analisis Data	45
3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen	47
3.8.1 Validitas instrumen.....	47
3.8.2 Reliabilitas instrumen.....	48
3.9 Alur Penelitian	49
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	50
4.1 Hasil Penelitian	50
4.1.1 Gambaran Karakteristik Responden.....	50
4.1.2 Gambaran Penyuluhan Kelompok oleh Paguyuban TBC	51
4.1.3 Gambaran Peran Pengawas Minum Obat (PMO)	53
4.1.4 Gambaran Keaktifan Penderita TBC dalam Kegiatan Penyuluhan	55
4.1.5 Gambaran Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis	57

4.1.6 Hubungan antara Penyuluhan dengan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	58
4.1.7 Hubungan antara Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	60
4.1.8 Hubungan antara Keaktifan Penderita Tuberkulosis dengan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	61
4.2 Pembahasan.....	633
4.2.1 Karakteristik Responden	633
4.2.2 Penyuluhan Kelompok oleh Paguyuban TBC.....	644
4.2.3 Peran Pengawas Menelan Obat (PMO)	666
4.2.4 Keaktifan Penderita Tuberkulosis dalam Kegiatan Penyuluhan	67
4.2.5 Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Tuberkulosis	67
4.2.6 Hubungan Penyuluhan Kelompok dengan Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	69
4.2.7 Hubungan Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	71
4.2.8 Hubungan Keaktifan Penderita dengan Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	72
BAB 5. PENUTUP	744
5.1 Kesimpulan	744

5.2 Saran.....	755
DAFTAR PUSTAKA.....	77
LAMPIRAN.....	84



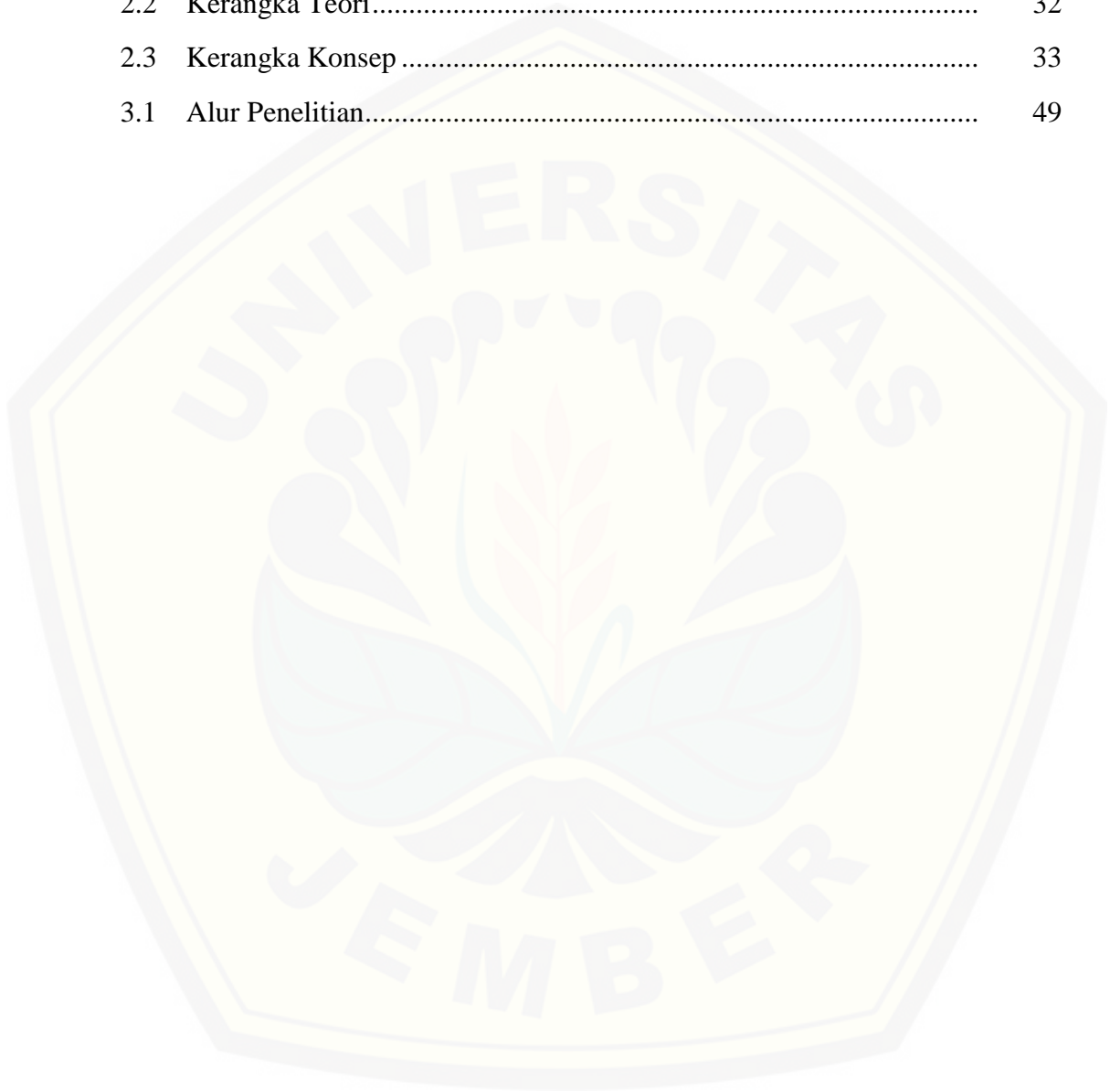
DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Pengelompokan OAT	12
2.2 Dosis untuk panduan OAT-KDT Kategori 1	13
2.3 Dosis untuk panduan OAT-KDT Kategori 2.....	13
3.1 Definisi Operasional	38
3.2 Kisi-kisi kuesioner peran PMO	43
3.3 Perhitungan <i>Prevalence Ratio</i> (PR)	46
4.1 Distribusi frekuensi responden menurut jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan pada penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	50
4.2 Distribusi frekuensi responden menurut penyuluhan kelompok oleh paguyuban TBC pada penderita TBC di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.....	51
4.3 Distribusi Frekuensi Responden menurut Penyuluhan Kelompok oleh Paguyuban TBC berdasarkan Pertanyaan dalam Kuesioner.....	52
4.4 Distribusi frekuensi responden menurut Pengawas Menelan Obat (PMO) penderita TBC di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.....	53
4.5 Distribusi Frekuensi Responden menurut Pengawas Menelan Obat (PMO) berdasarkan Pertanyaan dalam Kuesioner.....	54
4.6 Distribusi frekuensi responden menurut keaktifan penderita TBC dalam kegiatan penyuluhan di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.....	56
4.7 Distribusi Frekuensi Responden menurut Keaktifan Penderita TBC berdasarkan Pertanyaan dalam Kuesioner	56
4.8 Distribusi frekuensi responden menurut kepatuhan minum obat penderita Tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.....	57

4.9	Distribusi Frekuensi Responden menurut Kepatuhan Minum Obat TBC berdasarkan Pertanyaan dalam Kuesioner	58
4.10	Distribusi frekuensi responden menurut penyuluhan dengan kepatuhan minum obat pada penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	59
4.11	Distribusi frekuensi responden menurut Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan kepatuhan minum obat pada penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	60
4.12	Distribusi frekuensi responden menurut keaktifan penderita TBC dengan kepatuhan minum obat pada penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember	62

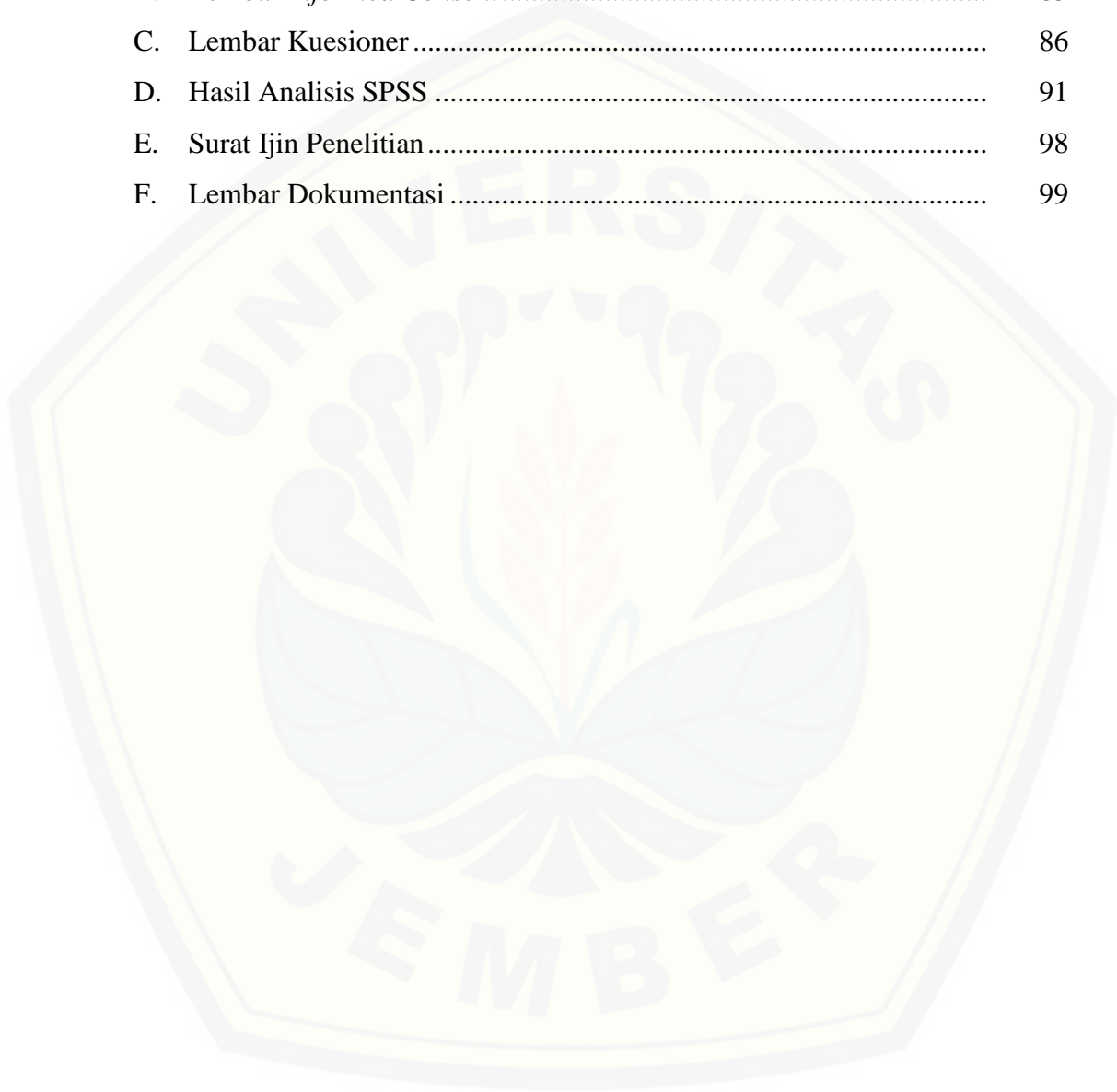
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Struktur Organisasi Paguyuban TBC	28
2.2 Kerangka Teori.....	32
2.3 Kerangka Konsep	33
3.1 Alur Penelitian.....	49



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Pengantar Kuesioner	84
B. Lembar <i>Informed Consent</i>	85
C. Lembar Kuesioner	86
D. Hasil Analisis SPSS	91
E. Surat Ijin Penelitian	98
F. Lembar Dokumentasi	99



DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

Daftar Singkatan :

AKMS	: Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial
BTA	: Basil Tahan Asam
CI	: <i>Confidence Interval</i>
Ditjen P2P	: Direktorat Jenderal Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit
DO	: <i>Drop Out</i>
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment Short-Course</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
INH	: <i>Iso Niacid Hydrazide</i>
KDT	: Kombinasi Dosis Tetap
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MMAS	: <i>Morisky Medication Adherence Scale</i>
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
PERDA	: Peraturan Daerah
PMO	: Pengawas Menelan Obat
PR	: <i>Prevalence Ratio</i>
SDM	: Sumber Daya Manusia
SOR	: Stimulus-Organisme-Respon
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Solutions</i>
TBC	: Tuberkulosis
TSR	: <i>Treatment Success Rate</i>
UPK	: Unit Pelayanan Kesehatan
WHO	: <i>World Health Organization</i>

Daftar Notasi :

%	:	Persen
<	:	Kurang dari
>	:	Lebih dari
\leq	:	Kurang dari sama dengan
\geq	:	Lebih dari sama dengan
=	:	Sama dengan
/	:	Atau
(:	Kurung buka
)	:	Kurung tutup



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru. Batuk selama 2 minggu merupakan gejala utama tuberkulosis yang diikuti beberapa gejala tambahan. Penularan diakibatkan oleh *droplet* yang dikeluarkan selama batuk, tertawa, dan bersin. Nukleus yang terinfeksi kemudian terhirup oleh individu yang rentan. Penyakit TBC paru lebih rentan terjadi ketika daya tahan tubuh menurun (Kemenkes RI, 2016:2).

Tuberkulosis merupakan kasus penyakit menular yang masih menjadi permasalahan kesehatan sampai saat ini. Menurut *Global Report* (2016:147) Indonesia merupakan negara terbanyak kedua kasus TBC setelah India yaitu sebanyak 1,02 juta kasus. Berdasarkan data Direktorat Jenderal Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit (Ditjen P2P) Kemenkes RI (2017:116), secara nasional Provinsi Jawa Timur menempati urutan kedua setelah Provinsi Jawa Barat dengan jumlah penderita TBC sebesar 21.606 kasus. Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten di Jawa Timur yang memiliki jumlah penderita TBC terbanyak kedua setelah Surabaya. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (2016) jumlah kasus TBC sebanyak 3.135 kasus, bila dibandingkan dengan wilayah tapal kuda yang lain, Kabupaten Jember merupakan wilayah yang paling tinggi penderita TBC. Bahkan apabila diprosentasekan jumlah penderita TBC 70-80% di Rumah Sakit Paru berasal dari Jember, bila dibandingkan dengan kota-kota lainnya prosentase ini adalah yang paling tinggi (Ariyanto & Ramani, 2012:155).

Salah satu permasalahan program penanggulangan TBC di Kabupaten Jember adalah putus berobat atau *drop out* (DO) pengobatan (Ariyanto *et al* , 2016:3). Berdasarkan laporan evaluasi pengobatan penderita TBC program P2 TBC Dinas Kesehatan Kabupaten Jember angka keberhasilan pengobatan (*Treatment Success Rate* = TSR) dari tahun ke tahun cenderung meningkat. TSR penderita tuberkulosis dari tahun 2012 yaitu sebesar 92,64%, mengalami kenaikan pada

tahun 2013 sebesar 92,94% kemudian pada tahun 2014 mengalami kenaikan yang lebih besar yaitu 93,73%, namun pada tahun 2015 mengalami penurunan yaitu sebesar 90,1%.

Angka keberhasilan pengobatan TBC (*Treatment Success Rate* =TSR) adalah angka yang menunjukkan prosentase penderita baru TBC Paru terkonfirmasi bakteriologis yang menyelesaikan pengobatan (baik sembuh maupun lengkap) diantara penderita baru TBC paru yang terkonfirmasi bakteriologis yang tercatat. Dengan demikian TSR merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan dan angka pengobatan lengkap. Pengobatan lengkap penderita TBC dipengaruhi oleh kepatuhan penderita untuk meminum obat selama 6-8 bulan, supaya semua bakteri (termasuk bakteri persisten) dapat dibunuh (Kemenkes RI, 2014).

Berbagai upaya penanggulangan dilakukan untuk menanggulangi permasalahan TBC di Indonesia. Penanggulangan TBC di Indonesia yang menjadi strategi utama sampai saat ini mengacu pada program DOTS (*Directly Observed Treatment Short-Course*), agar program tersebut bisa berjalan dengan baik maka diperlukan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penanggulangan TBC memerlukan upaya terpadu dan sistematis yang dapat dilakukan melalui advokasi kebijakan publik, komunikasi untuk perubahan perilaku dan mobilisasi kekuatan elemen masyarakat yang dikenal dengan AKMS (Advokasi, Komunikasi, dan Mobilisasi Sosial). (Kemenkes RI, 2014:1).

Pada rencana aksi nasional AKMS (Advokasi, Komunikasi, dan Mobilisasi Sosial) tahun 2014 salah satu isu strategis yang diangkat adalah peran masyarakat dan penderita TBC melalui pemberdayaan masyarakat. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 tahun 2016 tentang penanggulangan tuberkulosis, pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui kegiatan menginformasikan, mempengaruhi, dan membantu masyarakat agar berperan aktif dalam rangka mencegah penularan TBC, meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta menghilangkan diskriminasi terhadap penderita TBC. Upaya yang dapat dilakukan adalah dengan melibatkan penderita TBC, mantan penderita TBC dan orang di lingkungannya. Diharapkan pelibatan dan pemberdayaan penderita dan masyarakat dapat menciptakan kebutuhan akan pelayanan TBC yang berkualitas.

Upaya pemberdayaan terhadap masyarakat dapat dilakukan dengan memanfaatkan kelompok-kelompok yang ada di masyarakat seperti paguyuban TBC yang bertujuan untuk menjadi pendorong program penanggulangan TBC, sehingga tidak menjadi permasalahan kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2011:6-7).

Paguyuban TBC merupakan kelompok yang memiliki kepedulian, kemauan, kemampuan dan komitmen yang tinggi untuk memberikan dukungan serta kontribusi pada penanggulangan TBC dengan berperan sesuai potensinya. Paguyuban TBC digunakan untuk meminimalkan penundaan diagnostik dan meningkatkan kepatuhan (Minani *et al*, 2014:45). Menurut Macq Jean *et al* (dalam Dhingra, 2009:18) melalui intervensi yang dilakukan oleh paguyuban TBC di daerah pedesaan Nikaragua menunjukkan penurunan stigma secara signifikan yang dirasakan oleh pasien TBC. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wingfield *et al* (2014:61) bahwa dengan menyelenggarakan pertemuan melalui partisipasi masyarakat yang dihadiri oleh 254 peserta, 95% dari peserta menilai dengan pertemuan rutin dan kunjungan rumah melalui paguyuban TBC adalah cara yang terbaik dan tepat untuk penanggulangan TBC.

Berdasarkan beberapa penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Kholifah (2012:59-60) bahwa dengan membentuk paguyuban TBC Paru di Puskesmas Krembangan Selatan Surabaya dapat menciptakan kondisi yang menumbuhkan motivasi kepada penderita TBC untuk berobat sampai tuntas. Hasil penelitian Atmojo (2016:27) menyatakan bahwa paguyuban TBC memiliki peran sebagai sarana komunikasi antar PMO, sarana evaluasi pengetahuan yang telah diberikan untuk mendukung penderita TBC menyelesaikan pengobatannya. Hasil analisis penelitian kuantitatif yang dilakukan oleh Ramdaniati (2017:70) menunjukkan bahwa penderita yang tergabung dalam paguyuban TBC memiliki kepatuhan minum obat 5 (lima) kali lebih tinggi dibandingkan dengan penderita yang tidak tergabung dalam paguyuban TBC.

Kabupaten Jember merupakan salah satu kabupaten yang membentuk paguyuban TBC melalui puskesmas dalam upaya penanggulangan TBC. Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Jember ada lima puskesmas yang membentuk paguyuban TBC yaitu Puskesmas Tempurejo, Puskesmas Silo I, Puskesmas

Kalisat, Puskesmas Sumberjambe, dan Puskesmas Puger. Dari kelima puskesmas yang memiliki paguyuban TBC tersebut, capaian angka keberhasilan pengobatan yang berhasil mencapai target Dinas Kesehatan Kabupaten Jember adalah Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Puger.

Hasil observasi awal yang dilakukan oleh peneliti melalui wawancara dengan pemegang program TBC di Puskesmas Sumberjambe dan Puskesmas Puger didapatkan bahwa pelaksanaan paguyuban TBC di kedua puskesmas tersebut masih aktif sampai saat ini. Paguyuban TBC di Puskesmas Sumberjambe bernama paguyuban TBC Sayang Paru yang didirikan sejak tahun 2002, sedangkan paguyuban TBC di Puskesmas Puger bernama paguyuban TBC Sumber Waras yang didirikan sejak tahun 2015. Puskesmas Sumberjambe memiliki paguyuban TBC yang berdiri lebih awal dibandingkan dengan paguyuban TBC di Puskesmas Puger.

Capaian angka keberhasilan pengobatan *Treatment Success Rate* (TSR) antara Puskesmas Puger dengan Puskesmas Sumberjambe memiliki perbedaan. Puskesmas Puger memiliki capaian angka keberhasilan pengobatan (TSR) yang cenderung meningkat dari tahun 2012 hingga 2015 walaupun paguyuban TBC belum dibentuk di Puger pada tahun 2012 hingga tahun 2014. Adapun kenaikan capaian angka keberhasilan pengobatan (TSR) Puskesmas Puger yaitu pada tahun 2012 TSR sebesar 85,92% kemudian naik pada tahun 2013 sebesar 88,71%, kemudian pada tahun 2014 mengalami kenaikan yaitu sebesar 91,8% dan terakhir pada tahun 2015 capaian angka keberhasilan pengobatan (TSR) adalah sebesar 94%. Hal ini berbeda dengan capaian angka keberhasilan pengobatan (TSR) di Puskesmas Sumberjambe, walaupun paguyuban TBC di Puskesmas Sumberjambe berdiri sejak tahun 2002 dan aktif melakukan kegiatan penanggulangan TBC hingga saat ini, namun TSR di Puskesmas Sumberjambe cenderung fluktuatif dari tahun ke tahun, hal ini dapat dilihat pada capaian angka keberhasilan pengobatan Puskesmas Sumberjambe dari tahun 2012 hingga 2015 yaitu pada tahun 2012 TSR sebesar 91,43% , kemudian mengalami kenaikan pada tahun 2013 sebesar 100%, pada tahun 2014 mengalami penurunan yaitu 84,78%, dan pada tahun 2015 mengalami kenaikan sebesar 95%, bahkan capaian angka keberhasilan pengobatan

(TSR) Puskesmas Sumberjambe merupakan capaian TSR tertinggi diantara ke lima puskesmas di Kabupaten Jember yang membentuk telah paguyuban TBC.

Oleh karena itu berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai peran paguyuban TBC terhadap kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe. Hal ini dikarenakan paguyuban TBC Sayang Paru aktif sejak tahun 2002 hingga saat ini, namun capaian angka keberhasilan pengobatan (*Treatment Success Rate* = TSR) di Kecamatan Sumberjambe fluktuatif. Selain itu, alasan peneliti ingin melakukan penelitian paguyuban TBC di Kabupaten Jember karena masih jarangya penelitian tentang peran paguyuban TBC ini dilakukan, sedangkan paguyuban TBC merupakan salah satu upaya penanggulangan TBC agar TBC tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat lagi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Adakah peran paguyuban TBC terhadap kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis peran paguyuban tuberkulosis terhadap kepatuhan minum obat penderita TBC di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan pada penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

- b. Menggambarkan peran paguyuban TBC melalui penyuluhan kelompok kepada penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- c. Menggambarkan peran paguyuban TBC melalui PMO (Pengawas Menelan Obat) kepada penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- d. Menggambarkan keaktifan penderita tuberkulosis dalam mengikuti kegiatan paguyuban TBC.
- e. Menggambarkan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- f. Menganalisis peran penyuluhan kelompok dengan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember
- g. Menganalisis peran PMO (Pengawas Menelan Obat) dengan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember
- h. Menganalisis hubungan antara keaktifan penderita TBC dalam mengikuti kegiatan paguyuban TBC dengan kepatuhan minum obat penderita TBC.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan masyarakat khususnya bidang epidemiologi penyakit menular mengenai kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis, serta dapat digunakan sebagai salah satu referensi untuk pengembangan penelitian yang terkait di masa yang akan datang.

1.4.3 Manfaat Praktis

a. Bagi paguyuban TBC puskesmas Sumberjambe

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi bagi paguyuban TBC puskesmas Sumberjambe dalam mengambil keputusan untuk melaksanakan kegiatan penatalaksanaan pada penderita tuberkulosis sehingga dapat meningkatkan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis.

b. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Hasil penelitian ini dapat menambah literatur di pePRustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan menjadi referensi ilmiah terkait peran paguyuban TBC terhadap kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis sehingga dapat memperkaya khasanah perkembangan ilmu kesehatan masyarakat

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis

2.1.1 Definisi TBC

Tuberkulosis merupakan salah satu penyakit infeksi menular yang diakibatkan oleh salah satu bakteri bernama *Mycobacterium tuberculosis*, yang dapat menyerang berbagai organ, organ paru-paru adalah organ yang paling sering terserang (Kemenkes RI, 2016:2). Bakteri *Mycobacterium tuberculosis* tersebut biasanya masuk kedalam tubuh manusia melalui udara (pernafasan) kedalam paru-paru, kemudian bakteri tersebut menyebar dari paru-paru ke organ tubuh yang lain melalui penyebaran darah, kelenjar limfe, saluran pernafasan, penyebaran langsung ke organ tubuh lain (Somantri, 2008:158).

2.1.2 Penyebab TBC

Tuberkulosis disebabkan oleh bakteri dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. *Mycobacterium* memiliki beberapa spesies diantaranya yaitu: *M. tuberculosis*, *M. africanum*, *M. bovis*, *M. leprae* dsb. Penegakan dan pengobatan tuberkulosis terkadang bisa terganggu karena bakteri ini juga dikenal sebagai MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*). Sehingga hal tersebut dapat diselesaikan dengan pemeriksaan bakteriologis, karena pemeriksaan bakteriologis yang mampu melakukan identifikasi terhadap *Mycobacterium tuberculosis* menjadi sarana diagnosis yang ideal untuk tuberkulosis.

Secara umum sifat bakteri TBC (*Mycobacterium tuberculosis*) antara lain adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2014:2):

- a. Memiliki bentuk berupa batang dan panjang 1 – 10 mikron, lebar 0,2 – 0,6 mikron.
- b. Pewarnaan dengan metode Ziehl Neelsen bakteri ini memiliki sifat yang tahan asam

- c. Lowenstein Jensen, Ogawa merupakan media khusus yang diperlukan untuk biakan
- d. Pemeriksaan yang dilakukan menggunakan mikroskop, bakteri akan nampak berbentuk batang berwarna merah.
- e. Tahan terhadap suhu rendah sehingga dapat bertahan hidup dalam jangka waktu lama (selama 2 tahun) pada suhu antara 40C sampai minus 700C.
- f. Bakteri sangat peka terhadap panas, sinar matahari, dan sinar ultraviolet.
- g. Bakteri sebagian besar akan mati dalam waktu beberapa menit pada saat terpapar langsung oleh sinar ultraviolet.
- h. Dahak pada suhu antara 30 – 37°C akan mati dalam waktu kurang 1 minggu.
- i. Bakteri dapat bersifat *dormant* (tidur / tidak berkembang)

2.1.3 Epidemiologi

Jumlah tingkat kematian akibat TBC dan kejadian TBC terus turun secara global dan di India. Menurut *Global Report* (2016) diperkirakan ada sekitar 10,4 juta kejadian baru tuberkulosis di seluruh dunia pada tahun 2015, dimana 56% dari total kejadian tuberkulosis yang baru adalah 5,9 juta yaitu termasuk di antara pria, 3,5 juta (34%) di antara wanita dan 1,0 juta (10%) di antara anak-anak. Orang yang hidup dengan HIV memberikan kontribusi sebanyak 1,2 juta (11%) dari semua kasus tuberkulosis baru. Enam negara menyumbang 60% kasus baru: Negara India, Negara Indonesia, Negara Cina, Negara Nigeria, Negara Pakistan dan Afrika Selatan.

Kejadian tuberkulosis di dunia tergantung pada kemajuan utama untuk mencegah kejadian tuberkulosis dan perawatan di negara-negara yang memiliki kasus tuberkulosis ini. Tingkat penurunan pada kejadian TBC hanya 1,5% dari tahun 2014 sampai 2015 di seluruh dunia. Hal ini perlu dipercepat pada tahun 2020 penurunan tahunan menjadi 4-5% agar tonggak pertama strategi TBC akhir dapat tercapai. Pada tahun 2015, diperkirakan ada 480.000 kasus baru tuberkulosis kebal obat (MDR-TBC) dan tambahan 100.000 orang dengan TBC rifampisin (RR-TBC) yang juga baru memenuhi syarat untuk pengobatan TBC-MDR. India, Cina dan

Federasi Rusia menyumbang 45% dari jumlah gabungan total 580.000 kasus. Ada sekitar 1,4 juta kematian di Indonesia tahun 2015, dan tambahan 0,4 juta kematian akibat Penyakit TBC di antara orang yang hidup dengan HIV. Walaupun jumlah kematian akibat tuberkulosis mengalami penurunan sebesar 22% selama lima belas tahun yaitu antara tahun 2000 hingga 2015, tuberkulosis hingga saat ini masih menjadi salah satu diantara 10 penyebab kematian di seluruh dunia yang terjadi pada tahun 2015.

Di Indonesia tuberkulosis masih menjadi permasalahan kesehatan yang terjadi di masyarakat, hal tersebut terbukti pada hasil Badan Libangkes Kemenkes RI (2014:3-4) bahwa prevalensi TBC di Indonesia terdiri dari berbagai tingkat umur yaitu mulai dari umur kurang dari satu tahun sampai umur lebih dari 75 tahun, pada karakteristik umur yang paling tinggi prevalensi penderita TBC adalah pada umur 65-74 tahun yaitu 0,8. Berdasarkan karakteristik tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat Pendidikan maka semakin rendah prevalensi TBC yaitu pada Pendidikan tamat perguruan tinggi 0,2, sedangkan menurut karakteristik pekerjaan , pada penduduk yang tidak bekerja memiliki prevalensi TBC yang lebih tinggi.

2.1.4 Cara Penularan TBC

Menurut Kemenkes RI (2014:3), tuberkulosis dapat menular dengan berbagai cara diantaranya cara adalah sebagai berikut:

a. Penderita BTA positif

Seorang penderita BTA positif menularkan penyakit tuberkulosis melalui percik renik dahak yang dikeluarkannya. Tetapi seorang penderita tuberkulosis dengan hasil pemeriksaan BTA negatif bukan berarti tidak mengandung bakteri dalam dahaknya. Penularan tersebut bisa saja terjadi oleh karena jumlah bakteri yang terkandung dalam contoh uji \leq dari 5.000 bakteri/cc dahak sehingga sulit di deteksi melalui pemeriksaan mikroskopis langsung.

b. Penderita TBC dengan BTA negatif

Seorang penderita tuberkulosis yang memiliki BTA negatif masih memiliki kemungkinan untuk menularkan penyakit tuberkulosis. Tingkat penularan

penderita BTA positif adalah 65%, penderita BTA negatif dengan hasil kultur positif adalah 26% sedangkan penderita TBC dengan hasil kultur negatif dan foto toraks positif adalah 17%.

c. Udara

Penularan tuberkulosis bisa terjadi melalui infeksi pada saat orang lain menghirup udara yang mengandung percik relik dahak yang sudah infeksius tersebut.

d. Penderita batuk atau bersin

Penderita ketika mengalami batuk atau bersin menyebarkan bakteri melalui udara yang berbentuk percikan dahak (*droplet nuclei* / percik relik). Percikan dahak yang dapat dihasilkan dalam sekali batuk adalah sekitar 3.000 percikan dahak.

2.1.5 Pengobatan

Pengobatan penyakit tuberkulosis memiliki beberapa tujuan diantaranya adalah untuk menyembuhkan penderita tuberkulosis, mencegah penyakit tuberkulosis kambuh, menurunkan tingkat penularan kepada orang lain, dan yang terakhir adalah untuk mencegah kematian pada penderita tuberkulosis. Panduan OAT yang tepat merupakan salah satu bentuk obat yang diberikan pada saat pengobatan penderita tuberkulosis mengandung minimal 4 jenis obat yang digunakan untuk mencegah terjadinya kebal obat, obat diberikan dengan jumlah yang cukup dan dosis yang tepat selama 6-8 bulan, agar semua bakteri (termasuk bakteri kebal obat) dapat dimatikan. Dosis tahap intensif dan dosis tahap lanjutan ditelan sebagai dosis tunggal, sebaiknya pada saat perut kosong. Menurut Depkes RI (2014:21) pengobatan tuberkulosis dapat dilakukan dalam dua tahap yaitu:

a. Tahap Awal

Pada tahap awal pengobatan tuberkulosis diminum setiap hari. Panduan pada tahap ini dimaksudkan untuk menurunkan jumlah bakteri secara efektif yang ada dalam tubuh penderita dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil bakteri yang mungkin sudah resisten sejak sebelum penderita mendapatkan pengobatan. Pengobatan tahap awal pada semua penderita baru harus diberikan selama 2 bulan.

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

b. Tahap Lanjutan

Pengobatan tahap lanjutan merupakan tahap yang penting untuk membunuh sisa-sisa bakteri yang masih ada dalam tubuh khususnya bakteri persisten sehingga penderita dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Tabel 2.1 Pengelompokan OAT

Golongan dan Jenis	Obat	
Golongan- 1 Obat Lini pertama	- Isoniazid (H) - Ethambutol (E)	- Pirazinamid (Z) - Rifampicin (R) - Streptomycin (S)
Golongan- 2 / Obat suntik/Suntikan lini kedua	- Kanamycin (Km)	- Amikacin (Am) - Capreomycin (Cm)
Golongan- 3 / Golongan Floroquinolone	- Ofloxacin (Ofx)	- Moxifloxacin (Mfx)
Golongan-4 / Obat Bakteriostatik lini kedua	- Levofloxacin (Lfx) - Ethionamide (Eto) - Prothionamide (Pto)	- Para amino salisilat (PAS) - Terizidone (Trd)
Golongan-5 / Obat yang belum terbukti efikasinya dan tidak direkomendasikan oleh WHO	- Cycloserine (Cs) - Clofazimine - Linezolid - Amoxilin - Clavulanate (Amx Clv)	- Thioacetazone (Thz) - Clarthromycin (Clr) - imipenem (Ipm)

Menurut Depkes RI (2014:24), bentuk paket kombipak yang merupakan panduan OAT bertujuan agar pemberian obat dan menjamin kelangsungan pengobatan sampai selesai menjadi lebih mudah. Panduan OAT digunakan dalam program nasional penanggulangan TBC di Indonesia :

a. Kategori-1 : 2(HRZE) / 4(HR)3

Paduan OAT ini diberikan untuk pasien TBC paru terkonfirmasi bakteriologis, penderita TBC paru terdiagnosis klinis, dan penderita TBC ekstra paru.

Tabel 2.2 Dosis untuk panduan OAT-KDT Kategori 1

Berat Badan	Tahap intensif tiap hari selama 56 hari RHZE (150/75/400/275)	Tahap Lanjutan 3 kali seminggu selama 16 minggu
30-37 Kg	2 tablet 4KDT	2 tablet 2KDT
38-54 Kg	3 tablet 4KDT	3 tablet 2KDT
55-70 Kg	4 tablet 4KDT	4 tablet 2 KDT
71 Kg	5 tablet 4KDT	5 tablet 2KDT

b. Kategori -2: 2(HRZE)S / (HRZE) / 5(HR)3E3

Paduan OAT ini diberikan untuk penderita BTA positif yang pernah diobati sebelumnya (pengobatan ulang) seperti Penderita kambuh, penderita gagal pada pengobatan dengan paduan OAT kategori 1 sebelumnya dan penderita yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*).

Tabel 2.3 Dosis untuk panduan OAT-KDT Kategori 2

Berat Badan	Tahap Intensif tiap hari RHZE (150/75/400/275) + S		Tahap lanjutan 3 kali seminggu RH (150/150) + E(400)
	Selama 56 hari	Selama 28 hari	Selama 20 minggu
30-37 kg	2 tab 4KDT+500 mg Streptomisin Inj.	2 tab 4KDT	2 tab 2 KDT + 2 tab Etambutol
38-54 kg	3 tab 4KDT + 750 mg Streptomisin Inj.	3 tab 4KDT	3 tab 2KDT + 3 tab Etambutol
55-70 kg	4 tab 4KDT + 100 mg Streptomisin Inj.	4 tab 4KDT	4tab 2KDT + 4 tab Etambutol
≥71 kg	5 tab + 100 mg Streptomisin Inj.	5 tab 4KDT	5 tab 2KDT + 5 tab Etambuto

2.2 Penanggulangan TBC

Upaya penanggulangan tuberkulosis di Indonesia dilakukan sejak sebelum kemerdekaan Indonesia. Hal tersebut bisa dilihat setelah terjadi perang dunia kedua

dengan adanya 20 balai pengobatan dan 15 sanatorium yang berada di Pulau Jawa pada umumnya. Kemudian berdasarkan foto toraks dan pengobatan penderita secara rawat inap digunakan untuk menegakkan diagnosis setelah perang kemerdekaan Indonesia. Pada era tersebut sebenarnya *World Health Organization* (WHO) telah merekomendasikan untuk melakukan perawatan penderita tuberkulosis secara rawat jalan dengan pemeriksaan dahak secara langsung dan pengobatan yang dilakukan menggunakan OAT yang baru saja ditemukan yaitu: INH, PAS, dan Streptomisin. Upaya penanggulangan tuberkulosis secara modern diawali pada tahun 1960-1970an dengan dibentuknya Subdit pada tahun 1967 dan pedoman nasional penanggulangan TBC disusun pada tahun tersebut. Puskesmas dengan rumah sakit merupakan unit kesehatan sebagai pusat rujukan untuk yang digunakan pada penatalaksanaan kasus tuberkulosis.

Pengobatan jangka pendek selama enam bulan dengan menggunakan OAT mulai diperkenalkan pada tahun 1977 dengan menggunakan panduan OAT yang terdiri dari INH, rifampisin, dan ethambutol. Kesembuhan yang cukup tinggi diperlihatkan pada saat dilakukan beberapa uji pendahuluan. Uji coba yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI pada tahun 1994 tentang penerapan strategi DOTS di suatu Kabupaten yang ada di Provinsi Jawa Timur dan satu Kabupaten yang ada di Provinsi Jambi. Berdasarkan keberhasilan uji coba yang sudah dilakukan tersebut, sejak tahun 1995 strategi DOTS diterapkan secara nasional bertahap melalui puskesmas. Seiring dengan berjalannya waktu, hasil yang bermakna sampai dengan saat ini didapatkan hasil dari upaya penanggulangan TBC yang telah dilakukan (Kemenkes RI,2014:6).

2.2.1 DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*)

DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*) atau yang dalam bahasa Indonesia berarti pengobatan jangka pendek dengan pengawasan langsung merupakan suatu strategi rekomendasi WHO yang dilaksanakan di pelayanan kesehatan dasar di dunia untuk mendeteksi dan menyembuhkan tuberkulosis (TBC). DOTS di Indonesia mulai diterapkan sejak tahun 1995 dan dijadikan

sebagai salah satu pedoman dalam penyusunan Rencana Strategi Nasional Penanggulangan TBC sekitar tahun 2000.

Penerapan strategi DOTS memerlukan pengelolaan yang sangat spesifik karena dibutuhkan kedisiplinan dalam penerapan semua standar prosedur operasional yang ditetapkan. Selain itu perlu adanya koordinasi antar unit pelayanan dalam bentuk jejaring dan penerapan standar diagnosa dan terapi yang benar serta dukungan yang kuat dari jajaran direksi rumah sakit berupa komitmen dalam pengelolaan penanggulangan TBC.

Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan penderita, prioritas diberikan kepada penderita TBC tipe menular. Strategi ini akan memutuskan penularan TBC dan dengan demikian menurunkan insiden TBC di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan penderita merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TBC. Adapun 5 komponen kunci strategi DOTS yang diterapkan adalah sebagai berikut:

a. Komitmen politis, dengan peningkatan dan kesinambungan pendanaan.

Komitmen politis yang berkesinambungan sangat penting untuk menerapkan dan mempertahankan komponen DOTS lainnya. Dibutuhkan investasi dan komitmen yang berkesinambungan untuk menjamin kondisi yang mendukung terintegrasinya manajemen kasus TBC nasional. Kondisi yang mendukung tersebut diantaranya adalah pengembangan infrastruktur, pengembangan sumber daya manusia dan pelatihan, kerjasama lintas program dan lintas sektor, dukungan dari kebijakan penanggulangan TBC untuk pelaksanaan program secara rasional, termasuk tersedianya OAT (Obat Anti Tuberkulosis) lini kedua dan sarana pendukung lainnya. Selain itu, Program Penanggulangan TBC Nasional harus diperkuat untuk mencegah meningkatnya kejadian TBC di masyarakat.

b. Penemuan kasus melalui pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya.

Diagnosis yang akurat dan tepat waktu adalah landasan utama dalam Program Penanggulangan TBC Nasional, termasuk mempertimbangkan perkembangan teknologi yang sudah ada maupun baru. Proses penegakan diagnosis TBC adalah pemeriksaan apusan dahak secara mikroskopis, biakan, dan uji

kepekaan konvensional yang dilakukan di laboratorium rujukan yang sudah tersertifikasi maupun penggunaan tes cepat yang sudah mendapatkan pengakuan dari Badan Kesehatan Dunia dan Kementerian Kesehatan RI.

c. Pengobatan yang standar, dengan pengobatan dan dukungan bagi penderita.

Patokan dalam mengontrol TBC adalah mengatur dan mengelola pengobatan standar untuk semua kasus TBC dewasa dan anak – sputum BTA positif, BTA-negatif, dan paru. Pada semua kasus, pedoman WHO pada kategorisasi penderita dan manajemen harus diikuti. Pedoman ini menekankan penggunaan rejimen standar dan paling efektif serta dosis tetap obat untuk memfasilitasi kepatuhan terhadap pengobatan dan untuk mengurangi risiko terjadinya resistensi obat. Agar mencapai tingkat kesembuhan yang tinggi, pengobatan penderita TBC membutuhkan penggunaan obat TBC secara rasional oleh tenaga kesehatan dan dukungan yang memadai dari berbagai pihak terhadap penderita TBC dan pengawas menelan obat (PMO) serta mempermudah akses penderita terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang telah tersedia.

d. Sistem pengelolaan dan ketersediaan OAT yang efektif.

Pencapaian angka keberhasilan pengobatan sangat bergantung pada efektivitas sistem logistik dalam menjamin ketersediaan obat (untuk obat lini pertama dan kedua) dan logistik non-obat secara kontinyu. Diperlukan upaya tambahan dari petugas farmasi/petugas kesehatan yang terlibat dalam pengelolaan OAT di setiap jenjang, dimulai dari perhitungan kebutuhan, penyimpanan, sampai persiapan pemberian (distribusi) OAT kepada penderita. Untuk menjamin tidak terputusnya pemberian OAT maka stok OAT harus tersedia dalam jumlah cukup untuk minimal 6 bulan sebelum obat diperkirakan habis.

e. Sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan.

Prosedur penegakan diagnosis TBC memerlukan waktu yang bervariasi (tergantung metode yang dipakai), masa pengobatan yang panjang dan tidak sama lamanya, banyaknya jumlah OAT yang ditelan, efek samping yang mungkin ditimbulkan merupakan hal-hal yang menyebabkan perbedaan antara pencatatan pelaporan program Manajemen Terpadu Penanggulangan TBC Resistan Obat dengan sistem yang dipakai untuk TBC tidak resisten obat yang selama ini sudah

berjalan. Perbedaannya antara lain adalah terdapatnya pencatatan hasil pemeriksaan biakan dan uji kepekaan OAT, pengawasan pemberian pengobatan dan respons selama masa pengobatan serta setelah masa pengobatan selesai. Hasil pencatatan dan pelaporan diperlukan untuk analisis kohort, menghitung indikator antara dan laporan hasil pengobatan. Selain itu pengawasan rutin harus dilakukan untuk memverifikasi kualitas informasi dan untuk mengatasi masalah kinerja.

2.2.2 Advokasi Komunikasi dan Mobilisasi Sosial (AKMS) dalam Penanggulangan TBC

Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial merupakan strategi yang digunakan untuk mengarahkan masyarakat agar lebih mampu melakukan perilaku yang mengacu pada pencegahan dan pengobatan TBC. Ada tiga aspek dalam strategi ini yang saling berkaitan satu sama lain, dari ketiga aspek yang ada pada strategi ini mobilisasi sosial merupakan yang paling utama yang didukung oleh komunikasi dan advokasi. Masing-masing strategi harus diwujudkan untuk mendapatkan dukungan kemitraan dengan berbagai stakeholder.

a. Advokasi

Advokasi merupakan salah satu pendekatan yang dilakukan kepada pemangku kepentingan, media masa, berbagai sektor yang terkait digunakan untuk mempengaruhinya sehingga dihasilkan dukungan untuk penanggulangan TBC. Bentuk yang ingin diwujudkan pada dukungan advokasi ini adalah adanya peraturan perundangan pada tingkat nasional maupun peraturan yang ada pada tingkat daerah bisa melalui peraturan daerah, surat keputusan gubernur, bupati/walikota, peraturan desa dan sebagainya yang mendukung penanggulangan TBC di berbagai daerah. Hal ini digunakan untuk mengatasi masalah terkait adanya dugaan tentang kurangnya dukungan dari berbagai pihak pemangku kepentingan terkait penanggulangan TBC di berbagai daerah.

Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan advokasi pada stakeholder yaitu data dan informasi yang cukup serta bahan-bahan lainnya yang sesuai untuk mendukung kita dalam melakukan advokasi kepada stakeholder

sehingga bisa meyakinkan untuk mendukung penanggulangan TBC di berbagai daerah.

Adapun langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk melakukan kegiatan advokasi penanggulangan TBC adalah sebagai berikut :

1. Menganalisis situasi yang ada di daerah yang akan kita lakukan advokasi
2. Memilih berbagai metode yang tepat untuk melakukan advokasi.
3. Mengembangkan berbagai bahan yang akan kita gunakan untuk disajikan kepada sasaran advokasi.
4. Mobilisasi sumber dana. (Departemen Kesehatan RI,2011).

b. Komunikasi

Komunikasi adalah suatu proses untuk menyampaikan pesan atau informasi atau suatu ide dan gagasan untuk disampaikan dengan cara lisan ataupun tulisan dari pemberi pesan kepada seseorang yang menerima pesan pesan melewati suatu media dengan tujuan adanya pengaruh timbal balik. Pada AKMS , Meningkatkan keterampilan konseling dan komunikasi petugas ataupun kader merupakan salah satu strategi yang dapat dilaksanakan untuk penanggulangan TBC. Selain itu, komunikasi secara langsung antara petugas kesehatan dengan penderita TBC melalui penyuluhan , konseling dan komunikasi secara tidak langsung dengan menggunakan media cetak ataupun elektronik. Komunikasi yang dilakukan diharapkan dapat menciptakan :

1. Menimbulkan persepsi yang positif dari masyarakat bahwa tuberkulosis bukan merupakan penyakit yang diturunkan dari keluarganya maupun penyakit akibat guna-guna dari dukun.
2. Keluarga menjadi PMO yang mendukung proses pengobatan penderita tuberkulosis untuk melakukan pengobatan sampai tuntas.
3. Masyarakat menjadi sadar dan mendukung perilaku sehat untuk pencegahan penyakit tuberkulosis.
4. Adanya kampanye STOP TBC.

Komunikasi bisa dikatakan berhasil apabila dalam komunikasi tersebut ada umpan balik yang diberikan oleh penerima pesan kepada penyampai pesan. Umpan balik disini yang dimaksud adalah suatu respon yang diberikan oleh penerima pesan

terhadap pesan yang diberikan oleh penyampai pesan pada proses komunikasi. Umpan balik ini digunakan untuk mengukur proses komunikasi apakah :

1. Pesan yang diberikan oleh pemberi pesan dapat tersampaikan dengan baik
 2. Penerima pesan dapat mengerti pesan yang disampaikan oleh pemberi pesan
 3. Penerima pesan dapat menyampaikan pesan sesuai maksud yang diinginkan
 4. Ketepatan alat atau media yang digunakan pada proses komunikasi.
- c. Mobilisasi Sosial

Mobilisasi sosial merupakan hal yang paling utama yang ada di strategi ini, karena tujuannya adalah agar masyarakat bisa berperan secara aktif dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan TBC untuk memberikan komitmen sosial pada stakeholder agar tercipta kesolidaritasan sehingga mampumengatasi masalah yang ada secara bersama-sama, dengan arti lain mobilisasi sosial memiliki tujuan agar masyarakat yang semula tidak peduli dengan TBC bisa berdaya menanggulangi permasalahan kesehatannya. Hal ini digunakan untuk menjawab permasalahan saat ini yaitu tentang pemahaman masyarakat dalam penanggulangan dan pencarian pengobatan yang masih kurang, kerjasama berbagai lintas program yang masih kurang, kurang adanya kerjasama mitra dan berbagai sektor dalam penganggulangan TBC , serta masih adanya akses informasi untuk masyarakat yang kurang.

2.3 Kepatuhan

2.3.1 Definisi

Patuh merupakan suatu istilah yang menggambarkan sifat dari seseorang yang suka menurut, taat pada perintah dan aturan. Jadi kepatuhan berarti sifat patuh atau ketaatan (Tim Penyusun Kamus Pusat Bahasa Indonesia, 2002). Menurut Yandiarso Kamus Umum Bahasa Indonesia (2009), patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah sedangkan kepatuhan adalah tindakan atau aktivitas yang sesuai dengan standar operasional. Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Kepatuhan atau ketaatan (*compliance/adherence*)

adalah tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain.

Kepatuhan (*compliance atau adherence*) merupakan tingkat penderita melakukan cara pengobatan dan perilaku yang dianjurkan oleh dokternya atau oleh yang lain. Kepatuhan penderita dilihat sebagai sudah sampai mana perilaku penderita sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan. Penderita tuberkulosis yang menyelesaikan pengobatannya secara teratur dan lengkap tanpa terputus selama paling sedikit enam bulan sampai dengan delapan bulan merupakan indikator penderita dikatakan patuh berobat (Kemenkes RI,2014). Kepatuhan berobat adalah perilaku individu penderita untuk meminum obat secara teratur sesuai dengan petunjuk petugas kesehatan dan merubah kebiasaan-kebiasaan yang dapat merugikan dirinya sendiri dan masyarakat luas.

2.3.2 Faktor- faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Pengobatan

Berdasarkan hasil penelitian Lestari (2016), ada lima faktor ditemukan berhubungan dengan kepatuhan minum obat penderita TBC yaitu :

- a. Motivasi untuk sembuh dari penyakit TBC
- b. *Support* dari keluarga.

Salah satu dukungan yang diberikan oleh keluarga adalah dengan mengantar penderita TBC saat mengambil obat dan periksa ke puskesmas, hal ini berperan dalam kepatuhan minum obat penderita TBC. Anggota keluarga dan teman berperan penting dalam setiap proses pengobatan yang dijalani oleh penderita tuberkulosis, peran tersebut berupa dukungan sosial yang berwujud dukungan emosional. Menurut (Meichenbaun, 1997 dalam Suparyanto, 2009:5) bahwa teman dapat menjadi faktor penghilang godaan untuk tidak patuh minum obat dan menjadi salah satu pendukung untuk mendapatkan kepatuhan.

- c. Pengawasan seorang PMO

Responden menjelaskan bahwa keberadaan PMO sangat dirasakan manfaatnya oleh penderita “Pada awal pengobatan saya sering lupa, dan PMO

(anak saya sendiri bu) yang sering mengingatkan saya untuk minum obat” menuuert penderita TBC.

d. Penyuluhan yang selalu diberikan oleh petugas

Penyuluhan oleh petugas kesehatan yang berisi pesan tentang penyakit TBC, pengobatan penderita TBC menjadi faktor penunjang pada kepatuhan berobat penderita TBC karena penderita TBC menjadi faham tentang manfaat minum obat secara teratur dan mengetahui cara mencegah penularannya pada keluarga.

e. Tidak ingin menularkan penyakitnya kepada anggota keluarga yang lain.

2.3.3 Metode Pengukuran Tingkat Kepatuhan

Menurut Notoadmojo (2010:58), tingkat kepatuhan pengobatan dapat diukur melalui dua metode yaitu:

a. Metode langsung

Pengukuran kepatuhan melalui metode langsung dapat dilakukan dengan beberapa cara seperti mengukur konsentrasi obat atau metabolit obat di dalam darah atau urin dan juga mengukur petanda biologi di dalam darah atau urin. Metode ini umumnya mahal, memberatkan tenaga kesehatan dan rentan terhadap penolakan penderita.

b. Metode tidak langsung

Pengukuran kepatuhan melalui metode tidak langsung dapat dilakukan dengan bertanya kepada penderita tentang penggunaan obat, menggunakan kuesioner, menilai respon klinik penderita, menghitung jumlah pil obat dan menghitung tingkat pengambilan kembali resep obat.

2.4 Perilaku Manusia

Perilaku manusia merupakan salah satu faktor terbesar nomor dua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan pada individu, pada kelompok, atau pada masyarakat (Notoatmodjo,2007:133). Teori S-O-R yang dikemukakan oleh Skinner 1938 (dalam Notoatmodjo,2007:133) menyatakan bahwa perilaku

manusia akan terjadi melalui adanya proses stimulus terhadap organisme sehingga kemudian organisme akan merespon stimulus tersebut. Teori Skinner menjelaskan ada dua jenis respon, yaitu:

a. *Respondent respons* atau refleksif

Respondent respons atau refleksif adalah respon yang ditimbulkan oleh eliciting stimuli atau rangsangan-rangsangan stimulus tertentu. Respondent respons juga mencakup perilaku emosional.

b. *Operant respons* atau instrumental respons,

Operant respons atau instrumental respons adalah respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimuli atau rangsangan yang lain, dimana perangsang terakhir disebut reinforcing stimuli atau reinforcer sebab berfungsi memperkuat respon (Notoadmodjo, 2007:134).

Jika dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Notoadmodjo, 2010:44), yaitu :

a. Perilaku Tertutup

Perilaku tertutup dimana respon seseorang terhadap stimulus masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati oleh orang lain secara jelas.

b. Perilaku Terbuka

Perilaku terbuka terjadi bila respon seseorang terhadap stimulus sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik dan lebih mudah diamati. Menurut Notoadmojo (2010:44) seorang penderita TBC Paru minum obat anti TBC secara teratur merupakan salah satu bentuk perilaku terbuka.

Penanggulangan TBC dilakukan dengan melibatkan berbagai sektor. Menurut Macq, J., *et al* (2007:880) pemberdayaan dengan melibatkan penderita TBC dapat memperbaiki kesehatan penderita dan penanggulangan TBC. Penderita atau penderita TBC yang aktif mengikuti kegiatan yang diadakan dalam upaya penanggulangan TBC akan mewujudkan beberapa hal sebagai berikut :

a. Penderita TBC mengambil kendali perawatan dan kehidupan mereka, termasuk kepatuhan dalam minum obat

b. Mampu membantu penderita TBC lain dan

- c. Penyedia layanan dan program TBC

2.5 Teori S-O-R

Teori SOR berasumsi bahwa munculnya perubahan perilaku bergantung dari kualitas stimulus yang berkomunikasi dengan organisme. Kualitas yang dimaksud yaitu dari sumber komunikasi (*sources*) seperti kepemimpinan, kredibilitas, dan gaya bicara merupakan penentu keberhasilan perubahan perilaku yang terjadi pada seseorang, kelompok atau masyarakat. Menurut Hosland, *et al* dalam Notoatmodjo (2007:183) menyebutkan bahwa pada hakekatnya proses perubahan perilaku sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku yang menggambarkan proses belajar terdiri dari:

- a. Stimulus (rangsang) yang ditujukan kepada organisme dapat diterima atau tidak diterima. Hal ini tergantung dari organisme tersebut bisa menangkap stimulus tersebut atau tidak. Stimulus dikatakan tidak efektif apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak oleh organisme, sehingga tidak mempengaruhi perhatian individu dan berhenti disini. Sebaliknya, stimulus dikatakan efektif apabila stimulus tersebut dapat diterima oleh organisme, dan berarti ada atau timbul perhatian dari individu tersebut.
- b. Ketika organisme dapat menerima stimulus tersebut berarti ia mengerti terkait stimulus ini dan dapat berlanjut pada proses selanjutnya.
- c. Organisme mengolah stimulus yang ia terima, sehingga muncul suatu sikap untuk bertindak sesuai dengan stimulus yang telah ia terima.
- d. Selanjutnya dengan dukungan fasilitas atau sarana serta dorongan dari lingkungannya, maka stimulus tersebut mempunyai dampak munculnya suatu tindakan dari organisme tersebut atau terjadinya perubahan perilaku.

Selanjutnya, teori SOR menyebutkan bahwa perubahan perilaku terjadi apabila stimulus yang diberikan lebih besar daripada stimulus semula. Stimulus yang melebihi dari stimulus semula harus dapat lebih meyakinkan organisme. Agar muncul suatu keyakinan dari organisme maka perlu adanya faktor *reinforcement* (penguat).

2.6 Kemitraan

2.6.1 Pengertian Kemitraan

Kemitraan merupakan bentuk kerjasama secara formal yang terjadi antara individu-individu, kelompok-kelompok, atau organisasi-organisasi guna mencapai tugas dan tujuan tertentu (Notoadmojo, 2010:239). Salah satu contoh kemitraan adalah mitra TBC, mitra TBC adalah orang-orang yang memiliki kepedulian, keinginan, kemampuan dan komitmen tinggi guna memberikan dukungan dan menyumbangkan pada penanggulangan TBC yang memiliki peran sesuai potensi yang ia miliki. Mereka memanfaatkan potensi secara optimal guna mewujudkan keberhasilan penanggulangan TBC. Setiap orang yang berada di dalam mitra harus memiliki pemahaman akan tujuan yang sama, yaitu terwujudnya upaya penanggulangan TBC secara cepat serta efektif, efisien dan juga berkelanjutan.

2.6.2 Prinsip-Prinsip Kemitraan

Menurut Notoadmojo (2010:244) ada tiga prinsip sebagai kunci untuk membangun sebuah kemitraan yang harus dimengerti oleh setiap anggota kemitraan, yaitu:

a. Persamaan (*equity*)

Individu, organisasi, atau institusi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa “duduk sama rendah dan berdiri sama tinggi”. Suatu institusi atau organisasi yang besar, dan institusi atau organisasi yang kecil, ketika suatu organisasi atau institusi sudah bersedia untuk membangun kemitraan maka harus merasa sama. Oleh sebab itu, asas demokrasi harus selalu dijunjung tinggi dalam sebuah kemitraan, hal ini berarti dalam sebuah kemitraan salah satu anggota tidak diperkenankan untuk memaksakan kehendaknya kepada yang lain karena ia merasa lebih tinggi dan tidak adanya dominasi terhadap anggota lainnya yang ada di dalam kemitraan.

b. Keterbukaan (*Transparancy*)

Keterbukaan yang dimaksudkan di sini ialah setiap anggota harus mengetahui kekuatan atau kelebihan serta kekurangan atau kelemahan yang dimiliki oleh setiap anggota lainnya. Begitu juga dengan sumberdaya yang dimiliki oleh setiap anggota yang harus diketahui oleh anggota lainnya. Bukan berarti untuk pamer antar anggota kemitraan, atau untuk merendahkan akan tetapi lebih kepada rasa saling memahami antar anggota sehingga akan mengurangi rasa curiga satu sama lain. Keterbukaan yang ada dalam kemitraan akan menimbulkan sebuah rasa untuk saling memahami di antara anggota yang tergabung di dalam mitra.

c. Saling Menguntungkan (*mutual benefit*)

Menguntungkan di sini bukan selalu diartikan dengan materi atau uang, akan tetapi keuntungan yang dimaksud di sini lebih kepada keuntungan non materi. Saling menguntungkan lebih kepada non materi. Kebersamaan atau sinergis dalam mencapai tujuan bersama lebih dipandang sebagai arti saling menguntungkan pada kemitraan. Ibaratnya, diistilahkan ketika mengangkat beras yang memiliki berat 50 kg akan terasa berat apabila hanya satu orang saja yang mengangkatnya, namun apabila beras seberat 50 kg diangkat oleh empat orang maka akan terasa lebih ringan. Upaya promosi kesehatan dalam suatu komunitas tertentu, jelas akan lebih efektif bila dilakukan melalui kemitraan beberapa institusi atau organisasi daripada hanya oleh satu institusi saja.

2.6.3 Indikator Keberhasilan Kemitraan

Keberhasilan pengembangan kemitraan dapat diketahui dengan keberadaan suatu indikator yang telah ditentukan untuk dapat diukur. Prinsip-prinsip yang harus dipahami ketika melakukan penentuan indikator ialah spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, realistis serta tepat waktu. Sedangkan untuk mengembangkan sekaligus mengevaluasi kemitraan dapat menggunakan pendekatan sistem (Notoadmojo, 2010:251), yaitu:

a. Indikator Input

Ada tiga indikator yang digunakan untuk mengukur keberhasilan input, yaitu:

1. Kesepakatan bersama dalam kemitraan yang menandai terbentuknya tim yang menjadi wadah atau sekretariat.
2. Tersedianya sumber dana berupa biaya yang dipergunakan untuk pengembangan kemitraan.
3. Institusi terkait telah menyepakati adanya dokumen perencanaan.

Hasil yang diperoleh setelah melakukan evaluasi terhadap input akan dikatakan berhasil ketika ketiga tolak ukur yang telah ditentukan di atas sudah terbukti tersedia.

b. Indikator Proses

Tolak ukur keberhasilan proses dapat diukur dari indikator sebagai frekuensi dan kualitas pertemuan tim atau sekretariat sesuai kebutuhan. Hasil evaluasi terhadap proses nilai berhasil, apabila tolak ukur tersebut terbukti adanya yang dilengkapi dengan agenda pertemuan, daftar hadir dan notulen hasil pertemuan.

c. Indikator Output

Tolak ukur keberhasilan output dapat diukur dari indikator sebagai berikut: Jumlah kegiatan yang dikerjakan oleh institusi terkait sesuai dengan kesepakatan peran masing-masing institusi. Hasil evaluasi terhadap output dinilai berhasil, apabila tolak ukur tersebut diatas terbukti ada.

d. Indikator Outcome

Tolak ukur keberhasilan outcome adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian karena penyakit.

2.6.4 Tujuan Paguyuban TBC

Paguyuban TBC dibentuk memiliki tujuan sebagai wadah yang digunakan dalam membantu menurunkan jumlah kesakitan TBC sehingga tidak menjadi permasalahan kesehatan masyarakat yang sampai saat ini masih ada di daerah

daerah termasuk kabupaten Jember, beberapa tujuan khusus dari dibentuknya paguyuban TBC adalah sebagai berikut:

- a. Tempat untuk menyalurkan pesan atau komunikasi antara berbagai pihak yang berhubungan dengan paguyuban TBC baik secara langsung maupun tidak langsung, yaitu antara mantan penderita maupun penderita TBC untuk bisa saling berbagi motivasi sehingga pasien TBC bisa menjalankan pengobatannya sampai tuntas.
- b. Menemukan orang yang diduga menderita TBC
- c. Membantu pasien meminum obat melalui Pengawas Menelan Obat untuk mendampingi pasien agar melakukan pengobatan sampai tuntas
- d. Pembangunan ekonomi bagi mantan penderita maupun penderita TBC yang berasal dari perekonomian yang rendah .

2.6.5 Kegiatan Paguyuban

Paguyuban TBC memiliki beberapa kegiatan yang digunakan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan , adapun kegiatan utama yang dilakukan di paguyuban TBC adalah sebagai berikut :

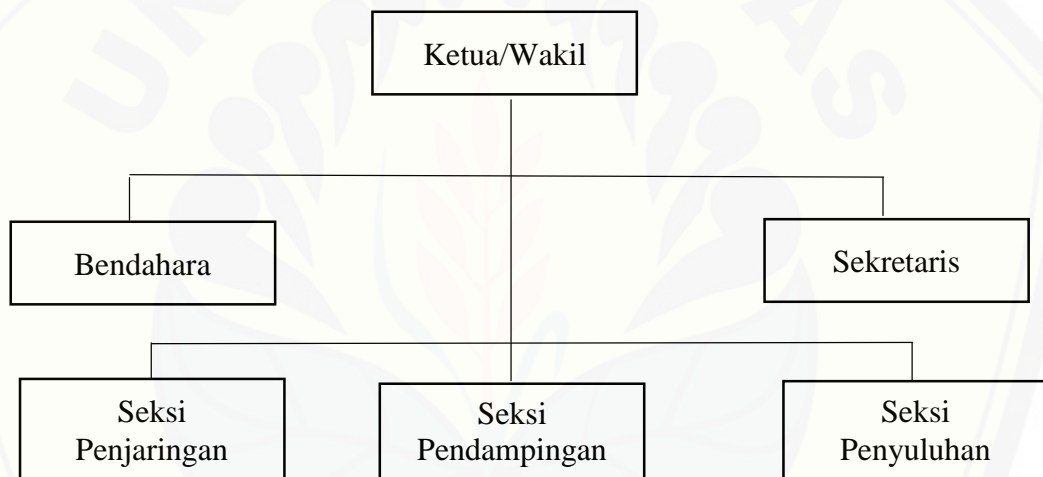
- a. Pertemuan rutin 3 bulanan yang dilakukan di paguyuban TBC
- b. Penemuan terduga TBC di masyarakat
- c. Pendampingan pasien yang dilakukan oleh pengawas menelan obat

Untuk mencapai tujuan yang di inginkan pada paguyuban , tentunya harus ada pengorganisasian yaitu dengan adanya struktu rorganisasi yang dibentuk berdasarkan kesepakatan yang dilakukan setelah diadakannya pertemuan. Hasil tersebut akan memiliki keluaran yaitu terbentuknya ketua, wakil, sekretaris , dan wakil sekretaris. Anggota paguyuban TBC berasal dari penderita TBC yang masih melakukan pengobatan dan penderita yang sudah sembuh setelah melakukan pengobatan sampai tuntas.

Dana awal pada kegiatan pertemuan berasal dari puskesmas. Apabila selanjutnya tidak ada dana yang berasal dari puskesmas, maka hal ini akan mempengaruhi pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang membantu untuk mencapai

tujuan dalam paguyuban TBC terutama dalam program yang digunakan untuk menanggulangi TBC pada masyarakat. Sehingga agar seluruh kegiatan yang ada di paguyuban TBC bisa berjalan dengan lancar disarankan agar paguyuban mencari dana dari donatur atau dari dana dinas terkait sampai paguyuban bisa berdiri sendiri tanpa bantuan dana dari pihak siapapun. Supaya hal tersebut dapat terlaksana, maka perlu adanya komitmen dari mitra yang ada di paguyuban TBC untuk secara sukarela berkontribusi sesuai kesepakatan yang telah disetujui.

2.6.6 Struktur Organisasi Paguyuban TBC



Gambar 2.1 Struktur Organisasi Paguyuban TBC

2.6.7 Tugas Masing-Masing Seksi dalam Paguyuban TBC

a. Seksi penjaringan

Adalah seksi yang mempunyai tugas untuk menemukan kasus baru maupun suspek yang ada di lapangan. Dimana posisi seksi penjaringan ini bisa dari mantan penderita maupun penderita. Dan setiap Desa harus ada yang mempunyai tugas sebagai berikut :

1. Menjaring penderita
2. Mengirimkan dahak

3. Mempunyai target
4. Mendapat bonus bila BTA positif
- b. Seksi pendampingan atau Pengawas Menelan Obat (PMO)

Penderita tuberkulosis sebagian besar dapat disembuhkan tanpa memicu munculnya bakteri kebal obat dapat dilakukan dengan memastikan bahwa penderita menghabiskan seluruh obat yang telah diberikan sesuai dengan anjuran yang diawasi oleh seorang pengawas biasa disebut PMO (Kemenkes RI, 2014:30). PMO adalah seseorang yang secara sukarela mendampingi penderita TBC dalam kegiatan minum obat. PMO dan penderita menyepakati tempat pemberian obat agar penderita merasa nyaman. Salah satunya adalah dengan memilih fasyankes yang dekat dengan kediamannya sebagai tempat pemberian obat atau PMO yang berkunjung mengawasi proses menelan obat ke rumah penderita.

1. Persyaratan PMO
 - a) Seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun penderita, selain itu harus disegani dan dihormati oleh penderita.
 - b) Seseorang yang tinggal dekat dengan penderita.
 - c) Bersedia membantu penderita dengan sukarela.
 - d) Bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita
 - e) Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, dan lain lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.
2. Orang yang Bisa jadi PMO

Sebaiknya PMO adalah petugas kesehatan, misalnya Bidan di Desa, Perawat, Pekarya, Sanitarian, Juru Immunisasi, dan lain lain. Bila tidak ada petugas kesehatan yang memungkinkan, PMO dapat berasal dari kader kesehatan, guru, anggota PPTI, PKK, atau tokoh masyarakat lainnya atau anggota keluarga.

3. Tugas seorang PMO
 - a) Mengawasi penderita TBC agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan.
 - b) Memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat teratur.
 - c) Mengingatkan penderita untuk pemeriksaan ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan.

c. Seksi Promosi atau Penyuluhan

Mempunyai tugas dan fungsi untuk memberikan penyuluhan tentang TBC khususnya kepada masyarakat sebagai upaya untuk pencegahan. Dimana pada posisi seksi promosi dan penyuluhan adalah dari mantan penderita yang sudah berpengalaman dan mendapatkan pelatihan dari petugas kesehatan. Atau dari petugas atau kader kesehatan yang mempunyai pengetahuan lebih tentang TBC. Dan setiap desa harus ada yang mempunyai tugas sebagai berikut :

1. Penyuluhan perorangan, berkelompok, dan saat pertemuan rutin
2. Intensif bulanan.

Menurut Kemenkes RI (2016:28), penyuluhan TBC Paru adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat sehingga mereka mau dan mampu untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan mereka sendiri. Pada penyuluhan kesehatan penanggulangan TBC diarahkan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan, pengobatan, pola hidup bersih dan sehat (PHBS), sehingga terjadi perubahan sikap dan perilaku sasaran program TBC terkait dengan hal tersebut serta menghilangkan stigma serta diskriminasi masyarakat serta petugas kesehatan terhadap penderita TBC.

Pelaksanaannya promosi kesehatan harus mempertimbangkan:

- a. Metode komunikasi, dapat dilakukan berdasarkan:
 1. Teknik komunikasi, terdiri atas:
 - a) Metode penyuluhan langsung yaitu kunjungan rumah, pertemuan umum, pertemuan diskusi terarah (FGD), dan sebagainya; dan
 - b) Metode penyuluhan tidak langsung dilakukan melalui media seperti pemutaran iklan layanan masyarakat di televisi, radio, youtube dan media sosial lainnya, tayangan film, pementasan wayang, dll.

2. Jumlah sasaran dilakukan melalui pendekatan perorangan, kelompok dan massal.
3. Indera Penerima
 - a) Metode melihat/memperhatikan.

Pesan akan diterima individu atau masyarakat melalui indera penglihatan seperti: pemasangan spanduk, umbul-umbul, poster, billboard, dan lain-lain.
 - b) Metode mendengarkan.

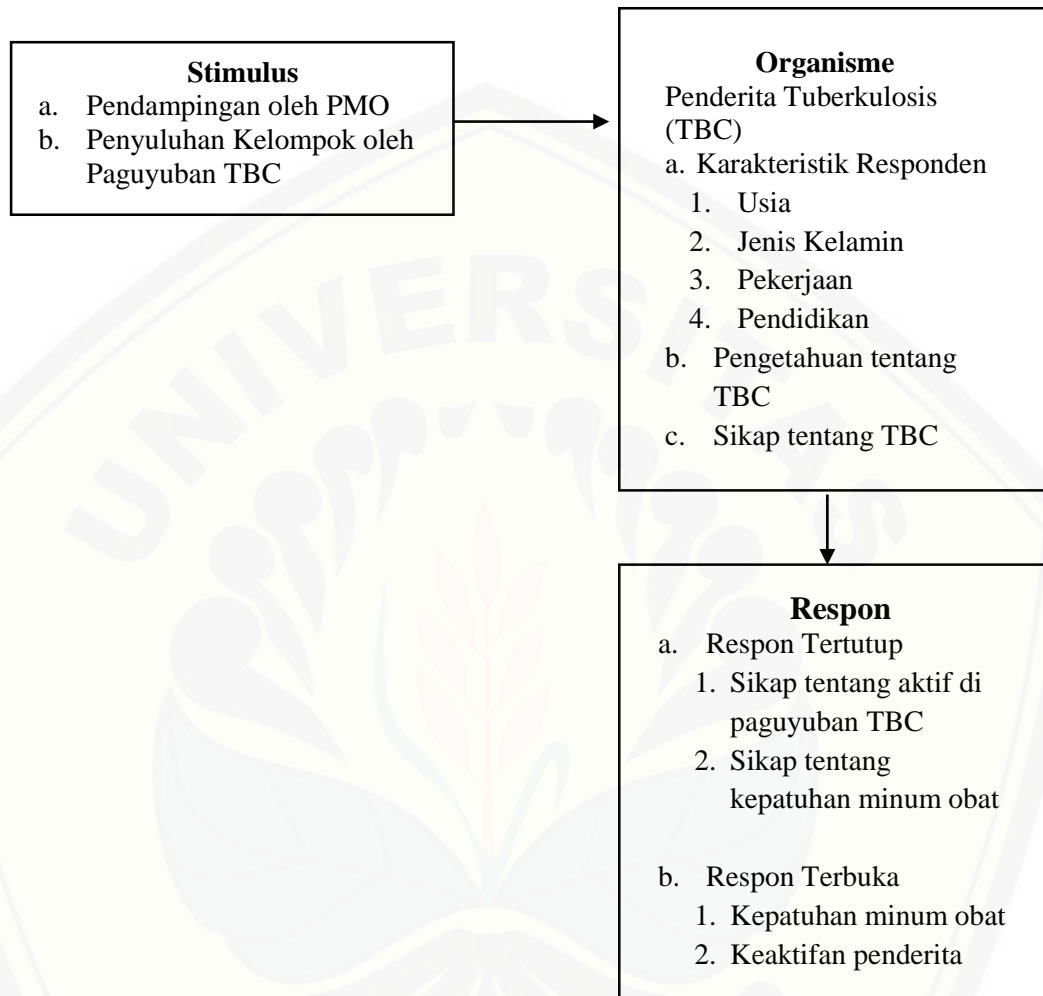
Pesan akan diterima individu atau masyarakat melalui indera pendengaran seperti dialog interaktif radio, radio spot, dll.
 - c) Metode kombinasi.

Merupakan kombinasi kedua metode di atas, dalam hal ini termasuk demonstrasi/peragaan. Individu atau masyarakat diberikan penjelasan dan peragaan terlebih dahulu lalu diminta mempraktikkan, misal: cara mengeluarkan dahak.
- b. Media Komunikasi

Media komunikasi atau alat peraga yang digunakan untuk promosi penanggulangan TBC dapat berupa benda asli seperti obat TBC, pot sediaan dahak, masker, bisa juga merupakan tiruan dengan ukuran dan bentuk hampir menyerupai yang asli (*dummy*). Selain itu dapat juga dalam bentuk gambar/media seperti poster, leaflet, lembar balik bergambar karikatur, lukisan, animasi dan foto, slide, film dan lain-lain.
- c. Sumber Daya

Sumber daya terdiri dari petugas sebagai sumber daya manusia (SDM), yang bertanggung jawab untuk promosi, petugas di puskesmas dan sumber daya lain berupa sarana dan prasarana serta dana.

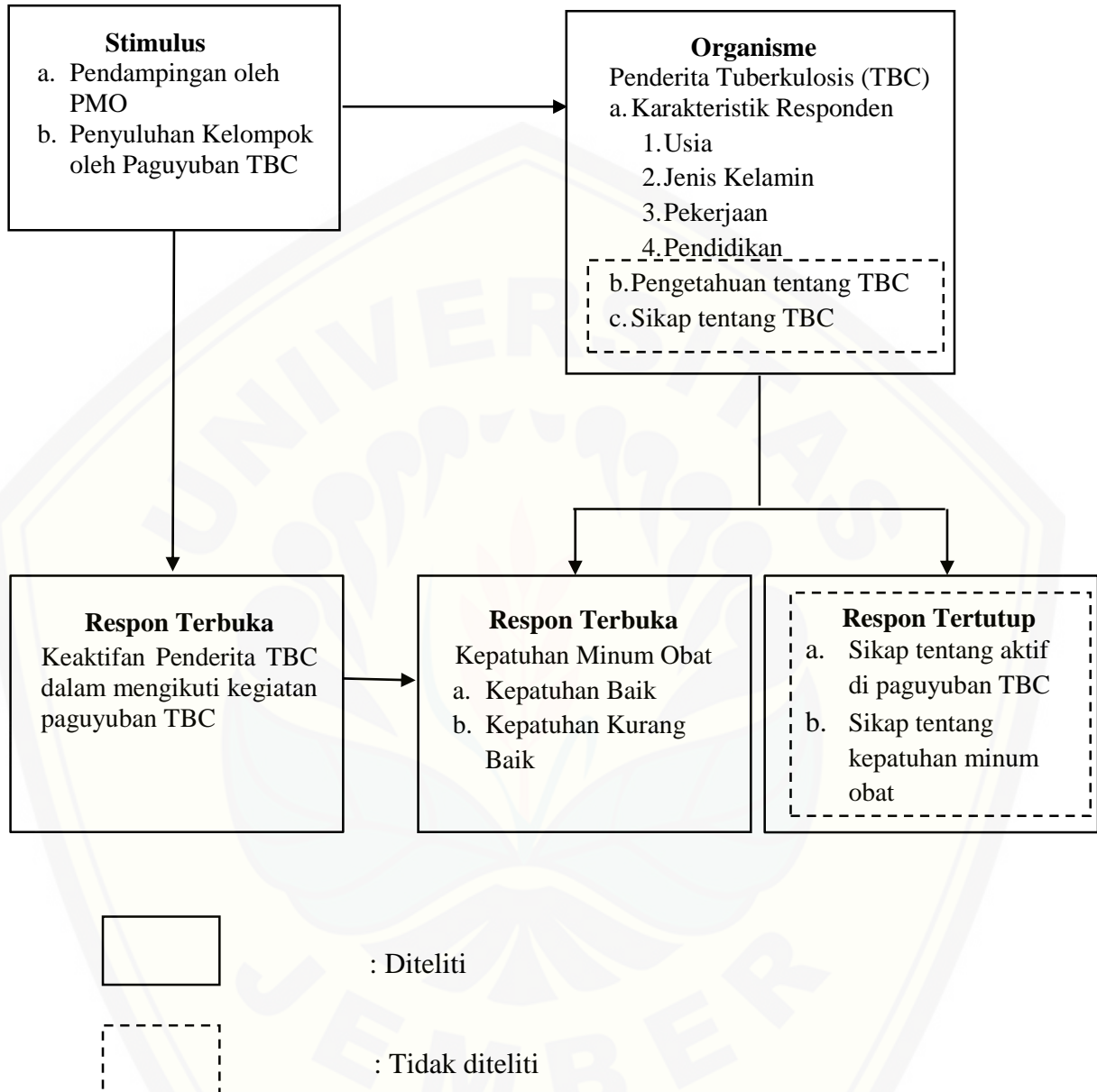
2.7 Kerangka Teori



Sumber: Modifikasi Teori SOR dalam Notoadmojo (2007)

Gambar 2. 2 Kerangka teori

2.8 Kerangka Konsep



Gambar 2. 3 Kerangka konsep

Kerangka konseptual ini dibuat berdasarkan modifikasi dari Teori S-O-R dalam Notoatmodjo (2007). Teori tersebut menyatakan bahwa perubahan perilaku tergantung pada rangsang yang dihasilkan dari stimulus, kemudian adanya interaksi dengan organisme serta munculnya reaksi. Stimulus diberikan dalam

pendampingan oleh PMO dan Penyuluhan kelompok yang dilakukan oleh paguyuban TBC.

Organisme yang dimaksudkan di sini adalah penderita tuberkulosis yang meliputi karakteristik responden, pengetahuan tentang TBC dan sikap tentang TBC. Pengetahuan dan sikap tentang TBC organisme pada penelitian ini tidak diteliti, dikarenakan sudah ada penelitian yang dilakukan oleh Kusuma di paguyuban TBC Sayang Paru Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember, dan diperoleh bahwa dengan adanya intervensi berupa penyuluhan yang dilakukan pada paguyuban TBC tersebut terbukti secara signifikan meningkatkan pengetahuan penderita TBC.

Setelah itu organisme diharapkan akan mengolah stimulus tersebut hingga terjadinya tindakan berupa keaktifan penderita TBC dalam mengikuti kegiatan yang diadakan oleh paguyuban TBC dan kepatuhan minum obat. Menurut Macq, J., *et al* (2007) keterlibatan penderita dalam penanggulangan TBC akan mengambil kendali perawatan dan kehidupan mereka, termasuk kepatuhan dalam minum obat.

2.9 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji validitasnya secara empiris. Hipotesis tidak dinilai benar atau salah, melainkan diuji dengan data empiris apakah sah (valid) atau tidak (Sastroasmoro dan Ismael, 2014:45). Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan diatas, maka hipotesis penelitian ini adalah:

- a. Terdapat hubungan antara peran paguyuban TBC melalui PMO yang dilakukan kepada penderita TBC dengan kepatuhan minum obat penderita TBC.
- b. Terdapat hubungan antara peran paguyuban TBC melalui penyuluhan kelompok yang dilakukan kepada penderita TBC dengan kepatuhan minum obat penderita TBC.
- c. Terdapat hubungan antara keaktifan penderita TBC dalam mengikuti kegiatan paguyuban TBC dengan kepatuhan minum obat penderita TBC.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan jenis penelitian yang bersifat analitik observasional. Penelitian analitik menurut Nazir (2009:54) adalah penelitian yang bertujuan menguji hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih dalam tentang hubungan variabel bebas dan variabel terikat. Penelitian ini disebut sebagai penelitian observasional karena peneliti hanya mengamati subjek penelitian dan mencari data yang berkaitan dengan penelitian, pada proses observasi yang terpenting adalah proses pengamatan dan ingatan (Sugiyono,2015:145).

Penelitian ini termasuk penelitian *cross sectional* jika dilihat dari segi waktu. Penelitian *cross sectional* merupakan suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*). Artinya, tiap subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan. Hal ini tidak berarti bahwa semua subjek penelitian diamati pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2012:37-38).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di paguyuban TBC tepatnya di wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember yang bernama paguyuban TBC Sayang Paru dan dilaksanakan pada bulan Maret hingga bulan April tahun 2018.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015:80).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita tuberkulosis yang sudah terdaftar sejak Oktober 2017 hingga Maret 2018 di Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember yang berjumlah 43 responden.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2015:81), sedangkan menurut Sastroasmoro dan Ismael (2014:17) sampel adalah sebuah subjek yang didapat dengan cara tertentu dan dianggap mewakili populasi terjangkau. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh penderita TBC yang menjalani pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember yang memenuhi kriteria inklusi yaitu:

- a. Penderita TBC yang menjalani pengobatan di wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember dan terdaftar di register kohort puskesmas pada Oktober 2017 hingga Maret 2018
 - b. Usia ≥ 12 tahun.
- Sedangkan kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:
- a. Tidak berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember saat penelitian dilakukan.

3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik *sampling* merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2008:93). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *nonprobability sampling* yaitu sampel jenuh atau sering disebut *total sampling*. Sampel jenuh yaitu teknik penentuan sampel dengan cara mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel (Sugiyono, 2013:124). Menurut Arikunto (2013:174), apabila populasi

kurang dari 100 maka sampel diambil dari keseluruhan populasi yang ada sehingga disebut penelitian populasi. Sampel yang diambil berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti dari 43 responden diambil sebanyak 37 responden, karena 3 responden yang tidak diambil merupakan penderita TBC yang telah meninggal, 1 responden pindah ke Bali, dan 2 responden merupakan penderita TBC anak sehingga tidak memenuhi kriteria inklusi yaitu usia ≥ 12 tahun.

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Menurut Notoatmodjo (2010:103), variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh suatu penelitian tentang suatu konsep penelitian tertentu. Penelitian ini menggunakan dua variabel antara lain:

a. Variabel terikat (*Dependent*)

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2010:104). Variabel terikat pada penelitian ini adalah kepatuhan minum obat penderita TBC.

b. Variabel bebas (*Independent*)

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau sebab dari variabel terikat (Notoatmodjo, 2010:104). Variabel bebas pada penelitian ini adalah paguyuban TBC yang terdiri dari peran Pengawas Menelan Obat (PMO), penyuluhan kelompok oleh paguyuban TBC dan keaktifan penderita TBC dalam kegiatan paguyuban.

3.4.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan atau memberikan suatu operasional yang diperlukan mengukur konstruk

atau variabel tersebut (Nazir, 2014: 110). Definisi operasional yang diberikan kepada variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Cara Pengukuran	Kriteria Penilaian
Karakteristik Responden					
	a) Usia	Masa hidup responden mulai dari lahir sampai penelitian dilakukan	Rasio	Wawancara dengan pedoman wawancara (kuesioner) usia
	b) Jenis Kelamin	Ciri fisik biologis responden yang membedakan berdasarkan keadaan anatomis.	Nominal	Observasi	1. Laki-laki 2. Perempuan
	c) Pekerjaan	Aktivitas responden sebagai mata pencaharian utama.	Nominal	Wawancara dengan pedoman wawancara (kuesioner)	a. Tidak Bekerja b. Bekerja
	d) Pendidikan	Jenjang sekolah formal yang pernah atau sedang ditempuh responden sampai penelitian dilakukan.	Ordinal	Wawancara dengan pedoman wawancara (kuesioner)	1. Tidak sekolah 2. Tidak tamat SD/MI 3. Tamat SD/MI 4. Tamat SMP/MTS 5. Tamat SMA/MA 6. Tamat Diploma/PT
Paguyuban TBC					
1.	Penyuluhan Kelompok	Segala informasi yang telah responden peroleh dari petugas yang ada di paguyuban TBC yang dilaksanakan secara berkelompok.	Nominal	Wawancara dengan pedoman wawancara (kuesioner)	Kuesioner berisi 5 pertanyaan yang memiliki jawaban tegas dengan penilaian menggunakan skala guttman sehingga diperoleh skor sebagai berikut : a. Pernah = 2 a. Tidak Pernah = 0 Penilaian : 1. Kurang baik = jika skor jawaban \leq mean 2. Baik jika skor jawaban $>$ mean

No.	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Cara Pengukuran	Kriteria Penilaian
2.	Peran PMO	Tugas yang dijalankan seseorang untuk mengingatkan serta mengawasi penderita TBC minum obat setiap hari secara teratur, dan memberikan informasi kepada penderita TBC terkait penyakit TBC yang meliputi pencegahan penularan TBC, pengobatan TBC harus teratur, efek samping obat dan hal yang harus dilakukan saat terjadi efek samping obat.	Nominal	Wawancara dengan pedoman wawancara (kuesioner)	<p>pertanyaan tentang peran pengawas menelan obat:</p> <p>2: jika penderita menjawab ya pada pertanyaan positif dan menjawab tidak pada pertanyaan negatif</p> <p>1: jika penderita menjawab tidak pada pertanyaan positif dan menjawab ya pada pertanyaan negatif</p> <p>Penilaian :</p> <p>a. peran mendukung jika PMO melaksanakan perannya skor $\geq 50\%$</p> <p>b. peran tidak mendukung, jika PMO melaksanakan perannya jika skor $\leq 50\%$</p> <p>c. tidak ada PMO jika penderita tidak mengetahui PMO nya dan tidak ada yang mengingatkan menelan obat setiap hari.</p>
3.	Keaktifan penderita TBC	Kehadiran penderita TBC dalam kegiatan yang terjadwal/ frekuensi pertemuan yaitu 3 kali pertahun yang telah dilakukan oleh paguyuban TBC pada bulan Oktober tahun 2017 hingga Maret 2018	Nominal	Wawancara dengan pedoman wawancara (kuesioner)	<p>1 Aktif = Kehadiran ≥ 2 kali dalam setahun</p> <p>2. Kurang Aktif = Kehadiran < 2 kali dalam setahun</p>

No.	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Cara Pengukuran	Kriteria Penilaian
4.	Kepatuhan Minum Obat	Ketataatan penderita TBC dalam mengkonsumsi obat secara rutin dan tepat waktu selama masa pengobatan yang telah ditentukan oleh petugas kesehatan	Nomonal	Wawancara dengan pedoman wawancara (kuesioner)	Terdiri dari 8 pertanyaan dengan skor 1. ≤ 2 = Kepatuhan baik 2. > 2 = Kepatuhan kurang baik (Morisky <i>et al.</i> , 2004)

3.5 Data dan Sumber Data

Data merupakan kumpulan huruf atau kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoatmodjo, 2010:180) Penelitian ini menggunakan sumber data primer dan sekunder.

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang didapatkan secara langsung oleh peneliti baik melalui angket, wawancara, jajak pendapat, dan lain-lain (Sugiyono, 2015:137). Data primer dari penelitian ini diperoleh dari dokumentasi dan wawancara langsung menggunakan kuesioner terkait peran paguyuban TBC melalui penyuluhan kelompok, peran PMO dan keaktifan penderita TBC dalam paguyuban TBC. Sumber data primer dalam penelitian ini adalah penderita TBC di wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe Kabupaten Jember.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dengan cara membaca, mempelajari, dan memahami media lain yang bersumber dari literatur, buku-buku, serta dokumen perusahaan (Sugiyono, 2015: 137). Data sekunder dari penelitian ini adalah data kasus TBC, data paguyuban TBC di Kabupaten Jember, capaian

keberhasilan penanggulangan TBC yaitu angka keberhasilan pengobatan (TSR) yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Selain itu juga terkait data paguyuban TBC Puskesmas Sumberjambe, jumlah penderita TBC di wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe yang diperoleh dari Puskesmas Sumberjambe.

3.6 Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen Perolehan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data melalui dokumentasi dan wawancara kepada objek penelitian.

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari responden melalui percakapan (Notoatmodjo, 2010: 139). Wawancara dilakukan dengan mendatangi 41 rumah responden yang tersebar di wilayah kerja Puskesmas Sumberjambe.

b. Dokumentasi

Teknik dokumentasi memungkinkan peneliti memperoleh informasi dari bermacam-macam sumber tertulis ataupun dokumen. Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal ataupun variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda dan sebagainya. Teknik dokumentasi dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui daftar nama penderita tuberkulosis yang telah terdaftar di register TBC Puskesmas Sumberjambe pada bulan Oktober 2017 hingga bulan Maret 2018.

3.6.2 Instrumen Perolehan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan peneliti untuk membantu peneliti memperoleh data yang dibutuhkan atau yang berkaitan dengan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data (Susila dan Suyanto, 2015:108). Pada penelitian ini, instrumen yang digunakan adalah kuesioner.

Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang diketahui (Arikunto, 2010:194).

a. Data responden

Kuesioner yang diberikan yaitu kuesioner bagian A berupa data responden yang digunakan untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden penelitian yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan. Kuesioner A disusun dalam bentuk pertanyaan terbuka. Peneliti memberikan alternatif jawaban sehingga responden dapat menjawab sesuai dengan pilihan yang disajikan.

b. Pengukuran Penyuluhan Kelompok

Kuesioner penyuluhan terdiri dari 5 pertanyaan seputar penyuluhan kesehatan yang dilakukan secara kelompok terhadap penyakit TBC paru. Penilaian dari hasil jawaban pada pertanyaan diberi skor 2 (dua) apabila responden pernah mendapatkan penyuluhan sebelumnya dan diberi skor 0 apabila responden tidak pernah mendapatkan penyuluhan sebelumnya. Skor pada instrumen ini dibagi menjadi dua kategori yaitu baik apabila nilai hasil pengukuran $>$ mean dan kurang baik apabila nilai pengukuran \leq mean.

c. Pengukuran Pengawas Menelan Obat (PMO)

Kuesioner yang diberikan yaitu kuesioner bagian II untuk mengukur peran paguyuban TBC. Kuesioner ini disusun mewakili sub variabel penyuluhan kelompok dan PMO yang telah dibuat oleh peneliti sebelumnya serta diuji validitas dan realibilitasnya. Kuesioner B disusun dalam bentuk pertanyaan tertutup dengan menggunakan skala likert yaitu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur sikap, pendapat dan persepsi tentang fenomena sosial (Sugiyono, 2015:93).

Kuesioner ini hanya berlaku saat penderita TBC memiliki PMO, dimana sebelumnya penderita TBC ditanya apakah memiliki PMO yang mengingatkan menelan obat setiap hari, apabila jawabannya ya maka selanjutnya adalah wawancara menggunakan kuesioner penelitian tentang PMO yang terdiri dari 16 pertanyaan dengan pilihan jawaban ya dan tidak. Pada kuesioner ini terdapat pernyataan yang mendukung (favourable) dan pernyataan yang tidak mendukung (unfavourable). Sistem penilaian untuk pernyataan favourable dimulai dari ya (skor

2) dan tidak (skor 1), sedangkan sistem penilaian unfavourable dimulai dari tidak (skor 2), dan ya (skor 1) (Sugiyono, 2015:94). Jawaban berupa data nominal, diperiksa dan digolongkan dalam rentang peran PMO yang mendukung dan peran PMO yang tidak mendukung. Skor pada instrumen ini dibagi menjadi dua kategori yaitu peran mendukung jika PMO melaksanakan perannya skor $\geq 50\%$ dan peran tidak mendukung, jika PMO melaksanakan perannya jika skor $< 50\%$ (Arikunto, 2007). Adapun kisi-kisi kuesioner dapat dilihat pada table berikut :

Tabel 3.2 Kisi-kisi kuesioner peran PMO

Indikator	Jumlah soal	Nomor Soal
PMO	1 soal	1
Peran PMO	4 soal	2, 3, 4, 5
Tugas PMO	4 soal	6, 7, 8,9
Informasi yang disampaikan PMO	7 soal	10, 11, 12, 13, 14, 15,16
Jumlah	16 soal	

d. Pengukuran kepatuhan minum obat

Pengukuran kepatuhan minum obat menggunakan kuesioner bagian IV. Kuesioner yang digunakan adalah kuesioner baku *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) yang terdiri dari 8 pertanyaan yang sudah dialihbahasakan ke dalam Bahasa Indonesia. Modifikasi kuesioner Morisky tersebut saat ini telah dapat digunakan untuk pengukuran kepatuhan pengobatan yang memerlukan terapi jangka panjang. Penentuan jawaban menggunakan skala Guttman yaitu jawaban responden hanya terbatas pada dua jawaban yaitu ya atau tidak. Pengukuran skor *Morisky scale* 8-items untuk pertanyaan 1 sampai 7 mempunyai jawaban tidak dan bernilai 0, kecuali untuk pertanyaan nomor 5 mempunyai jawaban ya dan bernilai 0, sedangkan untuk pertanyaan nomor 8 jika menjawab tidak pernah (tidak sekalipun dalam satu minggu) bernilai 0 dan bila responden menjawab kadang-kadang (pernah walaupun hanya sekali dalam satu minggu) dan selalu bernilai 1.

Variabel kepatuhan mengadopsi dari interpretasi kuesioner asli dari Morisky yaitu kategori penilaian dibagi menjadi 2 *cut of point* yaitu baik dan kurang baik. Responden dengan total skor ≤ 2 dikatakan kepatuhan baik dan jika total skor >2 dikatakan responden memiliki kepatuhan kurang baik.

3.7 Teknik Pengolahan, Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu langkah dalam suatu penelitian. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih lemah, belum memberikan informasi apapun dan belum siap untuk disajikan. Pengolahan data diperlukan untuk memperoleh penyajian data sebagai hasil yang berarti dan mendapatkan kesimpulan yang baik (Notoatmodjo, 2012:171). Teknik pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Pemeriksaan data (*Editing*)

Pengeditan atau *editing* adalah kegiatan yang dilakukan setelah peneliti selesai mengumpulkan data di lapangan (Bungin, 2010:164). *Editing* merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau daftar pertanyaan apakah jawaban yang ada di daftar pertanyaan sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.

b. *Coding*

Coding adalah kegiatan mengklarifikasikan data-data yang sudah dilakukan proses editing. Artinya adalah data yang telah diolah tersebut diberi identitas sehingga memiliki arti tertentu pada saat dianalisis (Bungin, 2010:164).

c. *Scoring*

Angka-angka yang telah tersusun pada tahap pengkodean kemudian dijumlahkan menurut kategori yang telah ditentukan oleh peneliti. Skor jawaban dimulai dari jawaban yang tertinggi sampai jawaban terendah pada skala nilai yang telah ditentukan. Hasil perhitungan skor dari masing-masing jawaban tersebut kemudian dikategorikan untuk masing-masing variabel penelitian (Nazir, 2014:346).

d. *Processing/entry*

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di entry dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-entry data dari daftar pertanyaan ke paket program komputer.

e. *Tabulating*

Tabulating adalah bagian terakhir dari pengolahan data. *Tabulating* adalah memasukkan data pada tabel-tabel tertentu dan mengatur angka-angka serta menghitungnya (Bungin, 2010:164).

3.7.2 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar laporan dapat dipahami, dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan hasil penelitian. Cara penyajian data penelitian dilakukan dalam berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga yakni penyajian dalam bentuk teks, penyajian dalam bentuk grafik, dan penyajian dalam bentuk tabel (Notoatmodjo, 2012:90). Pada penelitian ini, data yang diperoleh disajikan dalam bentuk teks dan tabel.

3.7.3 Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena analisis data dapat memberikan arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian. Analisis data bertujuan memperoleh gambaran dari hasil penelitian yang telah dirumuskan dalam tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2010:180). Hasil dari penelitian ini dianalisis secara kuantitatif. Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi:

a. Analisis univariabel

Analisis univariabel adalah analisis data yang dilakukan untuk menganalisis tiap variabel dari hasil penelitian yang dinyatakan dengan sebaran frekuensi baik secara angka-angka mutlak maupun secara presentase disertai dengan penjelasan kuantitatif. Analisis univariabel bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012:182). Analisis univariabel dilakukan terhadap tiap variabel hasil penelitian. Analisis univariabel

ini bertujuan untuk menunjukkan jumlah dan persentase dari tiap variabel data yaitu mengidentifikasi karakteristik responden, paguyuban TBC melalui peran PMO, penyuluhan kelompok, keaktifan penderita dalam kegiatan paguyuban TBC dan kepatuhan minum obat penderita TBC di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

b. Analisis bivariabel

Analisis bivariabel dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012:183). Analisis bivariabel dilakukan dengan bantuan *software* SPSS yaitu program pengelola data untuk mengetahui perbedaan masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat. Analisis bivariabel digunakan untuk menjawab tujuan khusus nomor enam sampai delapan. Variabel bebas dalam penelitian ini yaitu peran Pengawas Menelan Obat (PMO), penyuluhan kelompok oleh paguyuban TBC dan keaktifan penderita TBC dalam kegiatan paguyuban TBC. Variabel bebas tersebut masing-masing dilihat hubungannya terhadap variabel terikat yaitu kepatuhan minum obat. Analisis bivariabel untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen menggunakan *Prevalence Ratio* (PR), untuk melihat hasil perhitungan dengan pertimbangan sebagai berikut (Sastroasmoro, 2014:137) :

Tabel 3.3 Perhitungan *Prevalence Ratio* (PR)

Faktor	Kepatuhan Baik	Kepatuhan Kurang	Total
+	a	b	a + b
-	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

$$Prevalence Ratio (PR) : \frac{a / (a + b)}{c / (c + d)}$$

1. Bila nilai PR = 1 dan rentang interval kepercayaan tidak melewati angka 1, berarti variabel tersebut tidak ada hubungan dengan kepatuhan minum obat tuberkulosis.

2. Bila nilai $PR > 1$ dan rentang interval kepercayaan tidak melewati angka 1, berarti variabel tersebut merupakan faktor risiko kepatuhan minum obat tuberkulosis.
3. Bila nilai $PR < 1$ dan rentang interval kepercayaan tidak melewati angka 1, berarti variabel tersebut merupakan faktor proteksi kepatuhan minum obat tuberkulosis.

3.8 Validitas dan Reliabilitas Instrumen

3.8.1 Validitas instrumen

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Uji validitas bertujuan untuk mengetahui apakah kuesioner yang telah disusun mampu mengukur apa yang diukur. Menurut Arikunto (2010:211), validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan dan kesahihan sesuatu instrumen. Suatu instrumen yang valid atau sah mempunyai validitas tinggi sebaliknya, instrumen yang kurang valid berarti memiliki validitas rendah.

Koefisien korelasi yang diperoleh masih harus diuji signifikansinya dengan membandingkan dengan tabel r. Butir pertanyaan dikatakan valid jika nilai r hitung $> r$ tabel atau nilai $p < 0,05$. Syarat minimum untuk dianggap memenuhi syarat adalah jika $r = 0,3$, jadi jika korelasi antara butir dengan skor total kurang dari 0,3 maka butir dalam instrumen tersebut dinyatakan tidak valid (Sugiyono, 2015:134).

Variabel peran PMO dan penyuluhan kelompok oleh paguyuban TBC dengan menggunakan kuesioner oleh peneliti sebelumnya. Kuesioner peran PMO telah dilakukan uji validitas oleh peneliti sebelumnya (Lestari, 2012:33) dan didapat nilai korelasi 0,571-0,895 sehingga dikatakan signifikan serta valid untuk digunakan dalam penelitian. Kuesioner penyuluhan kelompok yang telah dilakukan uji validitas oleh peneliti sebelumnya (Slanga, 2013:64) didapat nilai korelasi yaitu 0,645-0,810 sehingga dikatakan signifikan serta valid untuk digunakan dalam penelitian. Variabel kepatuhan minum obat menggunakan kuesioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) telah dilakukan uji validitas oleh peneliti

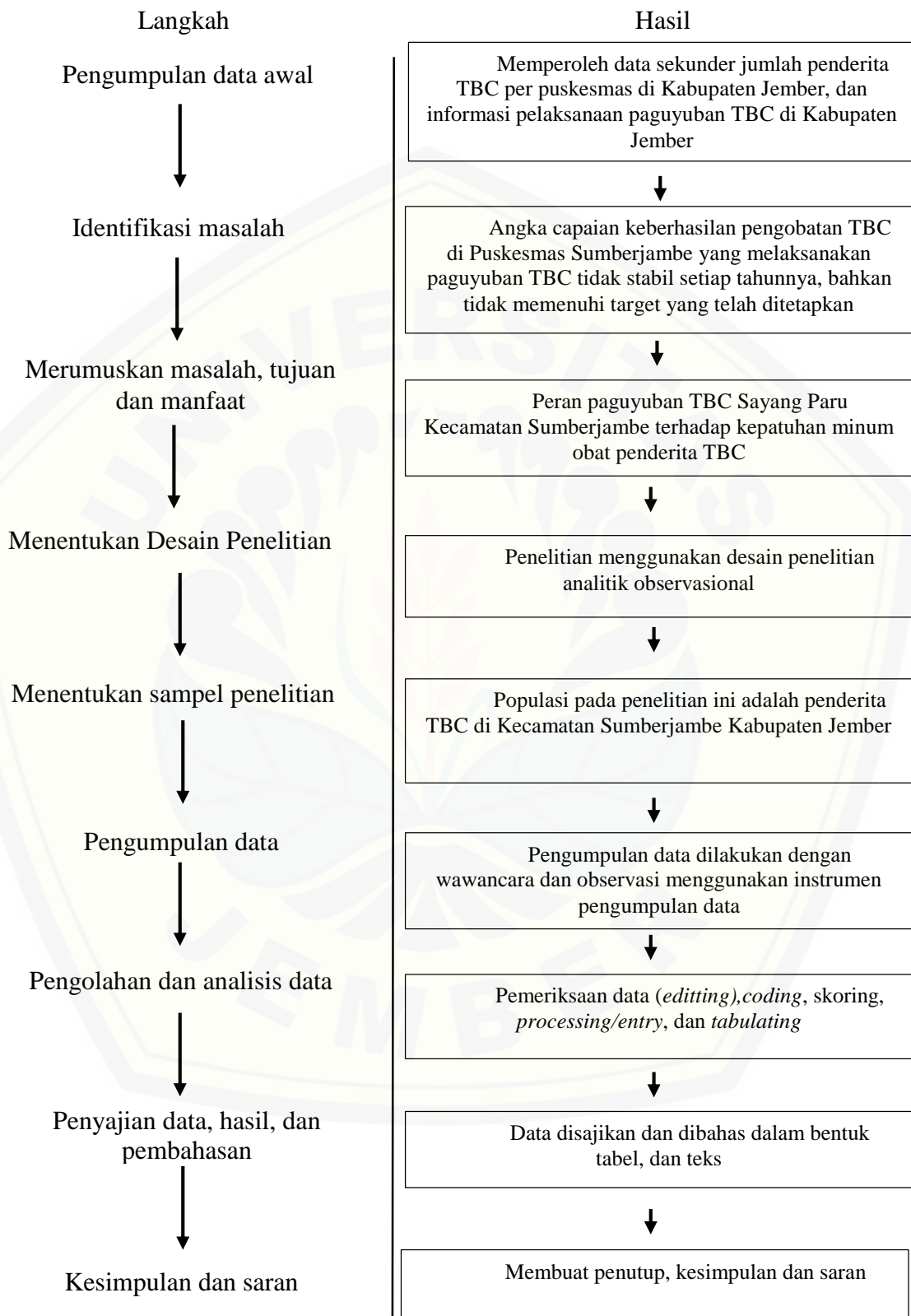
sebelumnya (Vika et al., 2016:131) dan didapat nilai korelasi 0,670 sehingga dikatakan signifikan serta valid digunakan dalam penelitian.

3.8.2 Reliabilitas instrumen

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat mengukur dapat dipercaya dan dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran ini tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama (Arikunto, 2010:168). Pada penelitian sebelumnya dengan kuesioner yang sama untuk menguji reliabilitas menggunakan internal consistency yaitu melakukan uji coba instrumen satu kali saja, kemudian hasil yang diperoleh dianalisis menggunakan Alpha Cronbach. Menurut Rochaety (2007:50) syarat minimum koefisien korelasi yaitu 0,6 karena dianggap memiliki titik aman dalam penentuan realibilitas intrumen dan juga secara umum banyak digunakan dalam penelitian.

Hasil uji reliabilitas pada instrumen peran PMO oleh peneliti sebelumnya menunjukkan bahwa nilai Cronbach Alpha = 0,956 lebih besar dari 0,6 artinya diterima dan reliabel (Lestari, 2012:50), pada instrument penyuluhan kelompok oleh peneliti sebelumnya bahwa nilai Cronbach Alpha = 0,892 lebih besar dari 0,6 artinya diterima dan reliabel (Slanga, 2013:64). Pada instrumen kepatuhan minum obat yang menggunakan kuesioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) dilakukan uji reliabilitas oleh peneliti sebelumnya yang menunjukkan bahwa nilai Cronbach Alpha = 0,753 lebih besar dari 0,6 artinya diterima dan reliabel (Vika et al., 2016:131).

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai Peran Paguyuban TBC Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember, dapat disimpulkan bahwa:

- a. Gambaran karakteristik responden menunjukkan rata-rata memiliki umur 36,22 tahun yang berada pada golongan umur produktif. Sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki dan bekerja. Tingkat pendidikan sebagian responden termasuk kategori pendidikan rendah yaitu tamat SD/MI.
- b. Penyuluhan kesehatan secara kelompok yang dilakukan oleh paguyuban TBC di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember sebagian besar dinilai baik.
- c. Pengawas Menelan Obat (PMO) sebagian besar dinilai mendukung oleh penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- d. Penderita tuberkulosis sebagian besar aktif menghadiri kegiatan penyuluhan yang dilakukan oleh paguyuban TBC di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember dengan baik.
- e. Penderita tuberkulosis sebagian besar memiliki kepatuhan minum obat dalam kategori baik di Kecamatan sumberjambe Kabupaten Jember.
- f. Terdapat hubungan antara penyuluhan kesehatan secara kelompok yang dilakukan oleh paguyuban TBC dengan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- g. Terdapat hubungan antara peran Pengawas Menelan Obat (PMO) yang dilakukan oleh paguyuban TBC dengan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.
- h. Terdapat hubungan antara Keaktifan penderita tuberkulosis dalam menghadiri kegiatan penyuluhan yang dilakukan oleh paguyuban TBC dengan kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

a. Bagi Paguyuban TBC Puskesmas

Diharapkan paguyuban TBC yang menjadi salah satu organisasi bergerak melibatkan masyarakat baik penderita maupun mantan penderita tuberkulosis untuk meningkatkan pengobatan dan penanggulangan penyakit tuberkulosis agar terus meningkatkan kegiatan-kegiatan yang mendukung penderita tuberkulosis untuk melakukan pengobatan secara teratur hingga tuntas agar tidak terjadi putus berobat. Kegiatan tersebut antara lain:

1. Meningkatkan kegiatan penyuluhan dan pertemuan rutin untuk penderita tuberkulosis. Pada setiap pertemuan, paguyuban TBC memfasilitasi mantan penderita untuk berbagi pengalaman kepada penderita TBC tentang pentingnya melakukan pengobatan secara teratur dan melakukan pengobatan sampai sembuh.
2. Pada setiap kegiatan penyuluhan perlu ditingkatkan informasi tentang cara penularan dan pencegahan penyakit TBC, salah satunya adalah pentingnya penggunaan masker untuk penderita TBC pada saat masa pengobatan terutama fase awal pengobatan selama dua bulan.
3. Meningkatkan konseling kepada keluarga pasien yang menjadi Pengawas Menelan Obat (PMO) pada saat penderita tuberkulosis menyetujui untuk melakukan pengobatan sampai sembuh, ditekankan informasi tentang pentingnya pengobatan tuberkulosis secara lengkap dan teratur serta dampak apa saja yang ditimbulkan apabila tidak melakukan pengobatan yang teratur, selain itu PMO juga harus memberikan informasi kepada keluarga terutama yang tinggal serumah dengan penderita TBC tentang cara penularan dan pencegahan penyakit TBC agar tidak semakin menambah kasus TBC.
4. Mengadakan kegiatan pelatihan menjadi fasilitator untuk penderita tuberkulosis, yang berguna sebagai modal awal ketika mereka sudah

sembuh dan memiliki komitmen untuk menjadi kader kesehatan untuk menanggulangi penyakit tuberkulosis.

5. Dapat meningkatkan kerjasama lintas sektoral terkait kegiatan dalam upaya menangani permasalahan tuberkulosis di kalangan masyarakat. Kerja sama lintas sektoral bisa dilakukan dengan pihak pemerintah desa di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember sebagai pemegang kekuasaan di masing-masing desa. Untuk menyusun peraturan tentang kesehatan desa, salah satunya tentang program kesehatan desa melalui pemberdayaan masyarakat yaitu program pemantauan pengobatan TBC secara rutin, program pencegahan serta penemuan kasus TBC yang dilakukan oleh masyarakat.
 - b. Bagi Puskesmas Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember
 1. Mendukung dan memfasilitasi kegiatan paguyuban TBC, seperti penyediaan media promosi dan penyuluhan kesehatan yang berupa *leaflet*, poster dan lain-lain, yang dapat membantu masyarakat untuk mengenali penyakit TBC, melakukan pencegahan penularan, pengobatan sampai tuntas penderita TBC.
 2. Memberikan fasilitas berupa masker, untuk mencegah penularan TBC.
 - c. Bagi penelitian selanjutnya
 1. Penelitian dapat dilakukan secara kualitatif mengenai peran paguyuban TBC terhadap kepatuhan minum obat penderita tuberkulosis.
 2. Dapat melihat peran paguyuban TBC, pengurus paguyuban sebagai responden dalam penelitian dengan membandingkan dua wilayah yang memiliki paguyuban TBC.
 3. Instrumen diperbanyak untuk mengukur peran-peran lain yang dapat dilakukan oleh paguyuban TBC, misalnya penyuluhan tentang pencegahan penyakit TBC.
 4. Penelitian dikembangkan tidak terbatas pada pengobatan TBC saja, tetapi juga pada angka pencegahan penyakit TBC.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin, S., Muhyi, R., Setyaningrum, R., Rahman, L., Marlinae, L.2017. Development Indicators TBC Pulmonary Disease Healing Wetland In The City Banjarmasin . *Advance Research Journal of Multi-Disciplinary Discoveries* 8(1):15-23. [serial online] <http://www.journalresearchijf.com/wp-content/uploads/C3-MDS-V8.0-II-DEC2016-15-23-DEVELOPMENT-INDICATORS-TBC-PULMONARY-DISEASE-HEALING.pdf>[3 April 2018]
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto, S. 2013. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arikunto, S. 2017. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ariyanto, Y., & Ramani, A. 2012. Formulasi Indikator dan Target Angka Penjarangan Suspek TBC BTA+ untuk Puskesmas di Kabupaten Jember. *Jurnal IKESMA* 8(2):154-166. Jember: Universitas Jember. [serial online] <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/IKESMA/article/download/1065/882/> [18 November 2017]
- Ariyanto, Y., Baroya, N., & Wati, D. M. 2016. Model Penanggulangan Tuberkulosis di Kabupaten Jember. *Executive Summary*. Jember: Universitas Jember. [serial online] <http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/79103/EXECUTIVE%20SUMMARY.pdf?sequence=1> [9 Oktober 2017]
- Atmojo, J. T. 2016. Hubungan Tingkat Pengetahuan Pengawas Menelan Obat Dengan Keberhasilan Pengobatan Penderita Tuberkulosis Paru Di Kabupaten Klaten. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 6(1):19-27. [serial online] <http://jurnal.poltekkes-solo.ac.id/index.php/Int/article/download/276/247>. [16 November 2017]
- Badan Pusat Statistika Kabupaten Jember. 2017. *Profil Kecamatan Sumberjambe Dalam Angka Tahun 2017*. Jember : BPS Kabupaten Jember.

- Ariyani, Herda. 2016. Hubungan antara Pengetahuan dengan Tingkat Kepatuhan Penderita Tuberkulosis Paru di Puskesmas Pekauman Banjarmasin Kalimantan Selatan. *Jurnal Pharmascience* 3(2);23-28.. [serial online]. <http://jps.unlam.ac.id/index.php/jps/article/view/4/4> [2 April 2018].
- Dhingra, V.K., Khan, S. 2009. A Sociological Study On Stigma Among TBC Patient in Delhi. *Indian Journal of Tuberculosis*, 57(1):12-18. [seril online] <http://medind.nic.in/ibr/t10/i1/ibr10i1p12.pdf>. [17 November 2017]
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2017. *Data tentang Evaluasi Pengobatan TBC tahun 2012-2015*. Jember: Dinas Kesehatan Jember
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2017. *Data tentang Jumlah penderita TBC tahun 2016-2017*. Jember: Dinas Kesehatan Jember
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2017. *Data tentang Paguyuban TBC yang ada di Jember*. Jember: Dinas Kesehatan Jember
- Dotulong, J., Sapulete, M., & Kandou, G., 2015. Hubungan Faktor Resiko Umur, Jenis Kelamin, dan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Penyakit TBC Paru di Desa Wori Kecamatan Wori. *Jurnal Kedokteran Komunitas dan Tropik* 3(2):57-65. [serial online] <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/JKKT/article/download/7773/7336> [1 April 2018]
- Handriyo, R & Wulan, D., 2017. Determinan Sosial Sebagai Faktor Risiko Kejadian Tuberkulosis Paru di Puskesmas Panjang. *Medical Jurnal of Lampung University* 7(1):1-5. [serial online] <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oxuGaeil4IOJ:juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1732+&cd=1&hl=jv&ct=clnk&gl=id&client=firefox-b> [1 April 2018]
- International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. 2014. New Study Shows Smoking Tobacco Doubles Risk of Recurrent Tuberculosis. *News Centre*. [serial online] <https://www.theunion.org/news-centre/news/new-study-shows-smoking-tobacco-doubles-risk-of-recurrent-tuberculosis> [1 April 2018]
- Jufrizal., Hermansyah., Mulyadi. 2016. Peran Keluarga Sebagai Pengawas Minum Obat (PMO) Dengan Tingkat Keberhasilan Pengobatan Penderita

- Tuberkulosis Paru. *Jurnal Ilmu Keperawatan* 4(1):26-36. [serial online] <http://www.jurnal.unsyiah.ac.id/JIK/article/download/6263/5164>. [4 April 2018]
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Buku Pedoman Rencana Aksi Nasional 2011-1014 AKMS*. Jakarta: Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Buku Pedoman Rencana Aksi Nasional Advokasi , Komunikasi, dan Mobilisasi Sosial Penanggulangan Tuberculosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Buku Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis*. Jakarta : Direktorat Jenderaal Penanggulangan Penyakit dan Penyehatan lingkungan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Tuberculosis*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta: Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kholifah, S. N. 2012. Model Adaptif Conservation (Acm) Dalam Meningkatkan Dukungan Keluarga Dan Kepatuhan Berobat Pada Penderita TBC Paru Di Wilayah Kota Surabaya. *Journal Ners*, 7(1):56-63. [serial online] <https://e-journal.unair.ac.id/index.php/JNERS/article/download/3999/2717>. [30 Oktober 2017]
- Lapau, Buchari. 2013. *Prinsip dan Metode Epidemiologi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Lestari, Sri. 2012. Hubungan Antara Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan Keberhasilan Pengobatan Penderita Tuberculosis Paru di Puskesmas Wonosobo I. *Skripsi*. Gombong: STIKES Muhammadiyah Gombong
- Lestari, Siti. 2016. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Penderita TBC Untuk Minum Obat Anti Tuberculosis. *Jurnal Ilmu Kesehatan* 1(2):1-20. [serial online] <https://scholar.google.co.id/citations?user=hvrTjEkAAAAJ&hl=en> [diakses 10 Januari 2018]

- Macq, J., Torfoss, T., & Getahun, H. 2007. Patient Empowerment In Tuberculosis Control: Reflecting Oncpast Documented Experiences. *Tropical Medicine and International Health* 12(7):73-88. [serial online] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2007.01858.x/pdf> [8 Januari 2018]
- Minani, C., Ng'uela, R., Natalina, S., Wasilwa, E., D,agpostino E., Lasu,H ., Mogga, J. . 2014. Challenges And Opportunities Of Building Tuberculosis Control In A Newly Defined Health System After Over 20 Years Of Civil War. *The Official Journal of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, 8(11):S44-S45. [Serial online] https://www.theunion.org/what-we-do/journals/ijtld/body/Abstract_Book_2014-Web-1.pdf [17 November 2017]
- Mochammad, HM., Aisyah, S., Ernawati. 2012. Gambaran Pengawas Menelan Obat (PMO) Di Puskesmas Genuk Dan Bangetayu Semarang. *Jurnal Keperawatan* 5(2):80-100. [serial online] <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/FIKkeS/article/viewFile/1862/1904> [2 April 2018]
- Najmah. 2016. *Epidemiologi (Untuk Kesehatan Masyarakat)*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada
- Nazir, M. 2009. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Nazir, M. 2014. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010a. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010b. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Info Medika.
- Pameswari, P., Halim, A., Yustika, L. 2016. Tingkat Kepatuhan Penggunaan Obat pada Pasien Tuberkulosis di Rumah Sakit Mayjen H. A. Thalib Kabupaten Kerinci. *Jurnal Sains Farmasi & klinis*, 2(2):116-121. [serial online]

<https://media.neliti.com/media/publications/129448-ID-tingkat-kepatuhan-penggunaan-obat-pada-p.pdf> [2 April 2018]

Panjaitan, Freddy. 2012. Karakteristik Penderita Tuberkulosis Paru Dewasa Rawat Inap di Rumah Sakit Umum DR. Soedarso Pontianak Periode September-November 2010. *Skripsi*. Pontianak: Universitas Tanjungpura

Panjaitan, N., Dumiri, R., Tumirlan. 2014. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Perilaku Penderita Tuberkulosis Paru Dalam Kepatuhan Berobat Di Rindu A3 Rsup H. Adam Malik Medan. *Jurnal Ilmiah PANNMED* , 9(2):93-102. [serial online] http://pannmed.poltekkes-medan.ac.id/files/2014/Sep-Des%202014/Vol%209%20no%202_Netty%20Panjaitan.pdf [2 April 2018]

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 tahun 2016. *Penanggulangan Tuberkulosis*. 22 Desember 2016. Peraturan Perundang-Undangan Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia No. 122. Jakarta

Purwitasari, WS. 2011. Kesiapan Puskesmas dalam Membentuk Paguyuban TBC Sebagai Upaya Penanggulangan Penyakit TBC di Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember

Ramdaniati, S. N., & Hasan, A. 2017. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepatuhan Pengobatan Penderita TBC Paru Terkonfirmasi Bakteriologis di Puskesmas Unyur Dan Puskesmas Kilasah Kota Serang Tahun 2016. *Scientium Journal*, 6(1):59-74. [serial online] <http://www.drdbanten.org/jurnal/index.php/jurnal/article/view/13/12> [18 November 2017]

Rochaety, E. 2007. *Metodologi Penelitian Bisnis dengan Aplikasi SPSS Edisi Pertama*. Jakarta: Mitra Wacana Media.

Slanga, P. 2013. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Penyuluhan dengan Kepatuhan Minum OAT pada Penderita Tuberkulosis Paru di Poliklinik DOTS VLUD RSUDZA Banda Aceh. *Skripsi*. Banda Aceh: Universitas Syiah Kuala Darusalam Banda Aceh.

Sastroasmoro, S. dan Ismael, S. 2014. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi 5*. Jakarta: Mandar Maju.

- Somantri I. 2008. Keperawatan Medikal Bedah: *Asuhan Keperawatan Pada Penderita dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta:Sailemba Medika
- Sormin, PP., Rochadi, RK., Keloko, AB. 2015. Gambaran Peran Serta Petugas Terhadap Kepatuhan Berobat Penderita TBC Paru di Kelurahan Gambir Baru Kecamatan Kisaran Timur Tahun 2014. *Jurnal Universitas Sumatra Utara*: 1(1):1-8. [serial online] <https://media.neliti.com/media/publications/14377-ID-gambaran-peran-serta-petugas-kesehatan-terhadap-kepatuhan-berobat-penderita-TBC-p.pdf> [2 April; 2018]
- Sugiono. 2017. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kepatuhan Mengonsumsi Obat Pada Penderita Tuberkulosis Paru. *Jurnal Wawasan Kesehatan*, 3(2):22-32. [serial online] <http://journal.stikes-kapuasraya.ac.id/index.php/JIJK-WK/article/view/20/19>. [3 April 2018]
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suparyanto. 2009. Konsep Kepatuhan. *Dokumen Publikasi* [serial online] <https://id.scribd.com/doc/307019041/KONSEP-KEPATUHAN-2> [4 April 2018]
- Tola, HH., Shojaeizadeh, D., Tol, D., 2016. Psychological and Educational Intervention to Improve Tuberculosis Treatment Adherence in Ethiopia Based on Health Belief Model: A Cluster Randomized Control Trial. *Research Article*. 11(5):1-13.[serial online] <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0155147> [3 April 2018]
- Ulfah, M. 2013. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Tuberkulosis (TBC) di Wilayah Kerja Puskesmas Pamulang Kota Tangerang Selatan Tahun 2011. *Skripsi*. Jakarta: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003. *Sistem Pendidikan Nasional*. 8 Juli 2003. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 2301. Jakarta.

Vika., Siagian, M., & Wangge, G. 2016. Validity and reliability of morisky medication adherence scale 8 bahasa version to measure statin adherence among military pilots. *Health Science Journal of Indonesia* 7(2): 129-133. [serial online] <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/HSJI/article/download/5343/4638> [5 Januari 2018].

Yandiarto. 2009. *Kamus Bahasa Indonesia*. Bandung: CV. M2S Effendy.

Wardani, DWSR. 2014. Peningkatan Determinan Sosial dalam Menurunkan Kejadian Tuberkulosis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* 9(1):39-43. [serial online] <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=298523&val=7113&title=Peningkatan%20Determinan%20Sosial%20dalam%20Menurunkan%20Kejadian%20Tuberkulosis%20Paru> [1 April 2018]

WHO. 2016. Global Tuberculosis Report. Geneva: WHO. [serial online] <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf> [30 Oktober 2017]

Widari, NP. 2010. Perbandingan Pengaruh Metode Penyuluhan Kesehatan Dan Konseling Terhadap Perubahan Perilaku Pencegahan Penularan Pada Penderita TBC. *Tesis*. Surakarta : Universitas Sebelas Maret

Wingfield, T., Tovar, M., Huff, D., Montoya, R., Boccia, D., Evans, C. 2014. community feedback and practical challenges of conditional cash transfers for TBC-affected families in Peru. *The Official Journal of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, 8(11):S61-S62. [Serial online] https://www.theunion.org/what-we-do/journals/ijtld/body/Abstract_Book_2014-Web-1.pdf [17 November 2017]

LAMPIRAN

A. Pengantar Kuesioner

Kepada

Yth. Bapak/Ibu

Di Kabupaten Jember

Dengan Hormat,

Dalam rangka menyelesaikan perkuliahan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember serta untuk mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM), penulis melakukan penelitian sebagai salah satu bentuk tugas akhir dan kewajiban yang harus diselesaikan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis Peran Paguyuban TBC Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis (TBC) Di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember.

Untuk mencapai tujuan tersebut, maka peneliti dengan sangat hormat meminta kesediaan Anda untuk membantu dalam pengisian kuesioner yang peneliti ajukan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban serta identitas Anda akan mendapatkan kode etik dalam penelitian. Perlu diketahui bahwa penelitian ini hanya semata-mata sebagai bahan penyusunan skripsi.

Peneliti mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya atas perhatian dan kesediaan Anda mengisi kuesioner yang peneliti ajukan.

Jember, 2018

Penulis

(Mya Sakti Oktarini Putri)

B. Lembar *Informed Consent***LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN
(*Informed Consent*)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

No. Telp/HP :

Menyatakan bersedia untuk dijadikan responden dari:

Nama : Mya Sakti Oktarini Putri

NIM : 142110101118

Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Judul : Peran paguyuban TBC terhadap kepatuhan minum obat penderitanya tuberkulosis (TBC) di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember

Peretujuan ini saya buat secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya telah diberi penjelasan dan saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum diimengerti dan telah mendapat jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya memberikan jawaban dengan sejujur-jujurnya.

Jember,2018

Responden

()

C. Lembar Kuesioner

Judul : Peran Paguyuban TBC Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis (TBC) Di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember

No. Responden :

Tanggal Wawancara :

I. Karakteristik Responden

No.	Karakteristik responden		
1.	Nama responden		
2.	Alamat responden		
4.	Usia		
5.	Jenis kelamin	a. Laki-laki b. Perempuan	<input type="checkbox"/>
6.	Pekerjaan	a. Tidak bekerja b. Bekerja	<input type="checkbox"/>
7.	Pendidikan terakhir	a. Tidak sekolah b. Tidak tamat SD/MI c. Tamat SD/MI d. Tamat SMP/MTS e. Tamat SMA/MA f. Tamat Diploma/PT	<input type="checkbox"/>

II. Kuesioner Penyuluhan Kelompok

Kode Responden:

Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sesungguhnya. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat menanyakannya kepada pihak kami.
2. Berikan jawaban dari pertanyaan dibawah ini dengan menggunakan tanda centang (√) di kolom jawaban. Setiap pertanyaan harus dijawab tanpa terkecuali sesuai dengan keadaan anda.
3. Dalam kuesioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga tidak terdapat jawaban yang dianggap salah. Semua jawaban dianggap benar jika anda memberikan jawaban sesuai dengan keadaan anda sebenarnya.

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Apakah paguyuban TBC pernah memberikan penyuluhan tentang penyakit TBC Paru selama pengobatan?		
2	Apakah paguyuban TBC pernah menjelaskan tentang pengobatan TBC Paru harus teratur?		
3	Apakah paguyuban TBC pernah menjelaskan tentang jadwal minum obat?		
4	Apakah paguyuban TBC pernah menjelaskan tentang kemungkinan adanya gejala efek samping OAT?		
5	Apakah paguyuban TBC pernah menjelaskan tentang hal-hal yang dapat memperburuk keadaan penderita TBC Paru?		

Sumber : Slanga (2013)

IV. Kuesioner Pengawas Menelan Obat (PMO)

Kode Responden:

Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sesungguhnya. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat menanyakannya kepada pihak kami.
2. Berikan jawaban dari pertanyaan dibawah ini dengan menggunakan tanda centang (√) di kolom jawaban. Setiap pertanyaan harus dijawab tanpa terkecuali sesuai dengan keadaan anda.
3. Dalam kuesioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga tidak terdapat jawaban yang dianggap salah. Semua jawaban dianggap benar jika anda memberikan jawaban sesuai dengan keadaan anda sebenarnya.

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Apakah Saudara tahu siapa yang menjadi PMO?		
2	Apakah ada orang yang mengingatkan saudara untuk menelan obat setiap hari?		
3	Apakah PMO selalu mengingatkan Saudara untuk menelan obat setiap hari?		
4	Apakah saudara selalu diingatkan untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan?		
5	Apakah PMO memberikan penyuluhan tentang gejala-gejala TBC paru kepada anggota keluarga yang lain?		
6	Apakah PMO menyarankan untuk memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan apabila ada anggota keluarga yang menderit batuk lebih dari 3 minggu?		

7	Apakah PMO pernah menyampaikan ke Saudara bahwa TBC paru bukan penyakit keturunan ?		
8	Apakah PMO pernah menyampaikan ke Saudara bahwa TBC paru bukan penyakit kutukan?		
9	Apakah PMO pernah menyampaikan kepada Saudara bahwa TBC paru dapat disembuhkan dengan berobat teratur?		
10	Apakah PMO memberikan penyuluhan tentang pentingnya berobat secara teratur?		
11	Apakah Saudara percaya dengan PMO?		
12	Apakah PMO memberikan penyuluhan tentang resiko apabila tidak minum obat secara teratur?		
13	Apakah PMO memberikan penyuluhan tentang cara penularan TBC paru?		
14	Apakah PMO menginformasikan kepada saudara tentang efek samping obat yang ditelan?		
15	Apakah PMO menginformasikan kepada saudara tentang tindakan yang harus dilakukan apabila terjadi efek samping?		
16	Apakah PMO menginformasikan kepada saudara tentang tata cara pengobatan TBC paru secara lengkap?		

Sumber : Lestari (2012)

IV. Kuesioner Kaktifan Penderita Tuberkulosis

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Apakah anda pernah mengikuti kegiatan penyuluhan TBC yang dilakukan oleh paguyuban TBC? Jika pernah berapa kali ?		

V. Kuesioner Kepatuhan Minum Obat

Petunjuk Pengisian Kuesioner

Kode Responden:

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan. Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sesungguhnya. Apabila terdapat pertanyaan yang tidak dimengerti dapat menanyakannya kepada pihak kami.
2. Berikan jawaban dari pertanyaan dibawah ini dengan menggunakan tanda centang (√) di kolom jawaban. Setiap pertanyaan harus dijawab tanpa terkecuali sesuai dengan keadaan anda.
3. Dalam kuesioner ini tidak terdapat penilaian benar atau salah, sehingga tidak terdapat jawaban yang dianggap salah. Semua jawaban dianggap benar jika anda memberikan jawaban sesuai dengan keadaan anda sebenarnya.

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Apakah Anda pernah lupa minum obat? Alasan jika jawaban (Ya) :		
2	Pernahkah Anda tidak minum obat selain karena lupa?		
3	Pernahkah Anda berhenti minum obat tanpa memberi tahu dokter Anda?		
4	Pernahkah Anda lupa membawa obat saat dalam perjalanan/berpergian?		
5	Apakah kemarin Anda minum obat dengan lengkap?		
6	Apakah Anda pernah berhenti atau tidak menggunakan obat lagi disaat kondisi Anda lebih baik?		
7	Apakah Anda tahu berapa sisa jumlah obat saat ini?		
8	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam mengingat penggunaan obat? a. Tidak pernah b. Kadang-kadang c. Selalu		

Sumber: Morisky *et al.*, 2004

D. Hasil Analisis SPSS

1. Frekuensi Usia Responden

Statistics			Umur					
Umur								
N	Valid	37		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
	Missing	0	Valid	16	2	5.4	5.4	5.4
Mean		36.22		18	1	2.7	2.7	8.1
Median		35.00		19	1	2.7	2.7	10.8
Std. Deviation		14.330		20	2	5.4	5.4	16.2
Minimum		16		21	1	2.7	2.7	18.9
Maximum		68		22	1	2.7	2.7	21.6
				23	2	5.4	5.4	27.0
				25	1	2.7	2.7	29.7
				28	3	8.1	8.1	37.8
				32	3	8.1	8.1	45.9
				34	1	2.7	2.7	48.6
				35	1	2.7	2.7	51.4
				36	1	2.7	2.7	54.1
				37	1	2.7	2.7	56.8
				39	1	2.7	2.7	59.5
				40	2	5.4	5.4	64.9
				41	2	5.4	5.4	70.3
				42	2	5.4	5.4	75.7
				48	2	5.4	5.4	81.1
				55	3	8.1	8.1	89.2
				58	1	2.7	2.7	91.9
				61	1	2.7	2.7	94.6
				62	1	2.7	2.7	97.3
				68	1	2.7	2.7	100.0
			Total		37	100.0	100.0	

2. Frekuensi Variabel Penelitian

	Jenis Kelamin	Status Bekerja	Pendidikan Terakir	Penyuluhan Kelompok	Pengawas Menelan Obat	Kepatuhan Minum Obat
N Valid	37	37	37	37	37	37
Missing	0	0	0	0	0	0

3. Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	19	51.4	51.4	51.4
	Perempuan	18	48.6	48.6	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

4. Frekuensi Responden Menurut Status Bekerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	22	59.5	59.5	59.5
	Tidak Bekerja	15	40.5	40.5	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

5. Frekuensi Responden Menurut Pendidikan Terakhir

		Pendidikan Terakhir			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tamat SD/MI	21	56.8	56.8	56.8
	Tamat SMA/MA	5	13.5	13.5	70.3
	Tamat SMP/MTS	7	18.9	18.9	89.2
	Tidak Tamat SD/MI	4	10.8	10.8	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

6. Frekuensi Responden Menurut Penyuluhan Kelompok

		Penyuluhan Kelompok			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Baik	13	35.1	35.1	35.1
	Baik	24	64.9	64.9	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

7. Frekuensi Responden Menurut Peran Pengawas Menelan Obat

		Pengawas Menelan Obat			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Mendukung	10	27.0	27.0	27.0
	Mendukung	26	70.3	70.3	97.3
	Tidak Ada PMO	1	2.7	2.7	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

8. Frekuensi Responden Menurut Keaktifan dalam kegiatan Penyuluhan

Keaktifan dalam Kegiatan Penyuluhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Aktif	16	43.2	43.2	43.2
	Aktif	21	56.8	56.8	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

9. Frekuensi Responden Menurut Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan Minum Obat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang Patuh	8	21.6	21.6	21.6
	Patuh	29	78.4	78.4	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

10. Variabel yang dihubungkan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Keaktifan dalam Kegiatan Penyuluhan * Kepatuhan Minum Obat	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%
Penyuluhan Kelompok * Kepatuhan Minum Obat	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%
Pengawas Menelan Obat * Kepatuhan Minum Obat	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

11. Hubungan antara Penyuluhan Kelompok dengan Kepatuhan Minum Obat

Crosstab

			Kepatuhan Minum Obat		Total
			Baik	Rendah	
Penyuluhan Kelompok	Baik	Count	22	2	24
		Expected Count	18.8	5.2	24.0
		% of Total	59.5%	5.4%	64.9%
	Kurang Baik	Count	7	6	13
		Expected Count	10.2	2.8	13.0
		% of Total	18.9%	16.2%	35.1%
Total	Count	29	8	37	
	Expected Count	29.0	8.0	37.0	
	% of Total	78.4%	21.6%	100.0%	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penyuluhan Kelompok (Baik / Kurang Baik)	9.429	1.540	57.744
For cohort Kepatuhan Minum Obat = Baik	1.702	1.015	2.856
For cohort Kepatuhan Minum Obat = Rendah	.181	.042	.771
N of Valid Cases	37		

12. Hubungan antara Peran Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan Kepatuhan Minum Obat

Pengawas Menelan Obat * Kepatuhan Minum Obat Crosstabulation

			Kepatuhan Minum Obat		Total
			Kurang Patuh	Patuh	
Pengawas Menelan Obat	Kurang Mendukung	Count	5	5	10
		Expected Count	1.9	8.1	10.0
		% of Total	13.9%	13.9%	27.8%
	Mendukung	Count	2	24	26
		Expected Count	5.1	20.9	26.0
		% of Total	5.6%	66.7%	72.2%
Total		Count	7	29	36
		Expected Count	7.0	29.0	36.0
		% of Total	19.4%	80.6%	100.0%

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengawas Menelan Obat (Kurang Mendukung / Mendukung)	12.000	1.791	80.386
For cohort Kepatuhan Minum Obat = Kurang Patuh	6.500	1.496	28.234
For cohort Kepatuhan Minum Obat = Patuh	.542	.289	1.017
N of Valid Cases	36		

13. Hubungan antara Keaktifan dalam Kegiatan Penyuluhan dengan Kepatuhan Minum Obat


Crosstab

			Kepatuhan Minum Obat		Total
			Baik	Rendah	
Keaktifan dalam Kegiatan Penyuluhan	Aktif	Count	20	1	21
		Expected Count	16.5	4.5	21.0
		% of Total	54.1%	2.7%	56.8%
	Kurang Aktif	Count	9	7	16
		Expected Count	12.5	3.5	16.0
		% of Total	24.3%	18.9%	43.2%
Total	Count	29	8	37	
	Expected Count	29.0	8.0	37.0	
	% of Total	78.4%	21.6%	100.0%	

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Keaktifan dalam Kegiatan Penyuluhan (Aktif / Kurang Aktif)	15.556	1.659	145.843
For cohort Kepatuhan Minum Obat = Baik	1.693	1.088	2.636
For cohort Kepatuhan Minum Obat = Rendah	.109	.015	.798
N of Valid Cases	37		

E. Surat Ijin Penelitian



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

Jember, 27 Maret 2018

<p>Nomor : 440 / 16860 / 311 / 2018 Sifat : Penting Lampiran : - Perihal : <u>Ijin Penelitian</u></p>	<p>Kepada : Yth. Sdr 1.Kepala Bidang Pencegahan dan P2 Dinas Kesehatan Kab. Jember 2.Plt. Kepala Puskesmas Sumberjambe</p>
--	---

di - JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/777/415/2018, Tanggal 23 Maret 2018, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama	: Mya Sakti Oktarini Putri
NIM	: 142110101118
Alamat	: Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas	: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Keperluan	: Melaksanakan Penelitian Tentang : ➤ Peran Paguyuban TTB terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita Tuberkulosis (TB) di Kecamatan Sumberjambe Kabupaten Jember
Waktu Pelaksanaan	: 27 Maret 2018 s/d 27 April 2018


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

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

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN JEMBER**



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

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat

F. Lembar Dokumentasi



Gambar 1 Responden Mengisi Lembar Informed Consent



Gambar 2 Memberikan Pemahaman Tentang Kuesioner



Gambar 3 Wawancara Kepada Responden



Gambar 4 Responden Memperlihatkan Sisa Obatnya



Gambar 5 Wawancara Kepada Responden



Gambar 6 Wawancara Kepada Responden



Gambar 7 Wawancara Kepada Responden



Gambar 8 Wawancara Kepada Responden